

ASOCIACIÓN
COLOMBIANA
DE
CIRUGÍA

TRABAJOS LIBRES, CASOS CLÍNICOS,
VIDEOS Y PÓSTERES

XXXIX CONGRESO NACIONAL “AVANCES EN CIRUGÍA”
20 A 23 DE AGOSTO DE 2013
HOTEL SHERATON,
BOGOTÁ D.C., COLOMBIA



Fundador	MARIO RUEDA, MD, MACC (Hon) †
Editor emérito:	JOAQUÍN SILVA, MD, MACC (Hon) †
Editor:	JOSÉ FÉLIX PATIÑO, MD, FACS (Hon), MACC (Hon)
Editora asociada:	MÓNICA BEJARANO, MD, MSc, MACC
Corrector de estilo:	CARLOS ARTURO HERNÁNDEZ, BA, MD, MPH
Asistente editorial:	BEATRIZ MUÑOZ

COMITÉ EDITORIAL

GABRIEL CARRASQUILLA, MD, PhD (Bogotá)
RODOLFO DENNIS, MD, PhD (Bogotá)
JOHN DUPERLY, MD, PhD (Bogotá)
FABIÁN EMURA, MD, PhD (Bogotá)
FABIÁN MÉNDEZ, MD, MSc, PhD (Cali)
ÁLVARO MONCAYO, MD, MPH (Bogotá)

GUSTAVO PRADILLA, MD, MSc (Bucaramanga)
ÁNGELA RESTREPO, MD, PhD (Medellín)
DIEGO ROSSELLI, MD, MEd (Bogotá)
ÁLVARO SANABRIA, MD, MSc, PhD (Bogotá)
GUSTAVO VALBUENA, MD, PhD (Houston)

COMITÉ CIENTÍFICO

JUAN ASENSIO, MD (Estados Unidos)
ITALO BRAGHETTO, MD (Chile)
JORGE CERVANTES, MD (México)
ATILA CSENDES, MD (Chile)
JAIME ESCALLÓN, MD (Canadá)
ENRIQUE MORENO, MD (España)

CARLOS PELLEGRINI, MD (Estados Unidos)
PATRIZIO PETRONE, MD (Argentina)
AURELIO RODRÍGUEZ, MD (Estados Unidos)
MIGUEL RODRÍGUEZ-BIGAS, MD (Estados Unidos)
RICARDO ROSSI, MD (Chile)

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA

JUNTA DIRECTIVA 2011 - 2013

Presidente

OSWALDO BORRÁEZ, MD - Bogotá

Vicepresidente

WILLIAM SÁNCHEZ, MD - Bogotá

Fiscal Médico

CARLOS HERNANDO MORALES, MD - Medellín

Secretaria

MARÍA FERNANDA JIMÉNEZ, MD - Bogotá

Secretaria suplente

ADRIANA CÓRDOBA, MD - Bogotá

Tesorero

GUSTAVO LANDAZÁBAL, MD - Bogotá

Tesorero suplente

ARTURO VERGARA, MD - Bogotá

Vocales principales

JESÚS VÁSQUEZ, MD - Medellín

JOSÉ EDMAR REAL, MD - Barranquilla

LÁZARO ARANGO, MD - Manizales

JOAQUÍN VALENCIA, MD - Medellín

MÓNICA BEJARANO, MD - Cali

Vocales suplentes

ÓSCAR GUEVARA, MD - Bogotá

RAMIRO GÓMEZ, MD - Cúcuta

HÉCTOR LÓPEZ, MD - Pasto

DOUGLAS ORTIZ, MD - Bogotá

EDUARDO VALDIVIESO, MD - Bucaramanga

Revisor Fiscal

JORGE ANTONIO MONTERO BERNAL - Bogotá

Consejo Asesor (ex presidentes)

HERNANDO ABAÚNZA, MD - Bogotá

JOSÉ FÉLIX PATIÑO, MD - Bogotá

CAMILO CABRERA, MD - Bogotá

ERIX BOZÓN, MD - Bogotá

HUMBERTO ARISTIZÁBAL, MD - Medellín

JAIME ESCALLÓN, MD - Bogotá

ARMANDO GONZÁLEZ, MD - Cali

FRANCISCO HENAO, MD - Bogotá

CARLOS LERMA, MD - Medellín

JULIO ALBERTO NIETO, MD - Bogotá

STEVENSON MARULANDA, MD - Bogotá

MARTINIANO JAIME, MD - Medellín

SAÚL RUGELES, MD - Bogotá

COMITÉS CONSULTIVOS

COMITÉ EJECUTIVO

OSWALDO BORRÁEZ, MD - Presidente
WILLIAM SÁNCHEZ, MD - Vicepresidente
MARÍA FERNANDA JIMÉNEZ, MD - Secretaria
GUSTAVO LANDAZÁBAL, MD - Tesorero
CARLOS MORALES, MD - Fiscal Médico
HERNANDO ABAÚNZA, MD - Director Ejecutivo

COMITÉ DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

NATÁN ZUNDEL, MD - Bogotá / E.U. / FELAC
(Coordinador)
FERNANDO QUIROZ, MD - Cali
ADRIANA CORRALES, MD - Barranquilla
EDUARDO SILVA, MD - Bogotá
CÉSAR GUEVARA, MD - Bogotá
HERNÁN RESTREPO, MD - Medellín
ÁLVARO VALENCIA, MD - Bogotá
LUCAS BOJANINI, MD - Medellín

COMITÉ DE CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO

ANDRÉS ÁLVAREZ, MD - Bogotá (Coordinador)
ANDRÉS CHALA, MD - Manizales
ADONIS TUPAC RAMÍREZ, MD - Neiva

COMITÉ DE CIRUGÍA DIGESTIVA (colon y recto)

JORGE PADRÓN, MD - Bogotá (Coordinador)
CARLOS MARTÍNEZ, MD - Bogotá
RAFAEL GARCÍA, MD - Bogotá

COMITÉ DE CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA

JUAN DAVID HERNÁNDEZ, MD - Bogotá
(Coordinador)
EVELÍN DORADO, MD - Bogotá
CAMILO ORTIZ, MD - Bogotá
JAIME BONFANTE, MD - Cartagena

COMITÉ DE CIRUGÍA VASCULAR

GERMÁN GÓMEZ, MD - Bogotá (Coordinador)
HÉCTOR PARRA, MD - Girardot
JUAN GUILLERMO BARRERA, MD - Bucaramanga
JORGE ULLOA, MD - Bogotá

COMITÉ DE EDUCACIÓN Y BIOÉTICA

FRANCISCO HENAO, MD - Bogotá (Coordinador)

ALEJANDRO MÚNERA, MD - Medellín
CAROLINA RODRÍGUEZ, MD - Bogotá
LILIAN TORREGROSA, MD - Bogotá
LUIS EDUARDO SANABRIA, MD - Neiva

COMITÉ DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

RODRIGO CASTAÑO, MD - Medellín (Coordinador)
RAÚL EDUARDO PINILLA, MD - Bogotá / Ibagué
HÉCTOR POLANÍA, MD - Neiva
RAFAEL POLO, MD - Santa Marta
LUIS IGNACIO LONDOÑO, MD - Medellín
SANDRA MORENO, MD - Cartagena

COMITÉ GASTROINTESTINAL

CAMILO PACHÓN, MD - Bogotá (Coordinador)
GERMÁN LIÉVANO, MD - Neiva
JUAN CARLOS HOYOS, MD - Cartagena
EMIRO LUJÁN, MD - Aguachica

COMITÉ DE HERNIAS

JORGE DAES, MD - Barranquilla (Coordinador)
JUAN CARLOS AYALA, - Bogotá
ERWIN RODRÍGUEZ, MD - Bogotá
NEIL VALENTÍN VEGA, MD - Bogotá
GIOVANNY ASCIONE, MD - Cali
JULIO ERNESTO GARCÍA, MD - Medellín

COMITÉ DE INFECCIONES

CARLOS SEFAIR, MD - Bogotá (Coordinador)
LUIS GONZALO ZAPATA, MD - Medellín
GUILLERMO BELTRÁN, MD - Bogotá
NORTON PÉREZ, MD - Villavicencio
GERMÁN ALFREDO RAMÍREZ, MD - Neiva

COMITÉ DE METABOLISMO QUIRÚRGICO

JAIME REY, MD - Bogotá (Coordinador)
MAURICIO CHONA, MD - Bogotá
MARÍA HELENA GAITÁN, MD - Armenia
CHARLES BERMÚDEZ, MD - Bogotá

COMITÉ DE POLÍTICAS GREMIALES

JUAN FERNANDO URIBE, MD - Medellín

COMITÉ DE TRAUMA

GABRIEL GONZÁLEZ, MD - Bogotá (Coordinador)
ALEJANDRO MORENO, MD - Medellín
ALBERTO GARCÍA, MD - Cali

CONTENIDO

Presentación	8
01 - Trabajos libres	9
02 - Casos clínicos	45
03 - Videos	81
04 - Pósteres	99
Índice de autores	115

PRESENTACIÓN

El Foro Quirúrgico Colombiano es la expresión auténtica del trabajo de los cirujanos, tanto de aquellos en formación como de los que ya poseen experiencia por su trabajo en las diferentes instituciones no solo de nuestro país sino del extranjero. El Foro promete ser, una vez más, un gran escenario de disertación académica. En esta oportunidad se marca otro record en nuestros Congresos: para este 39º Congreso Nacional se registra un incremento importante en el número de trabajos libres, casos clínicos, videos y pósteres. El Comité Científico no solo tuvo en cuenta la calidad de los trabajos presentados sino también la importancia por las diferentes patologías analizadas en ellos, bajo parámetros estrictamente establecidos.

Es muy satisfactorio para el Comité organizador de nuestro Congreso observar el alto espíritu investigativo y hasta la inventiva para proponer el manejo de algunas patologías, en ocasiones con recursos limitados, pero sin desconocer la calidad tecnológica que rige en nuestro medio, lo cual nos permite no envidiar la utilizada en cualquier escenario del mundo.

El análisis y comentarios posteriores a cada trabajo, a cargo de un cirujano experto en los diferentes temas, enriquecen cada presentación y exaltan el nivel académico no solo del Foro sino del mismo Congreso.

Al presentar este suplemento de la Revista no podemos desconocer las dificultades que tuvo el Comité Editorial de la *Revista Colombiana de Cirugía*, pues revisar o corregir no pocas veces errores de redacción, y hasta ortográficos, con el fin de presentar tanto a los asistentes al Congreso como a los que por diferentes razones no pueden hacerlo, esta compilación que muestra los avances en la investigación científica y en la práctica de la cirugía en Colombia.

Bienvenidos a nuestro **Foro Quirúrgico Colombiano**, el escenario que traduce la experiencia de los cirujanos colombianos y de algunos de nuestros ilustres visitantes

OSWALDO A. BORRÁEZ G.
Presidente Asociación Colombiana de Cirugía
Miembro del Comité Ejecutivo y
Organizador del 39º Congreso Nacional de Cirugía



TRABAJOS LIBRES

CABEZA Y CUELLO

01-006

Costo-efectividad y costo-utilidad del uso de neuromonitoría rutinaria de nervio laríngeo recurrente en tiroidectomía total

Álvaro Sanabria, Adonis Ramírez

Universidad de Antioquia; Hospital Pablo Tobón Uribe, Universidad de la Sabana, Universidad Surcolombiana, Medellín, Colombia
alvarosanabria@gmail.com

Introducción. La neuromonitoría en tiroidectomía se ha recomendado para identificar más fácilmente el nervio laríngeo recurrente y disminuir sus lesiones. Un metanálisis de estudios que comparan neuromonitoría con el método tradicional no encontró diferencias significativas. No se conoce el costo-efectividad del uso de este dispositivo en nuestro medio.

Objetivo. Determinar si el uso de la neuromonitoría de nervio laríngeo recurrente (NLR) en tiroidectomía total es costo-efectivo en Colombia.

Material y método. Se diseñó un árbol de decisiones. Se incluyeron las variables lesión definitiva uni y bilateral de NLR a partir de metanálisis y pérdida de señal y de recuperación de la literatura. Los desenlaces fueron la utilidad del paciente y los costos directos. Se realizaron análisis de sensibilidad uni y multivariado determinístico y probabilístico con un horizonte de tiempo de 5 años.

Resultados. Los análisis mostraron una utilidad similar y una razón de costo-utilidad de \$410.022 para el uso de monitor vs. \$286.979 para el control. El índice de costo utilidad incremental fue negativo de \$27.336.195 por cada unidad de utilidad, a favor de la tiroidectomía total sin monitor y el índice de costo-efectividad incremental fue de \$9.112.065 por cada paciente a quien se le evita una lesión. El análisis probabilístico mostró la mayoría de las iteraciones en el cuadrante de mayor costo-menor efectividad.

Conclusión. Si se incluye la utilidad de los pacientes y los costos directos en la decisión, el uso de neuromonitoría de rutina en tiroidectomía total con bajo riesgo no es costo-efectivo para el sistema de salud.

01-007

Neuromonitoría en tiroidectomía, metaanálisis de ensayos clínicos

Álvaro Sanabria, Adonis Ramírez, Luiz Kowalski, Carl Silver, Ashok Shaha, Randal Owen, Carlos Suárez, Avi Khafif, Alessandra Rinaldo, Alfio Ferlito

Universidad de Antioquia; Hospital Pablo Tobón Uribe; Universidad de la Sabana, Universidad Surcolombiana
Medellín, Colombia
alvarosanabria@gmail.com

Introducción. La neuromonitoría en tiroidectomía se ha recomendado para identificar más fácilmente el nervio laríngeo recurrente y

disminuir sus lesiones. Se han publicado varios ensayos clínicos que no demostraron diferencias en la frecuencia de lesiones. Se realizó un metanálisis de estudios que comparan neuromonitoría con el método tradicional.

Objetivo. Determinar la efectividad de la neuromonitoría como método para disminuir las lesiones de nervio laríngeo recurrente y superior en comparación con el método tradicional.

Material y método. Se identificaron los ensayos clínicos que comparaban neuromonitoría contra método tradicional en tiroidectomía. Los desenlaces fueron la frecuencia de lesiones de nervio laríngeo. Se realizó un metanálisis usando un modelo de efectos aleatorios. Se usó el método GRADE para evaluar la calidad de la evidencia.

Resultados. Se identificaron 6 estudios con 1602 pacientes y 3064 nervios en riesgo. Los estudios tuvieron alto riesgo de sesgo. No se encontró sesgo de publicación. La diferencia de riesgo para parálisis temporal y definitiva de nervio laríngeo recurrente y superior fue de -2% (95% CI -5.1 a 1); 0% (-1 a 1); -9% (-15 a -2) y -1% (-4 a 2), respectivamente.

Conclusión. Este metanálisis no demostró diferencias significativas en la frecuencia de lesión de nervio laríngeo. Solo hubo diferencia en la frecuencia de parálisis temporal de nervio laríngeo superior.

01-008

Resección del quiste y conducto tirogloso preservando el cuerpo del hueso hioides

Gabriel Sánchez de Guzmán, Elkin Cabrera Riascos
Universidad de la Sabana; Fundación Cardio Infantil,
Bogotá D.C., Colombia
gsanchez64@etb.net.co

Introducción. El quiste del conducto tirogloso (QCT) representa la lesión congénita más frecuente del cuello, con una incidencia del 7%. Se presenta como una masa en la línea media del cuello, entre el foramen ciego y la glándula tiroideas, que asciende con la deglución o protrusión de la lengua.

Tradicionalmente se ha recomendado para su tratamiento el procedimiento de Sistrunk. Los autores describen una modificación de la técnica quirúrgica, preservando el cuerpo del hioides y los planos musculares.

Objetivo. Evaluar la recurrencia de la enfermedad, complicaciones perioperatorias y readmisiones luego del procedimiento modificado.

Materiales y métodos. Realizamos un análisis retrospectivo de una cohorte de pacientes llevados a resección quirúrgica del QCT entre marzo de 2003 y marzo de 2011 en la Fundación Cardio Infantil, Bogotá.

Analizamos 51 historias clínicas, evaluando las características demográficas, tiempo de evolución, fecha del diagnóstico, tamaño del quiste, tiempo operatorio, tasa de reintervención, complicaciones, histopatología y recidivas.

Resultados. 43 pacientes cumplieron los criterios de inclusión, con una edad promedio de 30 años (4-70 años), observando un predominio en la población femenina (relación de 2.5:1).

La mediana para el seguimiento de los pacientes fue de 11 meses (1-109 m). La tasa de complicaciones fue de 6,9% (n=3), se presentó una recidiva (2,3%).

Conclusión. En el presente estudio no se encontró un incremento en la tasa de complicaciones perioperatorias. La recurrencia de la enfermedad está en el rango de lo reportado en la literatura mundial, por lo que consideramos que el procedimiento quirúrgico propuesto es una opción segura y viable.

01-019

Vaciamiento de cuello mínimamente invasivo, consolidando experiencia

Adonis Tupac Ramírez Cuéllar
Universidad Surcolombiana
Neiva, Colombia
adonistupac@gmail.com

Introducción. El vaciamiento de cuello mínimamente invasivo es una técnica innovadora, con muy escasas o casi nulas publicaciones científicas. Se ha iniciado una etapa de aprendizaje y consolidación de la técnica en la ciudad de Neiva, con unos resultados prometedores.

Objetivo. Descripción de una técnica quirúrgica innovadora y de terminación de complicaciones.

Metodología. Serie de casos.

Resultados. Procedimientos realizados: tiroidectomía total con vaciamiento central (VC) más vaciamiento radical modificado (VRM) unilateral en 10 pacientes de sexo femenino con un promedio de edad de 44 años, ganglios promedio de 16 para el VRM y de 6 para el VC, con tiempo promedio de 120 min; revaciamiento central y vaciamiento radical modificado unilateral en seis pacientes de sexo femenino, ganglios promedio de 15 para VRM y 6 para VC, tiempo promedio 60 min. Dos pacientes de sexo masculino con VRM unilateral con tiempo promedio de 60 min y 20 ganglios, sin complicaciones y de manejo ambulatorio. La longitud de la incisión por medio es de 4,5 cm.

Conclusiones. Se sigue consolidando el trabajo en cirugía mínimamente invasiva de cuello, sin complicaciones, con un adecuado resultado estético, funcional y oncológico.

01-033

Tiroidectomía total vs. subtotal en pacientes con nódulo tiroideo clasificado como lesión folicular e hipotiroides, estudio de costo-utilidad

Claudia Corso Bernal, Álvaro Sanabria, Ximena Gómez, Luis Carlos Domínguez, Valentín Vega, Camilo Osorio
Universidad de la Sabana
Chía, Colombia
claudiacorso@hotmail.com

Introducción. El manejo de los nódulos tiroideos con lesión folicular y patología benigna es controvertido. No existe evidencia de cuál es el mejor procedimiento en este caso, ni estudios que comparen involucrando estrategias desde el punto de vista de costo-utilidad que consideren posibles desenlaces simultáneamente, de ahí la importancia de un estudio de análisis de decisiones.

Objetivo. Identificar el tratamiento quirúrgico más costo-útil en pacientes con bocio e hipotiroidismo y nódulo tiroideo cuya citología reporta lesión folicular, teniendo en cuenta las complicaciones para cada procedimiento, así como la recurrencia y necesidad de soporte hormonal a largo plazo.

Material y método. - Estudio de análisis de decisiones y estudio de costoefectividad.

- Población blanco: Pacientes con hipotiroidismo y bocio que presenten lesión folicular.
- Criterios de exclusión: Pacientes con comorbilidades, patologías de cuello asociadas, intervenciones quirúrgicas previas, resultado de BACAF que reportan malignidad o muestra insuficiente, embarazo, hipertiroidismo.
- No requiere muestra.
- Diseño: De datos obtenidos en la búsqueda sistemática en la literatura referentes a complicaciones del nervio laríngeo recurrente, hipoparatiroidismo y reintervención por cáncer, se desarrolló un árbol de decisiones para el análisis de sensibilidad de una y varias vías: utilidad y costos.

Resultados. El análisis de sensibilidad para cada complicación, demostró que la tiroidectomía total es la mejor estrategia bajo condiciones clínicas aceptadas en la literatura. En cuanto a costos, la tiroidectomía total mostró una disminución total de \$1.328.088 respecto al subtotal.

Conclusión. La tiroidectomía total es la mejor elección en términos de costo utilidad comparada con la tiroidectomía parcial.

01-056

Experiencia en un servicio de cirugía de cabeza y cuello en pacientes sometidos a reconstrucción laringotraqueal, en un periodo de 4 años

Luis Fernando Tintinago, Andrés Revelo, Marco Antonio Medina, Álvaro Herrera, William Victoria, Federico Espinoza
Universidad de Antioquia, Fundación Valle del Lili, Universidad del Cauca
Cali, Colombia
andresrevelom@yahoo.es ; marcoantonio281@hotmail.com

Introducción. La reconstrucción laringotraqueal es una alternativa terapéutica reconocida en el manejo de la obstrucción traqueal, la cual puede ser inflamatoria, traumática, infecciosa, tumoral o iatrogénica, aunque siguen siendo las lesiones posintubación la principal causa e indicación de cirugía.

Objetivo. Presentar los resultados de una serie de reconstrucciones laringotraqueales realizadas en un periodo de 4 años en un Hospital Nivel IV de la ciudad de Cali.

Material y método. Se analizaron los casos presentados desde enero 2009 a abril 2013 con diagnóstico de obstrucción traqueal y a quienes se les practicó reconstrucción laringotraqueal primaria. El diagnóstico se estableció mediante broncoscopia, TAC y microlaringoscopia. Las principales variables evaluadas fueron: edad, género, etiología, características de la obstrucción y variables relacionadas con seguimiento y mortalidad.

Resultados. 70 pacientes con diagnóstico de obstrucción traqueal fueron operados. La edad promedio fue de 47,93 años, el 55,7% eran

mujeres. La principal etiología fue la intubación endotraqueal en 41 pacientes, y la indicación más frecuente en estos casos fue el trauma craneoencefálico (17,07%), con tiempo promedio de intubación de 11.6 días. La localización más frecuente de estenosis fue la subglótica en un 51,42% y la extensión promedio fue de 2,72 cm. 68% de las estenosis benignas se clasificaron como Cotton III y IV. Se presentó reestenosis en 6 pacientes y la mortalidad fue del 2,85%.

Conclusión. El tratamiento quirúrgico de la obstrucción traqueal es una excelente medida terapéutica con un alto índice de éxito, baja mortalidad y con una morbilidad esperada dado las comorbilidades y antecedentes quirúrgicos.

01-069

Experiencia en colgajos libres microvasculares en un servicio de cirugía de cabeza y cuello durante los años 2009 a 2012

Luis Fernando Tintinago, Efraín Andrés Revelo, José Fernando Guitarrero, Álvaro Herrera, William Victoria, Federico Espinoza
Universidad de Antioquia, Medellín; Fundación Valle del Lili, Universidad del Cauca, Cali, Colombia
andresrevelom@yahoo.es

Introducción. El cáncer y las enfermedades severas de cabeza y cuello son patologías que aportan gran mortalidad, pero sobre todo gran morbilidad a los pacientes, generando deformidades, dolor, deterioro físico y social. El tratamiento requiere extensas resecciones siendo necesario reconstrucciones amplias con colgajos libres.

Objetivo. Dar a conocer la experiencia de un servicio de cabeza y cuello en reconstrucción con colgajos libres con técnica microvascular reportando variables sociodemográficas, clínicas, quirúrgicas y evolución de los pacientes.

Material y método. Realizamos análisis retrospectivo de los pacientes sometidos a reconstrucciones con colgajos libres microvasculares durante los años 2009-2012.

Resultados. 62 pacientes (n=62) cumplieron los criterios de inclusión. 56,5% (n=35) fueron masculinos y el 43,5% (n=27) femeninos, con edad entre 18-88 años, media de 57.84.

Los sitios anatómicos resecaados fueron: Tercio inferior de la cara 33,9% (21); Tercio medio de cara 29% (18); Orofaringe 14,5% (9); Piel-parótida 11 3% (7); Esófago 11,3% (7); El 83,9% (52) fueron de carácter oncológico.

Los colgajos libres compuestos fueron: Fasciomiocutáneo anterolateral de muslo 45,2% (n=28); Osteofasciomiocutáneo de peroné 35,5% (n=22); De yeyuno 11,3% (n=7); Osteomiofasciocutáneo de cresta iliaca 6,5% (n=4); Miofacial de músculo gracilis 6% (n=1).

Las complicaciones fueron del 35,5% (n=22): Isquemia parcial 13% (n=8); Fístulas 8% (n=5); Dehiscencias 6% (n=4); Infecciones 5% (n=3); hematomas 3% (n=2). Se perdieron 13% (n=8) colgajos. La mortalidad a un año fue de 14,5% (n=9).

Discusión y conclusión. La literatura reporta el colgajo anterolateral de muslo como uno de los más usados por su versatilidad y funcionalidad para corregir defectos amplios, las complicaciones en sitio receptor son entre el 16 y 28% y con una pérdida del 8 a 12%, que es similar a la reportada en este estudio.

Los colgajos libres, brindan una gran versatilidad y permiten cubrir extensos defectos, teniendo múltiples opciones de sitios donantes que varían de acuerdo a las necesidades del cirujano.

TÓRAX

01-083

Manejo quirúrgico de la tuberculosis pulmonar: experiencia en la Clínica Fundación Valle del Lili entre 2010-2013

Mauricio Velásquez, Diana Carolina Muñoz, Mónica Patricia Torres, José Fernando García
Fundación Valle del Lili, Cali; Universidad CES, Medellín, Colombia
mauriciovelasq@yahoo.com ; mptorresd@gmail.com

Introducción. A pesar de la disponibilidad del tratamiento farmacológico la tuberculosis pulmonar sigue representando millones de enfermos y muertes en el mundo.

Los avances en el diagnóstico, tratamiento y vacunas han aumentado las perspectivas de mejorar la atención y el control de la enfermedad, todo esto asociado al manejo quirúrgico para algunos pacientes.

Objetivo. Presentar la experiencia del manejo quirúrgico del paciente con tuberculosis pulmonar asociada a resistencia medicamentosa, respuesta inadecuada o complicaciones de la enfermedad en la clínica Fundación Valle del Lili desde el año 2010 a 2013.

Material y método. Se realizó una revisión retrospectiva de pacientes con tuberculosis pulmonar que requirieron manejo quirúrgico, en la que se describe sus características clínicas, bacteriológicas, quirúrgicas, morbimortalidad y seguimiento.

Resultados. Fueron 18 pacientes los que requirieron manejo quirúrgico, la edad promedio fue 43 años, 11 hombres y 7 mujeres, 15 tenían baciloscopia positiva antes de la cirugía y 8 con cultivo positivo, los hallazgos radiológicos representativos fueron cavernas y bronquiectasias. La presentación más frecuente fue la hemoptisis (7 pacientes). La mortalidad fue de 1 paciente la cual no fue relacionada con esta patología, el seguimiento promedio está a 11 meses con adecuado control de la enfermedad.

Conclusión. En estos pacientes manejados quirúrgicamente se pudo observar que la cirugía como terapia adjunta a los medicamentos antituberculosos mostró ser una buena alternativa para su tratamiento con una mínima morbilidad asociada al acto quirúrgico y control de la enfermedad.

HIGADO Y VÍAS BILIARES

01-001

Beneficios de la hepatectomía mínimamente invasiva: estudio caso-control sobre 50 resecciones hepáticas por laparoscopia

Joan Figueras, Santiago López, Óscar Palacios
Universidad Autónoma de Barcelona, España - Hospital Universitario "Dr. Josep Trueta", Girona, España; Universidad CES Medellín, Colombia
oscargermanpalaciosr@hotmail.com

Objetivo. Evaluar los resultados de la laparoscopia en las hepatectomías.

Material y método. Diseñamos un estudio caso-control 1 a 2, unicéntrico, comparando los pacientes con cirugía hepática laparoscópica y por laparotomía.

Se realizaron 50 hepatectomías laparoscópicas (LAP). La indicación fue metástasis hepáticas en 34 pacientes, carcinoma hepatocelular en 7, hidatidosis hepática en 2, 5 tumores benignos. Estos casos fueron comparados con 100 controles (AB) apareados según los siguientes criterios de selección: diagnóstico, número de lesiones, tipo de resección, edad, riesgo quirúrgico según la clasificación ASA (*American Society of Anesthesiologist*) y el estado general ECOG (*Eastern Cooperative Oncology Group*). Se evaluaron parámetros intra y posoperatorios, con especial énfasis en la morbimortalidad.

Resultados. Las características preoperatorias de ambos grupos eran idénticas. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en: La morbilidad global 17(34%) vs 29(29%) p=0,32, Sangrado intraoperatorio 401(18-2192) vs 475(20-2000) mL p=0.89, Utilización de pinzamiento pedicular 37(74%) vs 88(88%) p=0.55, Amplitud del margen quirúrgico 0.6(0-5) vs 0.65(0-5) cm p=0.94, Ni mortalidad 1(2%) vs 1 (1%) p=0.65. respectivamente para el grupo LAP y AB. Hubo una tendencia a menor gravedad de las complicaciones 4(8%) vs 15(15%) p=0.07 y menos reingresos 0 vs 7(%) p=0.09 en la cirugía laparoscópica. El tiempo quirúrgico fue más largo 295(120-600) vs 200 (70-450) minutos (p=0.0001) y la estancia hospitalaria fue significativamente más corta 4 (1- 60) vs 7 (3-44) días p=0.0001 en el grupo LAP.

Conclusión. El abordaje laparoscópico de las resecciones hepáticas es factible, seguro y acorta la estancia hospitalaria en pacientes con una selección adecuada.

01-002

Resultados de las resecciones hepáticas como tratamiento radical de la hidatidosis hepática en 50 pacientes

Joan Figueras, Gustavo Nari, Óscar Palacios
Universidad Autónoma de Barcelona, España; Hospital Universitario "Dr. Josep Trueta", Girona, España; Universidad CES Medellín, Colombia
oscargermanpalaciosr@hotmail.com

Introducción. La hidatidosis hepática es endémica en diferentes regiones del mundo, diversos tratamientos han sido propuestos para abordarla. La mejor alternativa terapéutica sigue siendo la cirugía. Los procedimientos quirúrgicos están divididos en radicales y no radicales.

Objetivo. El objetivo de nuestro trabajo es evaluar la morbimortalidad y el porcentaje de recidivas de las resecciones hepáticas como tratamiento radical de la hidatidosis hepática y contrastarlos con las series publicadas en la literatura.

Material y método. Estudio retrospectivo efectuado en una serie española y argentina, se analizan los siguientes datos: sexo, edad, tipo de resección, gestos quirúrgicos asociados, presencia de hepatopatía, tiempo operatorio, transfusión de hemoderivados, morbilidad, mortalidad, estancia hospitalaria, re-internación, recidiva, tiempo de seguimiento. Tuvimos en cuenta clasificación de Dindo - Clavien,

y la IHPBA de Brisbane. Se consideró mortalidad la ocurrida en los primeros 90 días poscirugía, se incluyeron solo pacientes seguidos más de 6 meses.

Resultados. Las indicaciones de las resecciones hepáticas se realizaron en pacientes con quistes mayores de 5 centímetros, quistes múltiples, quistes de gran tamaño, comunicados con la vía biliar o con sospecha de la misma. Cinco pacientes requirieron transfusiones de hemoderivados (10%) con una mediana para esos 5 pacientes de 740 ml cada uno y para el total de la serie de 74 ml. El tiempo operatorio tuvo una mediana de 186 minutos (Rango: 45 - 1050 minutos) La estancia hospitalaria tuvo una mediana de 7,7 días. El seguimiento superior a 6 meses se realizó en 38 pacientes.

Conclusión. Creemos que la hidatidosis hepática es una patología polifacética, y requiere de más de una posibilidad terapéutica. Las hepatectomías más allá de cumplir con la resección del parásito de manera completa, ofrecen la posibilidad de hacerlo de una manera controlada y segura, debiendo ser realizada en centros con experiencia en cirugía hepática.

01-011

Colecistectomía laparoscópica con puerto único. Reporte preliminar

Javier Acuña Barrios, Jaime Bonfante, Rubén Carrasquilla
Clínica Gestión Salud
Cartagena de Indias, Colombia
javiacu@yahoo.com

Introducción. La colecistectomía laparoscópica es la técnica de elección para el tratamiento de la litiasis vesicular. Para la práctica de la misma generalmente se utiliza un número de 3 a 4 trocares. En los últimos años se ha publicado un número no despreciable de trabajos en los cuales se muestra los resultados al practicar procedimientos abdominales utilizando dispositivos solo a través del ombligo (puerto único).

Objetivo. Mostrar nuestra experiencia inicial al practicar colecistectomías laparoscópicas con puerto único.

Material y método. Se practicó un estudio descriptivo prospectivo de pacientes sometidos a colecistectomías laparoscópicas utilizando un único puerto a nivel umbilical; en enfermos operados del 1 de septiembre de 2012 al 1 de mayo de 2013 en la Clínica Gestión Salud de Cartagena. En todos los pacientes se utilizó la misma clase de dispositivo (SILS) e instrumental habitual (no curvo).

Resultados. En este periodo se practicaron un total de 246 colecistectomías laparoscópicas, de las cuales 40 (16%) se practicaron con puerto único. Todos los pacientes tenían litiasis y/o poliposis vesicular. La cirugía fue electiva en todos los casos. El 85% fue de sexo femenino. El promedio de edad fue de 37,4 años (r:21-66). El tiempo promedio de duración fue de 32.8 minutos (r:20-60). Uno de cada cuatro pacientes requirió de la implementación de tracción vesicular adicional a través de hilo o colocación de trocar de 2,3 mm. Solo un paciente (2,5%) requirió de conversión a colecistectomía de 4 puertos por alto riesgo de sangrado por esteatosis hepática severa. Un paciente presentó hematoma umbilical que requirió drenaje con sedación. El requerimiento de analgésicos fue similar al de las colecistectomías por 4 puertos.

Conclusión. La colecistectomía laparoscópica por puerto único es una técnica segura y efectiva para el tratamiento de la patología vesicular.

01-015

Nuestras lesiones quirúrgicas de vía biliar: evolución y manejo

Javier Acuña Barrios, Jaime Bonfante, José Salcedo, Rubén Carrasquilla

Clínica Gestión Salud
Cartagena de Indias, Colombia
javiacu@yahoo.com

Introducción. La colecistectomía laparoscópica es la técnica de elección para el tratamiento de la litiasis biliar. Sin embargo, se ha descrito un aumento en la incidencia de lesiones biliares por esta vía. Una de las principales causas de las lesiones son las anomalías anatómicas. Recientemente se ha descrito la presencia de un conducto biliar subvesicular que parecería tener relevancia en las etiologías de bilirragias posoperatorias tempranas.

Objetivo. Demostrar la relevancia de las anomalías anatómicas en la génesis de las lesiones quirúrgicas de la vía biliar, en especial las relacionadas con el conducto biliar subvesicular y la posibilidad de su tratamiento por vía laparoscópica.

Material y método. Se practicó un estudio descriptivo, retrospectivo de las lesiones quirúrgicas de la vía biliar en 2660 colecistectomías laparoscópicas consecutivas realizadas en un periodo de 10 años.

Resultados. La incidencia de complicaciones biliares fue del 0,19%. De las 5 lesiones solo una fue advertida en el intraoperatorio, siendo la de mayor gravedad (Amsterdam D) y requirió de la realización de una hepaticoyeyuno anastomosis. Hubo sospecha intraoperatoria por colecistectomía difícil en 3 casos; en los cuales se evidenció bilirragia en los drenajes abdominales y todos fueron tratados con stent biliar endoscópico. El sitio anatómico de estas 3 bilirragias fue el lecho vesicular o el conducto cístico. Un caso presentó coleperitoneo que requirió laparoscopia diagnóstica y clipado de conducto subvesicular con lavado de la cavidad abdominal. Todos los pacientes evolucionaron satisfactoriamente con un promedio de seguimiento de 35 meses.

Conclusión. Las bilirragias podría tener su origen en conductos biliares anómalos, de allí que su reconocimiento en el intraoperatorio podría evitar complicaciones mayores posoperatorias.

01-016

Colecistectomía laparoscópica con régimen ambulatorio ultracorto

Javier Acuña Barrios, Jaime Bonfante, Nohemí Galeano, Rubén Carrasquilla

Clínica Gestión Salud
Cartagena de Indias, Colombia
javiacu@yahoo.com

Introducción. En las colecistectomía laparoscópica lo habitual era otorgar el alta hospitalaria al día siguiente de la cirugía. Con el refinamiento de la técnica quirúrgica y anestésica se lograron tiempos quirúrgicos más cortos y mejor manejo posoperatorio. Lo anterior se tradujo en otorgar el alta hospitalaria el mismo día de la cirugía. Recientemente, se han publicado estudios con estancias más cortas sin que esto signifique un peligro para los pacientes.

Objetivo. Mostrar nuestra experiencia al practicar colecistectomías laparoscópicas con régimen ambulatorio ultracorto.

Material y método. Se practicó un estudio descriptivo prospectivo de pacientes sometidos a colecistectomías laparoscópicas, en enfermos operados del 1 de octubre de 2009 al 31 de marzo de 2013 en la Clínica Gestión Salud de Cartagena. Todos los pacientes fueron operados por el mismo equipo quirúrgico y el mismo protocolo anestésico. Los criterios de inclusión a régimen ambulatorio ultracorto fueron: edad menor de 75 años, ASA I y II, ausencia de patología biliar o pancreática aguda, ausencia de complicaciones anestésicas y/o quirúrgicas, domicilio menor de 15 kilómetros de distancia y posibilidad de seguimiento telefónico.

Resultados. En este periodo se practicaron un total de 1082 colecistectomías laparoscópicas, de las cuales 1028 (95%) cumplieron criterio para régimen ambulatorio. El 88% fue de sexo femenino. El promedio de edad fue de 43 años (r:13-74). El tiempo promedio de cirugía fue de 30 minutos (r:15-80). El tiempo promedio de recuperación fue de 4,18 horas (r:3-10). La principal causa de hospitalización no planeada fue el diagnóstico intraoperatorio de patología infecciosa aguda. El porcentaje de pacientes que reingreso fue del 0,4%. Las causas del reingreso fueron complicaciones quirúrgicas y manejo del dolor.

Conclusión. La colecistectomía laparoscópica puede ser practicada en pacientes seleccionados con régimen ambulatorio ultracorto en forma segura.

01-018

Colecistectomía difícil, el verdadero reto

Javier Acuña Barrios, Jaime Bonfante, Rubén Carrasquilla

Clínica Gestión Salud
Cartagena de Indias, Colombia
javiacu@yahoo.com

Introducción. La colecistectomía por laparoscopia es la vía de elección para el tratamiento de la patología vesicular. El hallazgo intraoperatorio de alteraciones anatómicas por inflamación aguda y/o por anomalías anatómicas, al igual que ocurrencia de complicaciones quirúrgicas intraoperatorias; en ocasiones hacen que la cirugía sea dificultosa.

Objetivo. Mostrar nuestra experiencia al practicar colecistectomías laparoscópicas dificultosas.

Material y método. Se practicó un estudio descriptivo prospectivo de pacientes sometidos a colecistectomías laparoscópicas, en enfermos operados del 1 de octubre de 2009 al 31 de marzo de 2013, en la Clínica Gestión Salud de Cartagena. Definimos como colecistectomía dificultosa aquella que nos obligó a practicar un proceso quirúrgico adicional no convencional por alteraciones anatómicas y/o complicaciones intraoperatorias.

Resultados. En este periodo se practicaron un total de 1082 colecistectomías laparoscópicas, de las cuales 92 (8,5%) se definieron como colecistectomías dificultosas. Las mismas se presentaron proporcionalmente con mayor frecuencia en los hombres que en las mujeres (15,5% versus 7,2%). De igual forma se relacionaron con índices de masa corporal más altos (32 versus 26 kg/m²). El tiempo promedio de la cirugía fue mayor (40 versus 29 minutos). La estancia hospitalaria fue también significativamente mayor en el grupo de las difíciles (14 versus 4,82 horas). La morbilidad también fue significativamente mayor (10% versus 0,7%).

Conclusión. Las colecistectomías laparoscópicas dificultosas son frecuentes y se relacionan con el sexo masculino, la obesidad, tiempo quirúrgico y estancias hospitalarias más prolongadas y con una mayor morbilidad.

01-029

Características de los pacientes sometidos a hepatectomía Fast Track (vía rápida) en el Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín

Jaime Chávez, Álvaro Andrés Duarte, Cristina Ángel, Sergio Hoyos
Hospital Pablo Tobón Uribe, Grupo de Gastrohepatología Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia
sergiohoyosd@yahoo.es

Introducción. Las resecciones hepáticas son una técnica realizada de manera más frecuente y mayor seguridad a nivel mundial, a nivel nacional hay varios grupos que se consolidan con series importantes.

Objetivo. Evaluar una cohorte de pacientes sometidos a resección hepática con técnica Fast Track, en el Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín.

Material y método. Se describen las características de los pacientes de la unidad de cirugía hepatobiliar y pancreática con estada de hasta 3 días, de febrero de 2006 hasta diciembre de 2012, en años anteriores no se había implementado el protocolo de estancia rápida de estos pacientes.

Resultados. Desde la creación de la unidad de cirugía hepatobiliar en 2004, se han realizado 222 hepatectomías, 98 (44,1%) fueron con técnica Fast Track (estancia de hasta 3 días), por enfermedad maligna: 75,5% (metástasis de cáncer colorrectal 41,8%, Ca de vesícula 12,2% y 12,2% por hepatocarcinoma). 53% correspondió a mujeres. 31,6% de los casos tenían antecedente de cirugía previa. La mediana de edad fue 59,5 años. El sangrado intraoperatorio tuvo una mediana de 200 ml. 3% requirieron glóbulos rojos. El tiempo quirúrgico tuvo una mediana de 120 minutos. El 8,2% de los procedimientos fueron hepatectomías mayores (derecha o izquierda), 13,3% hepatectomías centrales.

Las principales complicaciones fueron: infección quirúrgica 4%, filtración biliar 2%, infección distante 2%, sangrado POP 2%. No se presentaron muertes posoperatorias.

Conclusión. Las técnicas de manejo con estancias muy cortas en cirugía mayor (Fast Track) son una opción en cirugía hepatobiliar si se seleccionan bien los casos.

01-035

Lesión iatrogénica de la vía biliar: experiencia en Fundación Valle del Lili, Cali 2011-2013

Mónica Torres, Óscar Javier Serrano, Luis Armando Caicedo
Fundación Valle de Lili
Santiago de Cali, Colombia
i3answer6@hotmail.com ; mptorresd@gmail.com

Introducción. Es la colecistectomía una de las intervenciones quirúrgicas más practicadas, no exenta de complicaciones, dentro de las cuales la lesión de la vía biliar no es la más frecuente pero sí la más catastrófica, y aunque su ocurrencia es inexorable, el óptimo manejo es fundamental para un adecuado desenlace.

Objetivo. Describir la experiencia, características clínicas, evolutivas, y desenlace de lesiones de vía biliar manejadas en la Fundación Valle de Lili, Cali (FVL) como centro de remisión del suroccidente colombiano en el periodo comprendido entre 2011-2013.

Material y método. Trabajo retrospectivo, del registro histórico de pacientes atendidos en el periodo comprendido entre 2011-2013 con diagnóstico de lesión iatrogénica de vía biliar en la FVL.

Resultados. Entre los años 2011-2013, se realizó un total de 30 reconstrucciones de vía biliar como parte del manejo de pacientes con diagnóstico de lesión iatrogénica, el 67% de los casos sometidos a colecistectomía laparoscópica, con reconocimiento de la disrupción de la vía biliar solo en el 13,3% intraoperatoriamente. Las variantes de lesión más frecuentes en escala de Hannover fueron D4 y E2; y 93,3% de las reconstrucciones se realizaron mediante hepaticoyeyunostomía, con un 12% de estenosis durante el seguimiento, que recibieron manejo percutáneo. Un resultado excelente se presentó en el 75% de los casos (Escala Mc' Donalds); sin mortalidad atribuible al evento.

Conclusión. Los resultados obtenidos en el manejo de la lesión iatrogénica de la vía biliar son dependientes de un reconocimiento e intervención temprana, al igual que la idoneidad de un grupo multidisciplinario capacitado para su manejo.

01-040

Hepaticoyeyunostomía, opción de manejo en pacientes con hepatolitiasis: experiencia del Hospital San José

Guillermo Aldana, Mario Barrera
Hospital San José
Bogotá, D.C., Colombia
mariohbl@gmail.com

Introducción. La hepatolitiasis es una condición rara en nuestro medio, con una presentación descrita de hasta 1% en los pacientes con coledolitiasis en el hemisferio occidental. Cuando se presenta suele ser una condición complicada con predisposición a colangitis, abscesos, hipertensión portal y cirrosis entre otras. Normalmente se requiere manejo de esta enfermedad en centros de referencia con múltiples opciones tanto médicas (CPRE, litotripsia) como quirúrgicas (exploración de vías biliares, hepatectomía, hepaticoyeyunostomía).

Objetivo. Presentar una serie de casos con diagnóstico de hepatolitiasis en el Hospital San José de Bogotá, las características de presentación demográfica, clínica, paraclínica, imagenológica y su manejo realizado preferentemente con hepaticoyeyunostomía y colangioscopia intraoperatoria. Análisis del seguimiento y evolución posoperatoria.

Material y método. Se revisan historias clínicas y descripciones quirúrgicas de una serie de casos documentados de hepatolitiasis, (n=4) se describen sus características, indicaciones quirúrgicas, procedimiento realizado, complicaciones y posterior evolución.

Resultados. Se documentan las características de los pacientes y su indicación quirúrgica, en su mayoría la clínica dominante es la de un síndrome biliar obstructivo, son llevados a procedimiento quirúrgico abierto hepaticoyeyunostomía en y de roux; adecuada evolución posoperatoria y sin documentar mortalidades en el periodo de seguimiento.

Conclusión. El manejo de la hepatolitis es un desafío quirúrgico con múltiples posibilidades de abordaje y de preferencia en centros de referencia. La conducta terapéutica va desde el manejo expectante, manejo médico, o tratamiento quirúrgico resectivo, al presentar complicaciones como colangitis o atrofia del parénquima. La derivación bilio entérica, controvertida por algunos, ha sido utilizada en pacientes seleccionados con resultados favorables.

01-051

Experiencia quirúrgica en el tratamiento de perforación duodenal por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE)

Alexander Ramírez Valderrama, Soni Chousleb, Joel Ricci, Jason Sample, Armando Castro, Stephen Merola, Pierre F. Saldinger
New York Hospital Queens, Flushing
New York, United States
alr9071@nyp.org

Introducción. Perforación duodenal es una complicación poco frecuente pero grave que se produce en aproximadamente el 1% de los pacientes después de la CPRE. El objetivo de este estudio es analizar los resultados de los pacientes que se sometieron a un tratamiento quirúrgico de urgencia por perforación duodenal después de la CPRE.

Objetivo. Evaluar los resultados quirúrgicos en casos de perforaciones duodenales secundarias a CPRE.

Material y método. Un estudio retrospectivo se realizó incluyendo todos los pacientes que se sometieron a una intervención quirúrgica de emergencia por perforaciones duodenales después de CPRE entre julio de 2007 y febrero de 2013.

Resultados. Doce (12) de los pacientes requieren una cirugía de emergencia. De ellos, 11 eran mujeres (91,6%), y la edad media fue de 68 años. Las indicaciones de la CPRE incluyeron coledocolitiasis (58,3%), el conducto biliar dilatado (CDB) (25%), conducto pancreático (PD) dilatado dilatación (8,3%), y sangrado ampular (8,3%). Se realizaron un total de 42 procedimientos quirúrgicos diferentes durante las operaciones iniciales con una media de 3,5 procedimientos por paciente. Los procedimientos más comunes que se realizaron incluyen yeyunostomía de alimentación (66,6%), gastroyeyunostomía (58,3%), exclusión pilórica (50%), la colocación del tubo en T (33,3%), colecistectomía (25%), exploración de la vía biliar (25%), enterografía (16,6%), y reparación primaria duodenal (16,6%). Ocho (8) de los pacientes experimentaron complicaciones posoperatorias (66,6%) de los cuales 5 requirieron reintervención. No hubo mortalidad en el período posoperatorio inmediato (30 días), y 2 muertes tardías ocurrieron secundarias a sepsis (16,6%).

Conclusión. La perforación duodenal secundaria a CPRE que requiere una intervención quirúrgica de urgencia tiene una alta tasa de complicaciones y mortalidad, especialmente en ancianos.

01-055

Complicaciones intra y posoperatorias de procedimientos quirúrgicos en la vía biliar en dos hospitales universitarios en Popayán

Hernán Mauricio Ocampo, Marcela Lucía Tascón, Mónica Yaneth Londoño, Alexei Bernardo Rojas, Carmen Ofelia Daza

Universidad del Cauca
Popayán, Colombia
marcelatascon@gmail.com

Introducción. Las patologías que afectan la vía biliar es la segunda causa de consulta en urgencias quirúrgicas en nuestro país después de la apendicitis. Existen factores que favorecen la aparición de complicaciones intra y posoperatorias.

Objetivo. Determinar la incidencia y factores de riesgo de complicaciones intra y posoperatorias en pacientes operados por patologías de la vía biliar.

Materiales y métodos. Estudio de cohorte dinámica, prospectiva, periodo 1 de marzo del 2012 al 30 marzo de 2013 en dos instituciones. La presencia de complicaciones se evaluó en el intraoperatorio clasificándolas como menores y mayores, con seguimiento a 30 días posoperatorio. Se consideró cohorte expuesta a pacientes que presentaron complicaciones. Se realizó un estudio de proporciones mediante estimaciones de riesgo relativo (RR).

Resultados. 160 pacientes, 78% (124) mujeres, edad media 45,07 años, 66% (105) ingresaron en el servicio de urgencias; 53% (84) sin comorbilidades; 82% (131) de los casos se realizó colecistectomía laparoscópica, 7% (11) conversión a abierta, la tasa de complicaciones fue de 0.1 días/persona, los factores de riesgo para complicación fueron edad > 45 años (RR 1.73 (IC95%: 1.09-2.75)), servicio de admisión urgencias (RR 5.02 (IC95%: 2.12-11.89)), necesidad CPRE preoperatorio (RR 1.96 (IC95%: 1.24-3.18)).

Conclusiones. Los pacientes con patología biliar son frecuentes en nuestro medio, la tasa de complicaciones fueron bajas siendo la más frecuente el sangrado del lecho hepático, y algunos factores de riesgo favorecen su aparición. No hay diferencia en comparación con la literatura nacional y mundial.

1-060

Pancreatoduodenectomías en Colombia: un estudio cualitativo de la cirugía de páncreas desde la perspectiva de los cirujanos

Juan Carlos Sabogal, Elijah Dixon, Chad Ball, Oliver Bathe, Francis Sutherland
Foothills Medical Centre, University of Calgary, Calgary, Canada
juancarlos.sabogalolarte@gmail.com

Introducción. De acuerdo al Instituto Nacional de Cancerología en Colombia, existen 4,5 nuevos casos de cáncer pancreático por 100.000 habitantes. En los últimos 10 años, la tendencia mundial ha sido el desarrollo de la cirugía de páncreas en centros de referencia y por cirujanos con subespecialidades quirúrgicas.

Objetivo. Este estudio cualitativo analiza la perspectiva de los cirujanos en torno a la cirugía de Whipple y la posibilidad de crear centros regionales para la pancreatoduodenectomía en Colombia.

Material y método. Se realiza un estudio cualitativo a través de una encuesta en línea dirigida a cirujanos generales y cirujanos con experiencia en esta rama. Encuestados se localizaron a través de búsqueda en internet de instituciones de salud del país.

Resultados. Se enviaron 132 encuestas y 52 fueron contestadas (39,39%). Encuestados fueron cirujanos generales, cirujanos gastroenterólogos, hepato-pancreático-biliares y oncólogos. Menos

de 12 Whipples realizados por año, por cirujano en 90,2% de los participantes. Mortalidad fue <10% en 40,92% de participantes y morbilidad 30 días entre 11-20% en 36,73% de los participantes. La cirugía de páncreas en Colombia está siendo manejada por cirujanos generales 59,62%. Mayoría de los encuestados considera importante centros de referencia para cirugía pancreática (84,31%). La cirugía de páncreas debe ser realizada por alguna subespecialidad (75% de los encuestados).

Conclusión. La cirugía pancreática se ha venido realizando en Colombia hace años; sin embargo, la tendencia mundial de la cirugía de Whipple es la creación de centros de referencia con el fin de mejorar la morbimortalidad perioperatoria.

01-072

Colecistectomía laparoscópica de puerto único: puntos nodales

José Gonzalo Moros, Andrés Felipe Salazar
Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana
Bogotá, D. C., Colombia
docmoros@gmail.com

Introducción. La colecistectomía laparoscópica es el procedimiento quirúrgico de mínima invasión más ampliamente realizado. Para dicho procedimiento se han depurado técnicas como la cirugía por puerto único para la realización de la misma. La estandarización de dicha técnica permite ofrecer al paciente un procedimiento quirúrgico con ventajas estéticas, funcionales y una recuperación favorable, sin dejar de lado la seguridad del paciente.

Objetivo. Por medio de la experiencia institucional, se estandariza la técnica quirúrgica de la colecistectomía laparoscópica de puerto único.

Material y método. Implementación a través de la práctica en un hospital de cuarto nivel de un procedimiento laparoscópico con una técnica depurada y segura, totalmente reproducible en medios similares.

Resultados. Por medio de la estandarización de la técnica se logra realizar un procedimiento quirúrgico seguro para el paciente, que ofrece ventajas ya evaluadas mundialmente y que es reproducible en nuestro medio.

Conclusión. La colecistectomía por laparoscopia por puerto único es un procedimiento quirúrgico eficaz, seguro y reproducible siempre y cuando se logre estandarizar una técnica depurada en la que no se omitan puntos clave en el procedimiento para no perder las ventajas de este abordaje y ofrecer al paciente una alternativa con ventajas claras para una población selecta de pacientes.

01-082

Curso perioperatorio y resultados del tratamiento de una cohorte de pacientes con pancreatitis aguda en una institución académica de referencia en Bogotá

Paulo Andrés Cabrera, Luis Carlos Domínguez, Anibal Ariza, Andrés Cortés, Camila Azula
Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana
Bogotá, D.C., Colombia
ldominguez@javeriana.edu.co

Introducción. El Departamento de Cirugía del HUSI atiende un elevado volumen anual de pacientes con pancreatitis aguda (PA). A partir de 2006 se desarrolló un protocolo de manejo de PA.

Objetivo. Presentar los resultados de tratamiento de una cohorte retrospectiva en los últimos 5 años.

Material y método. La severidad de la enfermedad se calculó a partir de APACHE II y SOFA. El cálculo de la probabilidad de coledocolitiasis y su tratamiento se determinaron a partir de la Escala de Predicción de Coledocolitiasis del HUSI. Los índices de severidad por imágenes fueron Balthazar/Silverman. Las complicaciones del tratamiento quirúrgico se evaluaron en los primeros 30 PO. Se identificaron las tasas de morbimortalidad, reingreso y estancia hospitalaria operatoria y no operatoria.

Resultados. 305 pacientes (mujeres: 189 [61,9%]; edad promedio: 51.6 años (18-89)). El 93,7% de los casos correspondieron a PA biliar (65,5%: PA severa [APACHE>8]; 42,3% puntuación SOFA≥4). El 11,1% presentaron riesgo alto de coledocolitiasis, 55,4% intermedio y 33,4% bajo (tasa global de coledocolitiasis: 9,51%). La tasa de necrosis pancreática fue de 52% en los casos de PA severa. El tiempo promedio de resolución del episodio fue de 5.8 días. 240 pacientes (78,6%) fueron sometidos a colecistectomía y la tasa global de complicaciones fue <1,5%. El 6,8% de los pacientes requirieron cirugía pancreática. La tasa global de mortalidad fue 2,62% (PA severa: 4%). La estancia hospitalaria promedio fue 10,3 días.

Conclusión. La tasa de PA severa supera a la de PA leve. El riesgo de coledocolitiasis no se modifica en comparación a los datos que exhibe la población general. Los resultados operatorios y no operatorios se encuentran dentro de los reportados en la literatura mundial.

01-090

Resultados a corto y mediano plazo de la resección de metástasis hepáticas de carcinoma de colon y recto

Oscar A. Guevara, Ricardo Oliveros, Iván Martín, Mario Abadía, María E. Manrique, Nadim Abisambra, Raúl Pinilla
Instituto Nacional de Cancerología; Universidad Nacional de Colombia
Bogotá, D.C., Colombia
oaguevarac@yahoo.com

Introducción. La supervivencia de los pacientes con metástasis hepáticas de carcinoma colorrectal ha mejorado gracias al manejo quirúrgico y oncológico. No hay mucha información de los resultados en países en vía de desarrollo.

Objetivo. Evaluar los resultados clínicos oncológicos a corto y mediano plazo de la resección de metástasis hepáticas de carcinoma colorrectal, manejados multidisciplinariamente.

Material y método. Se incluyeron pacientes operados consecutivamente por resección de metástasis hepáticas de carcinoma colorrectal, entre marzo de 2009 y mayo de 2013. Se obtuvieron los datos demográficos, clínicos y de seguimiento, incluyendo recaídas. Se analizaron las variables cuantitativas con mediana y rango intercuartílico (RIQ) y las categóricas con proporciones. El análisis de supervivencia se realizó con el método de Kaplan-Meier.

Resultados. Se realizaron 53 cirugías de resección hepática en 51 pacientes. La edad mediana fue de 63 años (RIQ 54-68), 51% hombres, 34% procedentes de fuera de Bogotá, 28% resecciones hepáticas mayores, 9% laparoscópicas, 6% con radioablación adicional. La estancia hospitalaria mediana fue de 5 días (RIQ 3-6,5). El 64% tuvieron quimioterapia previa y el 90% posoperatoria. La mediana de seguimiento fue 285 días (RIQ 59-730). Al 35% se diagnosticó recaída. Entre los pacientes con más de un año de seguimiento, la supervivencia estimada a 3 años fue del 83% y la supervivencia libre de recaídas a los 3 años fue del 54%.

Conclusión. La resección de las metástasis hepáticas siguiendo las indicaciones establecidas, permite lograr aceptables supervivencias a mediano plazo en Colombia, con protocolos de manejo multidisciplinario.

GASTROINTESTINAL

01-010

Comparación del manejo quirúrgico de las úlceras pépticas perforadas: cirugía abierta vs. cirugía laparoscópica

Sergio Díaz, Jesús Vásquez, Juan David Zuluaga, Juan Esteban Botero, Andrea Naranjo
Universidad CES
Medellín, Colombia
jdz243@hotmail.com

Introducción. El reparo laparoscópico de las úlceras pépticas perforadas ha ganado mucha aceptación en los últimos años principalmente por las ventajas que este abordaje ofrece, pero a pesar de que sus beneficios sean ampliamente conocido, no ha sido acogido adecuadamente por los cirujanos.

Objetivo. El objetivo principal es comparar los resultados posquirúrgicos de los pacientes sometidos a cirugía de úlcera péptica perforada tanto abierta como laparoscopia y realizar un análisis sociodemográfico de estos pacientes.

Material y método. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, en un periodo de un año, de todos los pacientes sometidos a corrección quirúrgica de úlcera péptica perforada en 3 hospitales de la ciudad de Medellín (Clínica CES, Hospital general de Medellín y Hospital Manuel Uribe Ángel). En total se incluyeron 39 pacientes de los cuales 6 fueron cirugía laparoscópica y 33 cirugía abierta. A todos los pacientes se les realizó rafia primaria + parche de Graham.

Resultados. El promedio de edad de los pacientes en cirugía laparoscópica fue de 34,5 vs. 46,6 años en la cirugía abierta. El tiempo promedio operatorio fue menor en la cirugía abierta (79 vs. 85 minutos). Por el contrario la cirugía laparoscópica se asoció a menor estancia hospitalaria (3,8 vs. 8 días), menor morbilidad general (16,6% vs. 30,3%) y un inicio más rápido de la vía oral (2 vs. 3,5 días).

Conclusión. Los resultados obtenidos sugieren que los abordajes laparoscópicos se asocian a algunos beneficios tempranos cuando se compara con la cirugía abierta convencional.

01-014

Neumoperitoneo ¿cómo lo hago yo?

Javier Acuña Barrios, Jaime Bonfante, Rubén Carrasquilla
Clínica Gestión Salud
Cartagena de Indias, Colombia
javiacu@yahoo.com

Introducción: En laparoscopia, el mayor número de complicaciones (vasculares y/o intestinales) ocurren en el momento de la realización del neumoperitoneo o al introducir del primer trocar. Las técnicas de neumoperitoneo se pueden clasificar en cuatro grandes grupos: técnica directa, técnica cerrada, uso de trocar óptico y técnica abierta. La literatura en ocasiones muestra resultados contradictorios al comparar las diferentes técnicas.

Objetivo: Realizar un análisis de la literatura de los trabajos publicados de las diferentes técnicas de neumoperitoneo y mostrar nuestros resultados practicando la técnica abierta.

Material y método: Se practicó un estudio descriptivo retrospectivo en 3536 pacientes a los cuales se les practicó neumoperitoneo con técnica abierta.

Resultados. En los 3536 pacientes a los cuales se les practicó neumoperitoneo con técnica abierta se presentaron 2 perforaciones intestinales lo cual corresponde al 0,05%, 12 lesiones de epiplón (0,034%) y ninguna lesión vascular. Una de las perforaciones colónicas fue inadvertida presentado peritonitis posoperatoria. La otra requirió rafia colónica inmediata por vía laparoscópica. Ninguna de las lesiones de epiplón cambió el curso de la cirugía planeada.

Conclusión: La realización de neumoperitoneo con técnica abierta es segura y se relaciona con muy pocas complicaciones intestinales y vasculares.

01-017

Técnica “three port” en procedimientos abdominales

Javier Acuña Barrios, Jaime Bonfante, Rubén Carrasquilla
Clínica Gestión Salud
Cartagena de Indias, Colombia
javiacu@yahoo.com

Introducción. En la actualidad se imponen los procedimientos poco invasivos sobre los invasivos. Se ha migrado de las grandes incisiones a medianas y pequeñas incisiones. Luego de procedimientos laparoscópicos con múltiples puertos a un solo puerto y a la utilización de orificios naturales. Los ventajas de los procedimientos menos invasivos son en su mayoría contundentes.

Objetivo. Mostrar nuestra técnica “Three port” al practicar procedimientos abdominales.

Material y método. Se desarrolló una técnica quirúrgica mediante la cual se practicaron procedimientos laparoscópicos abdominales. La misma consistió en practicar una incisión mediana intraumbilical, colocación de un trocar de 10 mm inferior y dos de 5 mm superiores; con una separación de aproximadamente 5 cm. Se utilizó lente e instrumental convencional.

Resultados. Se practicaron un total de 11 procedimientos. 8 colecistectomías y 3 herniorrafias inguinales técnica TAPP. El tiempo quirúrgico promedio de las colecistectomías fue de 25 minutos

(r:20-30) y de las herniorrafias fue de 30 minutos (r:25-35). No se presentaron conversiones a técnica laparoscópica habitual. No se presentaron complicaciones intraoperatorias ni posoperatorias.

Conclusión. La técnica “Three port” es un procedimiento factible, seguro y efectivo para el tratamiento de patología vesicular e inguinal. Se necesitan estudios con un mayor número de casos.

01-031

Factores asociados a la sobrevida en pacientes operados por tumores periampulares en la ciudad de Medellín, 2004-2013

Sergio Iván Hoyos Duque, Jaime Chávez, Alejandra Valencia, Álvaro Andrés Duarte, Cristina Ángel

Hospital Pablo Tabón Uribe, Grupo de Gastrohepatología Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia
sergiohoyosd@yahoo.es

Introducción. La resección de tumores periampulares con cirugía de Whipple, sigue teniendo muchas exigencias técnicas; la sobrevida de estos pacientes ha sido ampliamente descrita en centros de referencia a nivel mundial; en nuestro medio, son pocos los estudios reportados.

Objetivo. Determinar los factores asociados a la sobrevida en los pacientes operados por tumores periampulares.

Material y método. Estudio observacional descriptivo, con análisis de supervivencia, que evaluará en una cohorte de pacientes sometidos a cirugía de Whipple.

El análisis de supervivencia se hará con Kaplan-Meier y las variables asociadas serán determinadas con la regresión de Cox. La comparación de las curvas de supervivencia entre grupos se realizará mediante Logrank. El valor de significancia aceptado será $p < 0,05$. Se hará valoración del Hazard Ratio (HR) crudo y ajustado para determinar el cambio en la medida de asociaciones.

Resultados. Se realizaron 110 Whipple. 105 (95%) por enfermedad maligna: 45,6% por cáncer de páncreas, 39% por cáncer de ampolla. La mediana de edad encontrada 61 años (Rq 52.5-68 años); la mediana de sangrado intraoperatorio fue de 300 ml (Rq 200-500); 27,6% de los pacientes requirieron glóbulos rojos. La estancia en UCI tuvo una mediana de 1 día (Rq 1-2); la estancia hospitalaria tuvo una mediana de 14.5 días (Rq 8-25); la mortalidad posoperatoria fue del 10%. Las principales complicaciones fueron: sangrado POP 25,75, fístula pancreática 18,1%, retención gástrica 10,5%.

Conclusión. Nuestra unidad se consolida en los resultados de resecciones con cirugía de Whipple, con cifras cada vez más comparables con las series mundiales.

01-037

Manejo del síndrome de intestino corto en el Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín

Carlos Ernesto Guzmán, Álvaro Mena Hurtado, Sergio Iván Hoyos, Juan Carlos Restrepo, Juan Ignacio Marín, Octavio Germán Muñoz, Óscar Mauricio Santos, Sandra Milena Alzate, Carolina Echeverri, Fabián Juliao, Mario Hernán Ruiz, Julio Eduardo Zuleta, Andrés Germán Goldstein

Hospital Pablo Tobón Uribe
Medellín, Colombia
cguzman@hptu.org.co

Introducción. Desde 1950 el manejo del síndrome de intestino corto ha tenido un desarrollo progresivo en el mundo, favorecido por los avances en la nutrición parenteral total ciclada ambulatoria y el trasplante de intestino delgado.

Objetivo. Reportar la evolución de nuestros pacientes, sus complicaciones, sus logros y las lecciones aprendidas con esta enfermedad.

Material y método. Es un estudio descriptivo de la evolución de 24 pacientes, desde diciembre de 2005 hasta el 31 de mayo de 2013.

Resultados. En 24 pacientes se logró la resolución completa de su desnutrición y 2 están en el proceso; en 9 se logró una rehabilitación intestinal completa que permitió ser llevado en forma segura a cirugía y el posterior desmonte completo de la NPT; 8 requirieron trasplante de intestino, 1 trasplante multivisceral estándar, una trasplante de hígado con intestino en bloque y 3 se vienen manejando en forma definitiva con NPT ciclada ambulatoria.

Conclusión. El llevar la mayoría de estos pacientes a una rehabilitación nutricional adecuada, piedra angular para lograr una rehabilitación intestinal adecuada, nos estimula para compartir con los demás cirujanos colombianos que el manejo del síndrome de intestino corto con nutrición parenteral total ciclada ambulatoria temporal o definitiva, o con trasplante de intestino aislado o con otros órganos ya es una realidad en el mundo y en Colombia.

01-039

Cirugía laparoscópica avanzada en cáncer gastrointestinal: experiencia en la ciudad de Cali

Beatriz Bibiana Aguirre, José Omar Zorrilla, Mauricio Zuluaga, Ricardo Parra, Eduardo Bolaños

Universidad del Valle
Cali, Colombia
bibiaaguirrepatino@gmail.com

Introducción. Los pacientes con tumores gastrointestinales son un subgrupo que frecuentemente se diagnostican en estadio avanzado y se asocian a múltiples comorbilidades cuando se presentan en edad avanzada; todos estos factores de riesgo que no podemos modificar se traducen en aumento de la morbilidad y mortalidad. Los estudios imagenológicos no permiten diagnosticar con precisión carcinomatosis o metástasis hepáticas milimétricas, complicando aún más la situación. La cirugía juega un papel importante en el manejo de dicha población al demostrar disminución en el trauma quirúrgico, respuesta inflamatoria, dolor, sangrado, estancia hospitalaria y complicaciones pulmonares y a su vez permitir una mejor estadificación del paciente.

Objetivo. Describir la experiencia en el manejo quirúrgico del paciente oncológico por técnica laparoscópica de un especialista en cirugía oncológica gastrointestinal.

Material y método. Estudio descriptivo, en un período de 10 meses. 105 pacientes con patología oncológica a los cuales se les realizó manejo quirúrgico laparoscópico en tres instituciones de Cali.

Resultados. Se incluyeron 50 hombres y 55 mujeres, edad promedio 54 años, 3 esplenectomías, 44 gastrectomías, 17 hemicolectomías, 6 hepatectomías, 6 laparoscopias diagnósticas, 6 pancreatoduodenectomías,

10 proctosigmoidectomías, 6 resecciones de tumor retroperitoneal, 5 colecistectomías y otros procedimientos como drenaje de colección intrabdominal, neurectomía del plexo celíaco y vaciamiento ganglionar. 9 pacientes presentaron complicaciones: 5 filtración de la anastomosis, 1 puchitis, 1 absceso y 1 isquemia mesentérica. 5 pacientes fallecieron.

Conclusión. La cirugía laparoscópica exige entrenamiento y un grupo interdisciplinario, para brindarles a los pacientes oncológicos los beneficios de la cirugía laparoscópica y manejar adecuadamente las complicaciones.

01-048

En pacientes con peritonitis secundaria la relaparotomía a demanda disminuye la mortalidad vs. relaparotomía planeada

Francisco Mauricio Rincón, Raúl Bernal, Juan Carlos Ayala, Lilian Torregrosa

Pontificia Universidad Javeriana, Hospital San Ignacio
Bogotá, D.C., Colombia
raulbernalh@yahoo.com

Introducción. El tratamiento de la peritonitis secundaria en la cirugía de emergencia y el cuidado crítico se basa en dos estrategias, por lo cual existe la necesidad de justificar con evidencia actual en la decisión del cirujano.

Objetivo. Comparar la mortalidad de la relaparotomía a demanda vs. la relaparotomía programada para el manejo de la peritonitis secundaria.

Material y método. Tipo de estudio

Se trata de una revisión sistemática de la literatura que busca comparar la mortalidad de las dos estrategias descritas para el manejo de la peritonitis secundaria.

Criterios de inclusión y exclusión

Dentro de los criterios de inclusión se utilizaron estudios que compararan las estrategias de relaparotomía a demanda y relaparotomía programada, que cumplieran las siguientes características: pacientes con peritonitis secundaria, mención explícita de la estrategia a demanda o planeada, con información completa acerca de la mortalidad y publicaciones dentro del periodo comprendido entre el 1 de enero de 2000 a julio 30 de 2012. Los criterios de exclusión fueron población pediátrica y peritonitis diferente a la secundaria como la asociada a catéteres de diálisis peritoneal.

Análisis estadístico

Se realizó usando el software Review Manager 5.1 (Cochrane Collaboration, Oxford, UK), el desenlace primario fue la medida del Odds Ratio para la mortalidad intrahospitalaria; a favor de la estrategia a demanda se tomó como un OR menor de 1, usando un modelo fijo con la prueba de Mantel-Haenszel, la heterogeneidad estadística se evaluó por el test de Chi cuadrado con $k-1$ grados de libertad.

Resultados. Se identificaron un total de 898 artículos, obteniendo un total de 77 artículos relevantes de los cuales se incluyeron en la revisión 13 artículos, sin evidencia de sesgos de publicación con un total de 2786 pacientes, encontrándose un OR de 0.75 (0.60 to 0.95), favoreciendo la relaparotomía a demanda, de esta manera soportando nuestra hipótesis.

Conclusión. La relaparotomía a demanda sugiere una menor mortalidad pero sin un valor estadísticamente significativo dado la alta

heterogeneidad, que se puede explicar por la variabilidad de escenarios clínicos y el juicio quirúrgico.

01-067

Cirugía laparoscópica por único puerto en paciente embarazada

Fernando Arias, Natalia Cortés, Daniel Gómez, Amy del Mar Piñeres, Camilo Bautista, Akileffs Betancourt

Fundación Santa Fe de Bogotá
Bogotá, D.C., Colombia
farias00@hotmail.com

Introducción. El dolor abdominal durante el embarazo plantea un reto para el médico en cuanto al diagnóstico y manejo. El retraso en tomar la decisión de operar cuando se sospecha una condición quirúrgica tiene impacto significativo sobre desenlace final del feto y la madre. En la medida que los equipos y las técnicas de laparoscopia avanzan, la paciente embarazada se beneficia de este abordaje menos invasivo. Ventajas sobre la cirugía abdominal abierta como una menor estancia hospitalaria, menor dolor posoperatorio y más pronta reanudación de las actividades diarias lo han convertido en una opción a tener en cuenta es este grupo de pacientes.

Objetivo. Presentar el manejo de diversas condiciones quirúrgicas por vía laparoscópica único puerto en la paciente embarazada.

Material y método. Se revisaron las historias clínicas de 8 pacientes a quienes se les practicó cirugía laparoscópica de urgencia por único puerto en el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá.

Resultados. Seis de las pacientes se encontraban en primer trimestre y dos en segundo. Se realizaron tres colecistectomías y cinco apendicectomías. El tiempo operatorio promedio fue de 84 y 67 minutos respectivamente. A todas las pacientes se les realizó en el posoperatorio inmediato una ecografía obstétrica que confirmó bienestar fetal y todos los embarazos llegaron a término sin ninguna complicación.

Conclusión. Los resultados de la presente serie muestran que la cirugía laparoscópica por único puerto es una opción viable en las mujeres embarazadas, con resultados favorables para el feto y la madre.

01-073

Rompiendo paradigmas: la implementación de un servicio de cirugía laparoscópica avanzada en un hospital universitario

Andrés Felipe Salazar, José Gonzalo Moros

Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana
Bogotá, D. C., Colombia
afsalazar@husi.org.co

Introducción. Los cirujanos rápidamente han adoptado la cirugía laparoscópica como una de las ramas de la cirugía con mayor utilidad para los pacientes gracias a sus ventajas en múltiples aspectos del cuidado del paciente quirúrgico. Es así como en las instituciones se han venido implementando los procedimientos laparoscópicos avanzados de manera paulatina, para los cuales es necesario conjugar varios componentes de las instituciones para que se puedan realizar cada vez más este tipo de procedimientos. Sin embargo, encontramos que es importante romper paradigmas que implican dejar de lado el temor de realizar procedimientos laparoscópicos cada vez más complejos y aplicarlos al contexto

de la cirugía general, así como se ha convertido en parte integral de la formación de nuevos cirujanos.

Objetivo. Presentar la experiencia del Grupo de Cirugía de Mínima Invasión del Hospital Universitario San Ignacio como un modelo en el desarrollo de habilidades de los cirujanos en formación, en el cual se mezclan conceptos teóricos y prácticas y actividades formativas como la simulación como herramienta de aprendizaje.

Material y método. Revisión de la estadística del Grupo de Cirugía de Mínima Invasión y la Clínica de Obesidad del Hospital Universitario San Ignacio y su impacto en la formación de los nuevos cirujanos.

Resultados. Con el entrenamiento y el apoyo de la institución al programa de Cirugía de Mínima Invasión del Hospital San Ignacio, se han logrado aumentar los procedimientos quirúrgicos laparoscópicos y se ha incentivado a los cirujanos en formación a la adquisición de habilidades técnicas aplicables a la cirugía de mínima invasión.

Conclusión. Es importante reconocer el esfuerzo de las instituciones el desarrollo estructurado de procedimientos de mínima invasión y su impacto en las nuevas generaciones de cirujanos.

01-075

Tips en cirugía laparoscópica de puerto único

José Gonzalo Moros, Andrés Felipe Salazar
Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana
Bogotá, D. C., Colombia
docmoros@gmail.com

Introducción. La laparoscopia se ha posicionado como la técnica quirúrgica de elección para una sinnúmero de procedimientos, lo cual ha derivado en los últimos años al desarrollo acelerado de nuevas técnicas e innovaciones en esta área, de allí aparece la cirugía laparoscópica de puerto único como una alternativa que va en camino a convertirse en una técnica de elección en muchos casos dentro de las patologías más prevalentes en cirugía general. Conocer sus principales indicaciones y las depuraciones en la técnica, hacen que este tipo de procedimientos estén al alcance de los cirujanos en su experiencia práctica. En la cirugía por puerto único es necesario romper paradigmas de la cirugía laparoscópica para que se puedan acondicionar todo tipo de procedimientos a esta técnica.

Objetivo. Dar a conocer los principales puntos a tener en cuenta y las estrategias técnicas al momento de realizar cirugías laparoscópicas utilizando puertos únicos para realizar dichos procedimientos.

Material y método. Con base en la experiencia de un amplio número de procedimientos y la realización de varios entrenamientos con múltiples grupos de cirujanos, se presentan los puntos nodales derivados de la práctica de la cirugía laparoscópica de puerto único. Se enfoca principalmente en las estrategias para anudar, separar y traccionar órganos en cirugía de puerto único.

Resultados. La aplicación de una técnica depurada, de una utilización racional de los recursos y del reentrenamiento periódico, hacen de la cirugía laparoscópica por puerto único una herramienta confiable para el cirujano.

Conclusión. Se deben identificar los puntos clave al momento de realizar cirugías laparoscópicas de puerto único, principalmente en

cuanto a la preparación del paciente, el instrumental y un procedimiento que siga los principios universales de la cirugía segura para el paciente.

01-077

Uso del nintendo Wii como estrategia para la adquisición de habilidades básicas en cirugía laparoscópica

Lilian Torregrosa, Juan Carlos Gómez, Juan Carlos Ayala, Saúl Rugeles
Pontificia Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio
Bogotá D.C., Colombia
j_gomezv@javeriana.edu.co

Introducción. En la cirugía laparoscópica, el desarrollo de la competencia psicomotriz a nivel manual es crucial para progresar en habilidades quirúrgicas. Un método innovador, de reciente estudio a nivel internacional que puede ayudar a mejorar este aspecto, es la utilización de consolas interactivas, portátiles y amables para el usuario, como algunas disponibles en el mercado de los videojuegos (Nintendo Wii) que han demostrado su utilidad en algunos estudios extranjeros..

Objetivo. Evaluar el impacto del uso de videojuegos (consola Wii) en las habilidades laparoscópicas básicas de un grupo de estudiantes de medicina.

Material y método. Se evaluaron en forma prospectiva, dos grupos aleatorios de estudiantes de medicina sin ningún tipo de experiencia previa en cirugía laparoscópica. El primer grupo participó activamente en un programa estandarizado de juego en nintendo Wii (de 3 horas/semana) y el segundo grupo se abstuvo de jugar durante el mismo tiempo y se consideró grupo control. La evaluación de las habilidades laparoscópicas se llevó a cabo mediante tres actividades evaluativas dispuestas en simuladores a laparoscópicos, cada una con un grado de dificultad diferente (sutura, patrón de corte y coordinación mano-ojo).

Resultados. Se evidenció que la práctica continua en la consola de videojuego mejoró significativamente algunas de las variables de desempeño evaluadas, después de cuatro semanas de entrenamiento con la consola, que resultó ser un método agradable y estimulante para los aprendices médicos.

Conclusión. Los datos encontrados en este estudio inicial, coinciden con experiencias favorables de otros países donde esta estrategia se ha implementado a nivel curricular como parte del entrenamiento previo al quirófano.

01-085

Experiencia en reparación de hernias paraesofágicas con refuerzo bioabsorbible

Juan S. Barajas-Gamboa, Alisa M. Coker, Joslin N. Cheverie, Elaine Kim, Aitor Macias, Bryan J. Sandler, Garth R. Jacobsen, Mark A. Talamini, Santiago Horgan
University of California, San Diego,
California, United States
jbarajasgamboa@gmail.com

Introducción. Históricamente, la reparación de hernias paraesofágicas ha sido asociada con un riesgo sustancial de recurrencias.

Objetivo. Evaluar los desenlaces clínicos de la reparación de hernias paraesofágicas utilizando mallas bioabsorbibles como refuerzo.

Material y método. Con aprobación del Comité de Ética se realizó un estudio retrospectivo de estos casos. Se analizaron desenlaces clínicos como recurrencias, complicaciones, resolución de síntomas (disfagia, tos crónica y reflujo gastroesofágico), y mortalidad.

Resultados. Entre febrero de 2007 y febrero de 2013 fueron realizados 64 casos, 69% (44 mujeres). La mediana de edad e índice de masa corporal fueron 68 años (rango 27-89) y 27 (rango 17-37) respectivamente.

Cinco casos fueron reoperaciones, dos fueron tercer intento. Los procedimientos fueron realizados laparoscópicamente 55 (86%) y robóticamente 9 (14%). No hubo conversiones a cirugía abierta. En 52 (81%) casos se utilizó malla sintética bioabsorbible (GORE-BIO-A) y en 12 (19%) casos acellular human dermis-(Life Cell Alloderm). No hubo complicaciones y la mortalidad fue 0%. La mediana de seguimiento fue 14 meses (rango 1-54). Hubo 19 recurrencias (30%), 42% (5/12 casos) en el grupo acellular human dermis y 27% (14/52 casos) en el grupo GORE-BIO-A. Las recurrencias fueron confirmadas por estudios de radiología. La mediana de recurrencia fue 14 meses (rango 3-41). Síntomas primarios mejoraron en 45 (70%) casos.

Conclusión. Una alta tasa de recurrencia es observada en el grupo de acellular human dermis. Comparativamente, el uso de mallas sintéticas bioabsorbibles ha resultado en tasas de recurrencias inferiores a las reportadas históricamente en la literatura. Dados los resultados, el uso de mallas sintéticas bioabsorbibles como refuerzo en la reparación de hernias paraesofágicas sugiere resultados superiores en términos de recurrencia.

01-086

Miotomía endoscópica per oral: nuevo paradigma en el tratamiento de la acalasia

Juan S. Barajas-Gamboa, Alisa M. Coker, Joslin N. Cheverie, Thomas J. Savides, C. Aitor Macías, Bryan J. Sandler, Garth R. Jacobsen, Mark A. Talamini, Santiago Horgan
University of California, San Diego
California, United States
jbarajasgamboa@gmail.com

Introducción. Miotomía endoscópica per oral es una alternativa novedosa en el tratamiento de la acalasia.

Objetivo. Evaluar la confiabilidad, seguridad y eficacia de esta técnica en pacientes con acalasia.

Material y método. Con aprobación del Comité de Ética se realizó un estudio prospectivo entre febrero, 2010 y febrero, 2013. Bajo anestesia general, la mucosotomía es realizada 10 cm arriba de la unión gastroesofágica y el túnel submucoso creado se extiende 2 cm distal a la unión gastroesofágica.

Usando un bisturí endoscópico triangular, se realiza la miotomía 5 cm proximal de la unión gastroesofágica y se extiende 2 cm distal de la unión gastroesofágica. Se utilizan clips endoscópicos para reaproximar la incisión de la mucosa.

Resultados. Diecisiete pacientes fueron incluidos en el estudio. Doce fueron sometidos a miotomía endoscópica per oral, un paci-

ente posbypass gástrico fue abortado, y cuatro fueron convertidos a cirugía robótica o laparoscópica por presencia de comida retenida en el esófago o esofagitis. La mediana de edad fue 50 años y de tiempo quirúrgico fue 89 minutos. No hubo complicaciones intraoperatorias, fístulas esofágicas y la mortalidad fue 0%. Todos los pacientes reportaron mejora de su disfagia. La mediana de hospitalización fue 2 días y de seguimiento de 6.4 meses.

Manometrías fueron realizadas en seis pacientes que completaron 6 meses de seguimiento, con medianas de 11.8 mmHg y 2 mmHg en la presión de descanso y residual respectivamente, del esfínter esofágico inferior.

Conclusión. Nuestra experiencia inicial indica que esta técnica es confiable, segura y efectiva para el tratamiento de acalasia, ofreciendo a los pacientes un procedimiento sin cicatrices e incisiones.

01-094

Cirugía de Sugarbaker, una opción para el manejo de la carcinomatosis peritoneal: a propósito de un caso

Mauricio García, Juan Pablo Molina
Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud; Instituto Nacional de Cancerología; Hospital de San José
Bogotá, D.C., Colombia
juanitocirujano@hotmail.com

Introducción. Desde 1981 el Dr. Paul H. Sugarbaker, introdujo el procedimiento que lleva su nombre, para el manejo de la carcinomatosis peritoneal. Desde entonces se ha venido depurando la técnica e implementando la terapia complementaria con HIPEC (quimioterapia peritoneal hipertérmica), con diferentes regímenes quimioterápicos. No ajenos a esta perspectiva mundial, se han realizado este año varios procedimientos de Sugarbaker en el Instituto Nacional de Cancerología.

Objetivo. Describir la técnica del procedimiento de Sugarbaker y la evolución del posoperatorio, a propósito de un caso, realizado en el Instituto Nacional de Cancerología.

Material y método.

Reporte de caso: paciente de 50 años de edad, con diagnóstico de Ca de ovario seroso papilar mal diferenciado estadio clínico IIIC, llevada a citorreducción óptima el 28 de diciembre de 2010, con evidencia de compromiso peritoneal y ganglios negativos; posteriormente en manejo con adyuvancia hasta junio de 2011. Con alta sospecha de recaída en julio de 2012 por presentar elevación de antígenos tumorales y hallazgos tomográficos de carcinomatosis. Luego de analizar el caso en junta se decide realizar procedimiento de Sugarbaker.

Resultados. La paciente fue llevada a cirugía de Sugarbaker, con un tiempo quirúrgico de 10 horas, quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (90 minutos). Es trasladada en el POP inmediato a UCI, requiere transfusión de hemoderivados, soporte inotrópico las primeras 24 horas, es extubada al tercer día y trasladada a estancia general al quinto día, no presentó complicaciones tempranas y es dada de alta al décimo día sin novedades.

Conclusión. La peritonectomía + HIPEC ha demostrado mejoría de las tasas de supervivencia libre de progresión y supervivencia total, en pacientes seleccionados con carcinomatosis peritoneal.

CIRUGÍA BARIÁTRICA

01-050

Resultados en la calidad de vida y pérdida de peso, un año posterior a bypass gástrico laparoscópico utilizando anastomosis gastroyeyunal con grapadora mecánica lineal de 30mm vs. 45 mm, con asa alimentaria menor a 150 cm

Jorge Alberto Bernal, Alexis René Manrique, Andrea Hernández
Universidad CES, Clínica CES, Clínica EMMSA
Medellín, Colombia
manriquemarz@gmail.com

Introducción. Existen varios parámetros que determinan los resultados a largo plazo en bypass gástrico para la obesidad mórbida, entre ellos el tamaño de la anastomosis gastroyeyunal.

Objetivo. Evaluar el porcentaje de pérdida del peso excesivo, resolución de comorbilidades, morbimortalidad posoperatoria, calidad de vida y tolerancia alimentaria a largo plazo en pacientes sometidos a bypass gástrico laparoscópico operados por un solo cirujano entre junio de 2011 y mayo de 2012, con anastomosis gastroyeyunal usando grapadora lineal de 30 vs. 45 mm, con asa alimentaria menor a 150 cm.

Material y método. Estudio retrospectivo, no aleatorizado comparativo entre dos tamaños de anastomosis, mediante revisión de historia clínica y encuesta telefónica, describiendo técnica quirúrgica, y morbimortalidad posoperatoria. Se evaluaron resultados en pérdida de peso y resolución de comorbilidades, calidad de vida y tolerancia alimentaria, un año después de cirugía.

Resultados. Se operaron 108 pacientes, de los cuales se excluyeron 28 por pérdida de seguimiento y 2 por embarazo, quedando 78 para el análisis, 52 pacientes en el grupo de 30 mm y 26 en el de 45 mm. El índice de masa corporal (IMC) preoperatorio fue de 43 kg/m² y de 45 kg/m² en el grupo de 30 vs. 45 mm respectivamente. La presencia de comorbilidades preoperatorias fue similar entre ambos grupos, exceptuando apnea de sueño y osteoartritis.

La pérdida del porcentaje de peso excesivo a 12 meses fue de 71,2% y 72,77% ($p=0,528$), y el IMC posoperatorio fue de 30,1 vs. 30,5 ($p=0,798$) en los de 30 vs. 45 mm respectivamente.

No hubo diferencias significativas en resolución de comorbilidades, calidad de vida (autoestima, estado físico, vida social, vida laboral y vida sexual), en tolerancia alimentaria, ni en complicaciones.

Conclusión. Al realizar bypass gástrico laparoscópico con anastomosis gastroyeyunal con grapadora lineal de 30 vs. 45 mm, no encontramos diferencias significativas en morbilidad posoperatoria, pérdida de peso excesivo, calidad de vida, ni tolerancia alimentaria a largo plazo.

01-059

Cirugía de obesidad ambulatoria

Hernán Restrepo, Gabriel Arroyave, Adriana Echavarría, David Pulgarín
Pontificia Universidad Bolivariana
Medellín, Colombia
pulgarinberrio@gmail.com/adriecha@hotmail.com

Introducción. En Estados Unidos la obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas, así como en países altamente urbanizados en el mundo entero. En ese país se reportó una incidencia del 34,9% con sobrepeso u obesidad, incrementándose desde la adolescencia con una prevalencia del 12 al 19% entre los 18 y 29 años, contribuyendo a una mayor tasa de morbimortalidad más alta que el tabaco en cuyo caso son los porcentajes 12 veces mayores en hombres de 25 a 34 años y 6 veces más en los de 35 a 44. En Colombia es de 13,8% la cual es comparable con la región de Brasil y Bolivia con un 10-14% según la Organización Mundial de la Salud. Las co-morbilidades tales como hipertensión, dislipidemias, enfermedad coronaria, diabetes mellitus, colecistolitiasis, enfermedades respiratorias, artritis y algunos tipos de cánceres se incrementaron en relación a la obesidad.

Es conocido que el riesgo operatorio se incrementa considerablemente en pacientes con obesidad severa en el periodo perioperatorio, en cifras que van del 2,6 al 6,6% comparando pacientes no obesos vs. pacientes obesos en operaciones gastrointestinales y con el fin de disminuir los riesgos en estos pacientes se deberá prever las complicaciones efectuando una evaluación preoperatoria adecuada identificando los factores de riesgo que pudieran modificar la evolución perioperatoria.

A nivel mundial es claro que la estancia hospitalaria está en un rango mínimo de 24 horas el paciente hospitalizado, y máximo de 72 horas sin ninguna complicación posoperatoria, estos datos según las últimas revisiones de estancia hospitalaria en cirugía de obesidad. Solo hay algunos reportes de casos en el que el paciente es dado de alta en las primeras 12 horas no trabajos grandes. Se tratará de demostrar en este estudio, que con criterios médicos bien seleccionados podremos dar de alta en 12 horas al paciente operado de cirugía de obesidad.

Objetivos.

1. Evaluar factibilidad y la confiabilidad de la cirugía bariátrica de forma ambulatoria.
2. Determinar factores pronósticos de éxito con la modalidad ambulatoria en la cirugía de obesidad.
3. Comparar la confiabilidad de la cirugía ambulatoria con estancias más prolongadas.

Material y método. Los pacientes operados de cirugía de obesidad en la clínica IQ interquirófanos con técnica de Sleeve gástrico con IMC mayor de 30.

Pacientes que ingresen a la clínica IQ Interquirófanos con obesidad IMC mayor a 30, en el periodo comprendido entre enero de 2011 hasta enero de 2013.

Resultados. Manejo exitoso del paciente de obesidad de forma ambulatoria, disminución de costos, disminución de estancia hospitalaria.

Conclusión. La cirugía de obesidad con la técnica de Sleeve gástrico de manera ambulatoria con las características de un paciente bien seleccionado, es una cirugía segura para los pacientes con obesidad.

01-071

Cirugías bariátricas de conversión

Andrés Felipe Salazar, José Gonzalo Moros
Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana
Bogotá, D. C., Colombia
afsalazar@husi.org.co

Introducción. Las cirugías de conversión incluyen una amplia variedad de procedimientos quirúrgicos, los cuales tienen indicaciones claras y deben ser realizados con todo el rigor de la técnica por parte del cirujano bariatra, dado que este tipo de procedimientos implica una reoperación en un paciente ya sometido a una cirugía mayor, que además puede tener comorbilidades importantes, malnutrición, déficit proteico y de vitaminas, que puede llevar a una morbilidad significativa derivada del procedimiento quirúrgico.

Objetivo. Presentar la casuística de cirugías bariátricas de conversión en el Hospital Universitario San Ignacio, haciendo un análisis estadístico de las características de la población sometida a este tipo de procedimientos y sus desenlaces asociados.

Material y método. Análisis de la base de datos de la Clínica de Obesidad del Hospital Universitario San Ignacio con una revisión de la literatura al respecto de las indicaciones, procedimientos y desenlaces en los pacientes sometidos a cirugía bariátrica de conversión, así como revisión de los diferentes tipos de procedimientos.

Resultados. Se presenta una revisión de los casos de cirugía bariátrica de conversión de la institución, la cual representa una serie con un importante número de pacientes sometidos a dicho tipo de procedimientos, encontrando una morbilidad importante al compararlo con los resultados de los procedimientos bariátricos primarios.

Conclusión. El cirujano bariatra debe estar familiarizado con los diferentes tipos de procedimientos quirúrgicos de conversión, sus indicaciones y sus desenlaces, a su vez que debe tener presente que este tipo de procedimientos implica una morbilidad mayor a los procedimientos bariátricos primarios.

01-074

Evaluación de normograma para predicción de complicaciones quirúrgicas en pacientes de cirugía bariátrica

Mónica Castro, Andrés Felipe Salazar, José Gonzalo Moros
Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana
Bogotá, D. C., Colombia
afsalazar@husi.org.co

Introducción. Es de conocimiento universal, las consecuencias que ha traído consigo la epidemia de la obesidad en la sociedad, y el creciente reconocimiento de la cirugía bariátrica como la terapia más efectiva para la obesidad mórbida, factor que contribuye a que incrementen la realización de procedimientos bariátricos; también es de conocimiento que los procedimientos quirúrgicos al ser invasivos traen consigo riesgos directamente asociados a complicaciones posoperatorias, es decir que la educación, información y estratificación de riesgo preoperatorio del paciente es un punto importante y crítico.

La presencia de una o más comorbilidades en los pacientes obesos, específicamente hiperlipidemia, hipertensión, sahos pueden o no influenciar en el posoperatorio, además de albúmina sérica y hemoglobina glicosilada como nuevos factores independientes.

Objetivo. El objetivo es evaluar los factores independientes y los factores asociados que pueden influenciar sobre la morbilidad y mortalidad en el cuidado del paciente posoperatorio bariátrico.

Material y método. En el estudio se toman los principales factores de riesgo en pacientes en quienes se le ha realizado cirugía bariátrica por

laparoscopia, se utilizará las conclusiones sobre estos factores, entre los cuales se encuentran, edad, sexo, IMC, hipertensión, diabetes, SAHOS, antecedente de trombosis venosa profunda, dislipidemia, reflujo gastroesofágico, para formar un normograma que permita predecir la morbilidad, reoperación y muerte en pacientes llevados a procedimientos bariátricos, en un espacio de 30 días.

Resultados. Se identifican factores de riesgo de morbilidad en la cohorte de pacientes sometidos a cirugía bariátrica en un hospital de cuarto nivel y se diseña un normograma para predecir morbilidad e intervenir en la medida de lo posible para minimizar estos riesgos.

Conclusión. Si se identifican los factores de riesgo asociados con morbilidad en los pacientes sometidos a cirugía bariátrica, se puede intervenir sobre estos para disminuir esta morbilidad y ofrecer a los pacientes un procedimiento seguro y con los beneficios ya comprobados de la cirugía de obesidad.

COLON Y RECTO

01-020

Stent colónico vs. Laparotomía en el tratamiento de la obstrucción intestinal por cáncer colorrectal

Rodrigo Castaño Llano, Alejandro Carvajal, Alejandra Álvarez, Luis Miguel Ruiz
Universidad Pontificia Bolivariana
Medellín, Colombia
alejocarvajall@gmail.com; adriecha@hotmail.com;
rcastanoll@epm.net.co

Introducción. La obstrucción intestinal por cáncer colorrectal es una entidad frecuente con alta morbimortalidad. Los stents colónicos aparecen como alternativa de manejo con intención paliativo o como un puente para una cirugía única y definitiva.

Objetivo. Comparar la morbilidad y sobrevida en los pacientes con cáncer colorrectal con obstrucción intestinal manejados con stents colónicos y aquellos manejados con cirugía abierta.

Materiales y métodos. Se analizó una cohorte de 103 pacientes, divididos en cuatro grupos: pacientes con Stent colónico y posteriormente cirugía electiva (SCX); Cirugía con intención curativa (CXC); Stent paliativo (SP) y Cirugía paliativa (CP). Se establecieron comparaciones entre los grupos con test de Fisher y supervivencia con curvas de Kaplan Meyer.

Resultados. Se encontró una sobrevida global del 42,7%, siendo mayor en los grupos SCX y CXC (65,4 y 60,0%). Se realizaron menos ostomías en los grupos de stent: SCX vs. CXC (19,2% vs. 26,7%, $p=0.042$) y SP vs. CP (34,8% vs. 75,0%, $p=0.008$). Las complicaciones más frecuentes en el grupo CXC fueron las hernias (19,9%) y colecciones abdominales (16,7%). La estancia hospitalaria fue menor en los grupos de stent, con promedio de 4 días (0-9 días) para cada uno.

Conclusión. El uso de stents colorrectales con intención paliativa o como terapia puente preoperatoria tiene baja morbilidad, minimiza las ostomías en comparación con los pacientes operados paliativamente, evita cirugías en pacientes con enfermedad avanzada y acorta estancia hospitalaria. Se necesitan estudios con más pacientes que aclaren cuál es el papel definitivo de los stents en la patología obstructiva colorrectal maligna.

01-032

Cirugía colorrectal ambulatoria o con estancia reducida

Abraham Kestenber, María Elena Velásquez, Marisol Badiel
Fundación Valle del Lili,
Cali, Colombia
me.velasquez.acosta@gmail.com

Introducción. Desde el año 2000 se introdujo el programa de recuperación posquirúrgica acelerada en cirugía colorrectal (CC-R) para optimizar el manejo perioperatorio buscando disminuir estancia la hospitalaria sin aumentar complicaciones posquirúrgicas.

Objetivo. Describir los resultados clínicos de pacientes llevados a CC-R con estancia reducida en una institución de alta complejidad aplicando un protocolo modificado de recuperación acelerada (ERAS-mod).

Métodos. Incluye pacientes adultos con enfermedad benigna o maligna colorrectal que fueron llevados a cirugía por laparoscopia o abierta entre octubre 2012 y abril 2013. El protocolo ERAS-mod consistió en: Prevención del fleo posquirúrgico, cirugía mínimamente invasiva, control óptimo del dolor, prevención de náuseas y vómito posoperatorios, alimentación y deambulación tempranas.

Resultados. Se incluyeron 36 pacientes, 39% hombres, edad promedio de 62.9 ± 13.2 años. Las comorbilidades más frecuentes fueron HTA (19/39), dislipidemia (5/39). El ASA fue I en 3/39, II en 22/39 y III en 11/39. Veintiséis pacientes (26/39) tenían cirugía abdominal previa. La indicación de CC-R fue por patología maligna en 33/36. La localización más frecuente de la lesión fue: recto (14/39), ciego (8/39). En el 28,2% (11/39) el alta fue dada el día de la cirugía (manejo ambulatorio), doce pacientes (12/39, 30,8%) adicionales egresaron en las primeras 24 horas y 2 más egresaron en las primeras 48 horas. Hubo seis ingresos a 30 días y 3/6 necesitaron cirugía.

Conclusión. El 69% (25/36) de los pacientes egresaron antes de 48 horas. La morbimortalidad y la probabilidad de ingreso en estos pacientes no son diferentes a lo reportado en la literatura. No hubo mortalidad.

01-070

Experiencia en el cierre del muñón apendicular en apendicectomía por laparoscopia en el Hospital Universitario San Ignacio

Paulo Andrés Cabrera, Sergio Cervera, Juan Carlos Ayala
Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana
Bogotá, D. C., Colombia
thepaulo@gmail.com

Introducción. El cierre del muñón apendicular es importante, en la prevención de futuras complicaciones posoperatorias, durante la apendicectomía laparoscópica. Existen diferentes métodos de cierre por vía laparoscópica buscando un cierre seguro, menores complicaciones posoperatorias, menor tiempo quirúrgico y menores costos. En el Hospital Universitario San Ignacio utilizamos cierre con endonudos con seda, sutura mecánica y clips de polímero, siendo este último el más utilizado en nuestra institución.

Objetivo. Establecer el uso de clips de polímero en el cierre del muñón apendicular en apendicectomía por laparoscopia como una alternativa segura así como una herramienta de aprendizaje.

Describir la experiencia del manejo de la apendicitis aguda por vía laparoscópica en un hospital universitario de nivel IV de complejidad.

Material y método. Estudio descriptivo observacional retrospectivo, en pacientes que cursaron con apendicitis aguda y fueron llevados a apendicectomía por laparoscopia en el Hospital San Ignacio entre enero de 2009 y diciembre de 2012.

Resultados. En nuestra experiencia el cierre del muñón apendicular es realizado con clips de polímero en el 91,7% de los casos, demostrando bajas tasas de complicaciones posoperatorias, reintervenciones, ingresos al servicio de urgencias tiempo de hospitalización y con un tiempo quirúrgico promedio comparado con lo reportado en la literatura actual.

Conclusión. El uso de clips de polímero es un método seguro en el manejo quirúrgico laparoscópico de la apendicitis aguda con base sana, con bajas tasas de complicaciones posoperatorias y tiempo quirúrgicos entre los rangos manejados a nivel mundial. Además es una herramienta de aprendizaje útil, seguro y fácil en médicos en formación en cirugía general. No requiere de una importante curva de aprendizaje.

01-076

Evaluación prospectiva de la escala de Alvarado en el diagnóstico de apendicitis aguda, en un periodo de 2 años

Marco Antonio Medina, Guillermo Julián Sarmiento
Universidad del Cauca, Clínica La Estancia, Hospital San José,
Hospital Susana López de Valencia
Popayán, Colombia
marcoantonio281@hotmail.com

Introducción. La apendicitis aguda es una de las urgencias quirúrgicas más comunes y puede presentarse con diferentes signos y síntomas variando desde un dolor abdominal no específico hasta un cuadro clásico de dolor en cuadrante inferior derecho. Algunos sistemas de puntuación como la escala de Alvarado se han desarrollado para mejorar la exactitud del diagnóstico y disminuir las tasas de apendicectomías en blanco.

Objetivo. Evaluar la utilidad del score de Alvarado en pacientes con sospecha clínica de apendicitis aguda.

Material y método. Se realizó un estudio transversal, prospectivo entre noviembre 2010 y diciembre 2012, se estudiaron todos los pacientes que acudieron a urgencias con probable apendicitis, a quienes se les practicó el puntaje de Alvarado, previos criterios de inclusión positivos y consentimiento informado. Los resultados de la Escala fueron correlacionados con hallazgos histopatológicos.

Resultados. De 144 pacientes se operaron 131. Edad promedio: 33,4 años, 44,4% hombres. A 77% de los casos se les definió cirugía con el score y el 23% ayudado con una imagen diagnóstica, todos con histopatología positiva. De 131 apendicectomías se confirmó apendicitis en 124 casos (94,7%), Patologías normales en 7 casos (5,3%), Sensibilidad de 97,5%, Especificidad de 42,85%, Valor predictivo positivo de 96,8% y Valor predictivo negativo de 50%.

Conclusión. La escala de Alvarado es una herramienta no invasiva, reproducible y útil para detectar pacientes con apendicitis aguda pero, en este estudio al igual que otros en la literatura: el hecho de tener un score negativo no define con certeza si el paciente realmente está sano.

01-078

Manejo tardío vs. temprano en la apendicitis aguda

María Isabel Rizo, Manuel Cadena, Arturo Vergara, Anwar Medellín, Juan Guillermo Ripoll, Carolina Olave
Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá
Bogotá D.C., Colombia
nenamirg@hotmail.com

Introducción. La apendicitis aguda es uno de los diagnósticos más frecuentes en urgencias. El manejo de la apendicitis se ha basado en la intervención inmediata, pero se considera que se puede diferir sin comprometer la vida del paciente.

Objetivo. Describir por qué se llevan los pacientes a apendicectomías tardías y como afecta la evolución posoperatoria del paciente.

Material y método. Se seleccionaron 180 historias de pacientes llevados a apendicectomía en la fundación Santa Fe de Bogotá, durante enero de 2011 y julio 2012, con diagnóstico patológico de apendicitis aguda. Se excluyeron los llevados a cirugía con hallazgos intraoperatorios diferentes a apendicitis, o con otra patología diferente. Apendicectomía temprana: llevados a cirugía antes de 12 horas desde su ingreso.

Resultados. Las características demográficas de ambos grupos fueron similares, 99 (55%) mujeres, con promedio de edad de 37 años. 47% tenían dolor típico, el tiempo de inicio de los síntomas era de 23 horas. 29% fue diagnosticado por ecografía y el 46% por tac. el 97% fue manejado con laparoscopia. El 60% fue llevado a apendicectomía temprana, el tiempo entre el inicio de los síntomas y la cirugía fue de 35 horas, con un promedio de estancia de 2.4 días. No hubo diferencia significativa en cuanto a la estancia, las complicaciones o la mortalidad.

Conclusión. El manejo tardío de la apendicitis aguda de los pacientes en la institución no presentó diferencias significativas, no se presentaron cambios en el desenlace de los pacientes, probablemente dado por el inicio temprano del manejo antibiótico.

01-087

Incidencia de tumores del apéndice cecal en el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá

María Isabel Rizo, Anwar Medellín, Fernando Arias, Manuel Cadena, Roosevelt Fajardo, Eduardo Londoño, Ricardo Nassar, Felipe Perdomo, Juan José Santivañez, Juan David Hernández
Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá
Bogotá, D.C., Colombia
juandah@yahoo.com

Introducción. Los tumores del apéndice son neoplasias raras con incidencia del 0,5% de todas las neoplasias gastrointestinales. La mayoría de los pacientes son operados por apendicitis aguda. El diagnóstico del tumor fue histológico, siendo el 1% de las apendicectomías.

Objetivo. Conocer la incidencia, histología y epidemiología de tumores apendiculares en la Fundación Santa Fe de Bogotá.

Material y método. Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo con la base de datos de pacientes llevados a cirugía

por apendicitis aguda en un periodo de dos años, evaluando: presentación clínica, factores demográficos y reporte anatomopatológico de tumores apendiculares. Se definió como tumor apendicular maligno a los tumores con invasión del estroma y/o potencial metastásico.

Resultados. De enero de 2011 a mayo de 2013 se realizaron 1232 apendicectomías. El servicio de patología reportó 18 tumores del apéndice el 1,5%.

De los 18 pacientes 8 (44%) eran mujeres y 10 (56%) hombres. Edad promedio de 47 años, con rango de 25 a 87 años. Se realizó una laparotomía y una conversión, el resto fueron laparoscópicas.

10 pacientes (56%) tenían tumores neuroendocrinos bien diferenciados, 3 cistadenomas (17%), y un adenocarcinoma moderadamente diferenciado. La localización más frecuente fue la punta 7 (40%). El tamaño estuvo entre 0.2 y 12 cm.

No hubo mortalidad causada el tumor. Un paciente de 84 años falleció por enfermedad cardiovascular.

Conclusión. Los tumores malignos del apéndice en este estudio tienen una incidencia mayor que la reportada en la literatura. Debe realizarse seguimiento a esta tendencia y a los pacientes individuales.

01-088

Tratamiento laparoscópico de la peritonitis generalizada por apendicitis perforada: experiencia en el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, D.C., Colombia

Anwar Medellín, María Isabel Rizo, Fernando Arias, Manuel Cadena, Roosevelt Fajardo, Eduardo Londoño, Ricardo Nassar, Felipe Perdomo, Roberto Rueda, Juan D. Hernández
Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá
Bogotá, D.C., Colombia
juandah@yahoo.com

Introducción. La peritonitis es una complicación de la apendicitis con mortalidad hasta del 47%. Una adecuada técnica quirúrgica es la clave para un buen resultado. Hay poca literatura sobre el abordaje por laparoscopia.

Objetivo. Presentar los resultados de una serie consecutiva de pacientes con peritonitis por apendicitis perforada tratados por laparoscopia.

Material y método. Se incluyó todo paciente con peritonitis por apendicitis entre enero 2011 y diciembre 2012. Definición de peritonitis generalizada: pus en dos o más cuadrantes. Exclusión: pacientes con peritonitis localizada, absceso o plastrón. Técnica: el muñón se cierra empleando endograpadora, ligadura o clips vasculares. Lavado con solución salina y succión. Se deja un dren activo cerrado.

Resultados. Entre enero de 2011 y diciembre de 2012, se operaron 30 pacientes consecutivos, 16 (53%) hombres y 14 (47%) mujeres, edades entre los 16 y 84 años (media: 46 años). 73% tenía leucocitosis preoperatoria. Se empleó técnica de tres puertos o de puerto único. La estancia hospitalaria promedio fue de 8 días, la más larga fue de 25 días. La tasa de conversión fue del 3%, un paciente por sospecha de necrosis del ciego. 7 (23%) pacientes requirieron manejo en unidad de cuidado intensivo durante su posoperatorio. Un paciente presentó abscesos intraabdominales, fueron manejados mediante drenaje percutáneo. No hubo mortalidad.

Conclusión. El tratamiento laparoscópico de la peritonitis por apendicitis perforada es seguro y efectivo. Al compararlo con la literatura, puede reducir el tiempo de hospitalización, complicaciones y mortalidad, con las ventajas adicionales de la mínima invasión.

01-089

Características epidemiológicas e histopatológicas del adenocarcinoma colorrectal en Cartagena de Indias, 2009-2011

Eusebio Enrique Contreras-Borrego, Ismael Yépez-Barreto, César Redondo-Bermúdez, Jonathan Liendo
Universidad de Cartagena
Cartagena de Indias, Colombia
econtrerasborrego@unicartagena.edu.co

Introducción. El adenocarcinoma colorrectal es una de las neoplasias malignas de mayor frecuencia y mortalidad a nivel mundial, conocer la magnitud real y actualizada del problema en diferentes poblaciones, permite medias sanitarias e investigación al respecto.

Objetivo. Describir las características epidemiológicas e histopatológicas del adenocarcinoma colorrectal en Cartagena de Indias, Colombia entre los años 2009 y 2011.

Material y método. Con la colaboración de todos los servicios de anatomía patológica de Cartagena de Indias, todos los reportes diagnósticos de adenocarcinoma colorrectal fueron revisados sistemática y retrospectivamente, a partir de los cuales se obtuvo el número de cédula para evitar duplicidad, edad, sexo, localización e histopatología. Contraste de hipótesis con t-student/Chi cuadrado y correlación de variables con regresión logística univariante y multivariante. Se estimó la tasa cruda (TC) de incidencia anual por cada 100.000 habitantes, la tasa ajustada por edad (TAE) se calculó por el método directo utilizando la población estándar propuesta por Doll R., *et al.* – IARC, 1966. Esta investigación respeta los aspectos éticos de la Resolución 8430/1993 del Ministerio de Salud colombiano y fue aprobada por comités de ética institucionales.

Resultados. Fueron identificados 370 casos, con edad promedio de 63,3 años (desviación estándar: 14,6), 18,4% en < 50 años; 53,8% mujeres y 46,2% hombres. Localización rectal 32,2%, colon izquierdo-sigmoides 25,9%, colon transversal 3%, colon derecho 20,5% y colon inespecífico 67,8%. Diferenciación buena 32,2%, moderada 53,5% y pobre 14,3%. Arquitectura mucinosa 11,9% y células en anillo de sello 2,4%. Espécimen de resección quirúrgica en 195 casos, que reportan infiltración grasa adyacente 51,3%, serosa 28,5%, muscular 19,7% y submucosa 0,5%. Invasión linfovascular 59,8%. Ganglios linfáticos comprometidos >3 30,2%, 1-3 26,3% y negativos 43,4%. Márgenes de resección comprometidos 8,2%. Sexo femenino asociado a localización izquierda y rectal (OR: 1.8. IC 95%: 1.1 – 3.0 p=0,026). TC 25,93/10⁵ y TAE 9,58/10⁵.

Conclusión. En Cartagena de Indias, la mayoría de casos reportados de adenocarcinoma colorrectal, corresponde a estadios avanzados de la enfermedad, los cuales representan mayor mortalidad, costos y necesidad de tamizaje.

01 - 098

Apendicitis aguda: histopatología y demoras en salud

Mauricio Ávila-Guerra, Mary García-Acero
Pontificia Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio
Bogotá, D:C., Colombia
mauricio.avila@javeriana.edu.co

Introducción. La apendicitis aguda es una de las principales causas de dolor abdominal y es la indicación quirúrgica más frecuente de abdomen agudo. La demora en el reconocimiento de los síntomas, la solicitud de paraclínicos y el tiempo hasta la cirugía, contribuyen a aumentar la morbilidad y mortalidad, siendo estas variables modificables en un sistema de salud con acceso oportuno.

Objetivo. Evaluar el modelo de las tres demoras en salud, en donde se evidencian factores de riesgo para morbi-mortalidad, en las apendicectomías realizadas en el año 2011 en un centro de Tunja, Boyacá.

Materiales y métodos. Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal de las apendicectomías del Hospital San Rafael de Tunja, entre enero y diciembre de 2011 y revisión de historias clínicas.

Resultados. Se revisaron 1.688 informes histopatológicos de apendicitis de siete municipios de Boyacá. Los hallazgos fueron: apendicitis aguda supurativa (49%), gangrenosa perforada (24%), normal (18%), edematosa (7%), otro (1%), sin datos (1%). Se revisaron las historias clínicas de pacientes con apéndices gangrenosos, encontrando que el 60,9% consultaba después de 24 horas de sintomatología, 28,81% entre 12 y 24 horas después del inicio de los síntomas y solo el 10,9% consultaba en las primeras 12 horas. El 86% de los pacientes fueron operados después de 24 horas de consultar, el 9% entre 12 y 24 horas, y tan solo el 5% fueron intervenidos quirúrgicamente en menos de 12 horas; con un promedio de 4,9 horas de demora en la valoración por el cirujano general. De los pacientes operados en nuestro hospital 17 eran remitidos de otros municipios, con una media de duración en la remisión de 6,5 horas.

Conclusión. En Boyacá, la apendicitis supurativa fue el estadio más frecuente, seguido de la apendicitis gangrenosa. Esto evidencia el alto impacto de las demoras en salud. Encontramos que predomina la demora tipo 3, por falta de personal médico especializado y necesidad de referencia a otro centro. Seguida de la demora tipo 1, por identificación tardía de los síntomas, ya que un alto porcentaje de pacientes al momento de la llegada a nuestra institución se encuentran fuera del período crítico (24 horas) en el cual el riesgo de perforación apendicular excede el 70%.

VASCULAR

01-003

Estudio multicéntrico del uso de Shunts intravasculares en el trauma vascular

César Jiménez, Carlos Arias, Javier Velásquez
Hospital Universitario de San Ignacio; Hospital Militar Central
Bogotá, D.C., Colombia
cesarejmd@yahoo.com

Introducción. El trauma vascular es una epidemia en Latinoamérica, dado el aumento de heridas por arma de fuego el conflicto

armado en países como Colombia y los accidentes laborales, muchos de los traumas vasculares se asocian a traumas severos y complejos en otros órganos o que hace el trauma vascular una parte del manejo politraumatizado, el uso de Shunts intravasculares ha demostrado aumento de la sobrevida y salvamento de extremidad en casos seleccionados.

Objetivo. El propósito de este estudio es describir la experiencia del uso de *Shunts* intravasculares en el trauma vascular periférico en el Hospital Universitario San Ignacio y en el Hospital Militar Central en los últimos 3 años, estudiando diferentes variables y recomendando esta técnica como una medida efectiva de salvamento de extremidad, de manera rápida y segura.

Material y método. Se evaluaron en los últimos 3 años de manera conjunta en el HUSI y el HOMIC los casos de trauma vascular y la utilización de *Shunts* intravasculares, indicación, complicaciones y salvamento de extremidad.

Resultados. El uso de *Shunts* intravasculares es una herramienta útil en el manejo del trauma vascular con mejores resultados en el trauma civil que en el militar.

Conclusión. Los *Shunts* intravasculares son una medida de salvamento de extremidad, mientras se evalúa al paciente y se solucionara lesiones vitales o se transporta es de gran utilidad y debe ser una técnica de conocimiento y dominio para los cirujanos vasculares y generales que se enfrenten a trauma vascular.

01-004

Seguridad y eficacia de la trombólisis en oclusiones arteriales periféricas

César Eduardo Jiménez, Fernando Alvarado, Clara Pedraza
Hospital Universitario San Ignacio
Bogotá, D.C., Colombia
cesarejmd@yahoo.com

Introducción. La principal causa de síndrome isquémico agudo sigue siendo la enfermedad arterial, ya sea de origen embólico o trombótico; está asociada a una alta mortalidad y riesgo de pérdida de extremidad (1, 2). El objetivo del tratamiento es la restauración del flujo arterial ya sea por vía quirúrgica o endovascular. El manejo quirúrgico ha sido el Gold estándar de manejo, pero está asociado a complicaciones como síndrome de reperfusión, amputación, complicaciones de la herida quirúrgica, complicaciones asociadas a la anestesia, empeoramiento de la extremidad al final de la cirugía entre otras. En Colombia, se hace referencia al tema de trombólisis únicamente en el campo del síndrome coronario agudo, evento cerebrovascular y se hace muy poca referencia con respecto al uso de trombolíticos en enfermedades vasculares periféricas ya sean arteriales o venosas. El documento de la red nacional de trombólisis, consenso nacional de 2008 recomienda que la terapia trombolítica periférica debe ser realizada por personal altamente entrenado y en centros muy especializados (5).

La trombólisis ha ganado día a día una posición preponderante en el manejo de los pacientes con isquemia aguda, al ser un procedimiento mínimamente invasivo que disuelve el trombo de manera farmacológica, usa anestesia local y los resultados son iguales o mejores que con la cirugía convencional (5).

Diffin y Kandarpas demostraron que la trombólisis disminuye la necesidad de cirugía en los casos de isquemias agudas sin aumentar el riesgo de amputación o muerte; mostrando que la tasa de amputación en los pacientes con isquemia aguda manejados con trombólisis es del 7% a 30 días, mientras que con cirugía es del 14,5% (5). Sin embargo, el talón de Aquiles del procedimiento son las complicaciones hemorrágicas y que no todos los pacientes son candidatos para el procedimiento por contraindicaciones al uso de trombolíticos.

Se han usado diferentes medicamentos para la lisis del coágulo, pero el más seguro y de más disponibilidad en Colombia es el activador tisular del plasminógeno, Actilyse (Boehringer-Ingelheim). Existen diferentes protocolos de infusión, con o sin heparina asociada; en nuestra experiencia utilizamos un bolo de 20 a 30 mg y dejamos una infusión para 12 a 24 horas de 20 a 30 mg, para una dosis total de 50 mg.

La tecnología utilizada para la liberación del medicamento se basa en la colocación por vía endovascular y guiado por fluoroscopia de un catéter con múltiples orificios que permite la liberación del medicamento directamente en el trombo, comercialmente existe un catéter con estas características (catéter de *Fountain, Merit Medical* co. Fig. 1) con diferentes longitudes y zonas fenestradas de trabajo de acuerdo a cada caso.

Todos los pacientes se realizaron con anestesia local en sala de hemodinamia, con monitorización hemodinámica básica; después del procedimiento todos los pacientes se trasladaron a la unidad de cuidado intensivo o intermedio para monitorización y vigilancia de complicaciones hemorrágicas o asociadas a síndrome de reperfusión.

Objetivo. El objetivo del estudio fue evaluar la seguridad y eficacia de la trombólisis para las oclusiones arteriales agudas (menos de 2 semanas de evolución) usando rTPA (activador tisular del plasminógeno) en el Hospital Universitario San Ignacio. Se realizó un estudio retrospectivo observacional evaluando las trombólisis arteriales periféricas realizadas en el Hospital Universitario San Ignacio entre agosto de 2010 a agosto de 2012, encontrando 46 pacientes sometidos a trombólisis arterial intratrombo por vía endovascular, se estudiaron diferentes variables siendo las principales, el salvamento de extremidad y complicaciones asociadas al procedimiento.

Material y método. Se realizó un estudio retrospectivo observacional, durante un periodo de dos años de agosto de 2010 a agosto de 2012, se evaluaron 46 pacientes sometidos a trombólisis por isquemia arterial aguda (menor de dos semanas de síntomas), se excluyeron los pacientes sometidos a trombólisis loco regional intraoperatoria o trombólisis para pacientes con fistulas arteriovenosas para diálisis renal trombosadas.

Resultados. Se analizaron 46 historias clínicas de pacientes con síndrome isquémico agudo de miembros superiores o inferiores, se excluyeron los pacientes con un tiempo de evolución mayor a dos semanas, mujeres embarazadas o pacientes con contraindicación mayor para trombólisis.

La edad promedio de la cohorte fue de 62,8 años, el paciente más joven fue un hombre de 13 años con diagnóstico de síndrome de opérculo torácico de origen arterial con isquemia aguda del miembro superior derecho y el de mayor edad tenía 89 años.

El 52% de los pacientes fue de sexo masculino (N=24) y el 48% (N=22) mujeres.

Dentro de las comorbilidades asociadas el 71% de los pacientes tenía enfermedad coronaria (N=33); el 32% de los pacientes eran diabéticos (N=15).

El 4,3% de los pacientes cursaba con insuficiencia renal crónica con suplencia dialítica (N=2).

El 82% de los pacientes tenía hipertensión arterial de base (N=38).

Desde el punto de vista anatómico la isquemia arterial se presentó en los miembros superiores en el 9% (N=4) y la mayoría de casos fue en los miembros inferiores en un 91% (N=42).

El vaso ocluido fue nativo en un 89% de los casos (N=41) y el resto de pacientes se presentó la isquemia en un injerto o puente previamente colocado fuera de origen autólogo de vena safena o sintético; en el 8,6% de los casos la oclusión se presentó en un injerto sintético (N=4) y en el 2,1% en un injerto autólogo (N=1).

El abordaje con punción femoral, se utilizó en el 84% de casos (N=39) y el abordaje braquial izquierdo en el 16% de casos (N=7).

Se presentaron 3 muertes de manera temprana (menor a 30 días), lo que representa una mortalidad del 6,5%; las cuales se manifestaron por deterioro neurológico; el promedio de edad de los pacientes que fallecieron fue de 76 años, 66% hombres (N=2) y 33% mujeres (N=1).

Ninguno de los pacientes fallecidos presentaron complicaciones menores durante el periodo de tiempo que estuvieron bajo el efecto del trombolítico, todos con infusiones de heparina concomitantes y goteos de trombolítico de 24 horas, la etiología de la oclusión arterial en los 3 casos fue de origen trombotico.

El 19% de los pacientes presentaron complicaciones menores, como epistaxis, gingivorragia, sangrado por los sitios de venopunción, hipertensión arterial leve, hematuria, expectoración con pintas de sangre.

Desde el punto de vista etiológico, el 56% de los casos el síndrome isquémico fue de causa embólica (N=26) y el 44% de causa trombotica (N=20).

Se requirió transfusión de productos hemáticos en el 13% de casos (N=6), el 86% de pacientes no requirieron transfusiones (N=40).

Se utilizó un goteo de 300 a 500 unidades intravenosas de heparina por hora en conjunto con el goteo de trombolítico en el 91% de pacientes (N=42).

En todos los pacientes se utilizó anestesia local para el procedimiento y se utilizó bolo de trombolítico al inicio de la trombólisis.

El esquema de infusión se realizó durante 12 horas en el 84% de pacientes (N=39) y en el 16% de pacientes el goteo fue por 24 horas (N=7).

Se obtuvo mejoría clínica en el 100% de pacientes, entre los 30 minutos a 24 horas luego del inicio del trombolítico, representado por disminución de dolor, aumento de temperatura y movilidad de la extremidad, mejoría del color y aparición de pulsos periféricos.

El número de pacientes que requirieron amputación mayor, entendiéndose amputación mayor cualquier amputación por encima de los maléolos, fue de cero.

Se realizó control angiográfico después de la infusión del trombolítico en el 39% de pacientes (N=18) y el uso de stents post trombólisis se vio en el 10% de casos.

Ningún paciente presentó síndrome de reperfusión.

Conclusión. La trombólisis es una opción adecuada para el manejo de la isquemia arterial aguda, con disminución de complicaciones y tasas muy altas de salvamento de extremidad. Todos los procedimientos se realizaron con anestesia local en una sala de hemodinamia y trasladados a unidades de cuidado intensivo para monitoreo.

01-009

Estudio multicéntrico del tratamiento endovascular del trauma vascular periférico

César Jiménez, Carlos Arias, Daniel Carrillo, Fernando García, Fernando Mejía, Alejandro Nieto
Hospital Universitario San Ignacio, Hospital Militar Central
Bogotá, D.C., Colombia
cesarejmd@yahoo.com

Introducción. El trauma vascular representa un problema de salud pública a nivel nacional e internacional, la epidemia de la violencia con el aumento de uso de armas de alta y baja velocidad en los conflictos militares y a nivel civil urbano, el aumento de las velocidades en las carreteras y los accidentes laborales han aumentado la incidencia del trauma vascular. El 80% de los casos se presenta en arterias de las extremidades, principalmente las de miembros inferiores y el 70% de casos en hombres en edad productiva entre los 15 y 42 años, la incidencia de amputación mayor actualmente oscila entre el 10 al 15% pero con secuelas permanentes dadas por el trauma óseo o de tejidos blandos en el orden del 20-30%.

Objetivo. El objetivo del estudio es mostrar la experiencia de manejo endovascular del trauma vascular en dos instituciones de alta complejidad, una con heridas de guerra y otra con heridas civiles. El Hospital Militar Central (HOMIC) y el Hospital Universitario San Ignacio (HUSI) son centros de referencia en patología vascular y polos de desarrollo en tecnología endovascular, por lo que se realizó un estudio retrospectivo en las dos instituciones.

Material y método. Durante un periodo de tiempo de 2 años se trataron por vía endovascular 10 pacientes con trauma vascular periférico en el HUSI y en el HOMIC en un periodo de 5 años se trataron 12 pacientes por vía endovascular.

Pacientes del HUSI: Se hizo una revisión retrospectiva de junio de 2010 a junio de 2012 y se encontraron 10 pacientes de trauma vascular periférico manejados por vía endovascular.

Resultados. Desde enero de 2010 hasta enero de 2012 realizamos tratamiento endovascular en 7 pacientes. 2 (28%) fueron mujeres y 5 (72%) hombres. La edad promedio fue 34 (18-54) años. La distribución por mecanismo de trauma mostró que 1 (14%) paciente tuvo trauma pélvico secundario a accidente de tránsito (laceración arteria iliolumbar) y 6 (86%) tuvieron trauma penetrante, 4 (66%) de ellos por arma de fuego y 2 (34%) por arma corto punzante. 1 (14%) paciente tuvo lesión en la arteria carótida izquierda y otro en la arteria subclavia izquierda. 5 pacientes (72%) tuvieron lesiones en miembros inferiores. 1 (20%) en la arteria femoral profunda derecha, 2 (40%) en la arteria poplítea, 1 (20%) en la arteria tibial anterior y 1 (20%) en la arteria iliolumbar. La distribución por diagnóstico

mostró que 3 (43%) pacientes tuvieron fístula arteriovenosa, 3 (43%) pacientes tuvieron pseudoaneurismas y 1 (14%) tuvo una laceración arterial completa. El método anestésico utilizado para la reparación fue en 6 (86%) pacientes anestesia local y en 1 (14%) paciente anestesia general (lesión de la arteria subclavia). En 6 (86%) de los 7 paciente fue posible la implantación de un stent y en 1 fue necesario la realización de embolización (arteria iliolumbar) utilizando espirales de acero (coils).

Conclusión. En todos los pacientes se utilizó técnicas percutáneas con la utilización de stents recubiertos con éxito técnico y angiográfico del 100%, no se observaron complicaciones posoperatorias y el control a los 6 meses de la mayoría de los pacientes mostró permeabilidad de las reconstrucciones. Por lo tanto los procedimientos endovasculares para trauma vascular en casos cuidadosamente seleccionados, son una opción adecuada de tratamiento.

Se requieren estudios adicionales para confirmar las ventajas del tratamiento endovascular como opción de mínima invasión en pacientes seleccionados como se evidenció en el presente estudio, y además establecer si estos pacientes jóvenes requieren un seguimiento a largo plazo; sin embargo, nuestro trabajo provee una plataforma y opción de manejo para los pacientes con trauma vascular que cada vez más debe estar dentro de las habilidades de los cirujanos vasculares y generales de trauma. El uso de los equipos de angiografía dentro de las salas de cirugía y la construcción de salas híbridas más el entrenamiento en cirugía endovascular a los cirujanos.

01-054

Experiencia de 100 primeras cirugías cardiovasculares en una institución de provincia

Marcela Lucía Tascón, Jorge Augusto Herrera, Benjamín Narváez, Isabel Giraldo, Fernando Orozco, Federico Benítez
Universidad del Cauca - Clínica la Estancia
Popayán, Colombia
marcelatascon@gmail.com

Introducción. El programa de cirugía cardiovascular en nuestra ciudad se implementó como una estrategia para mejorar la calidad de vida de muchos pacientes con patologías de gran morbimortalidad. Se traen a consideración 100 procedimientos de cirugías de IV nivel de complejidad en una ciudad de provincia.

Objetivos

General:

Caracterizar los 100 primeros pacientes sometidos a cirugía cardiovascular en la Clínica La Estancia.

Específicos:

Caracterizar los factores sociodemográficos y morbimortalidad de pacientes sometidos a cirugía cardiovascular en la Clínica La Estancia.

Materiales y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo, revisión de historias clínicas de los pacientes operados de cirugía cardiovascular en la Clínica La Estancia en la ciudad de Popayán. Revisión de 101 historias clínicas desde el inicio del programa desde octubre 2009 a mayo 2013, características sociodemográficas, complicaciones y mortalidad.

Resultados. Revisión de 101 historias clínicas durante 32 meses. 68,3% hombres; edad promedio 56 años; diagnósticos: 34,8% insuficiencia aórtica severa, 39% cardiopatía isquémica, 11,6% insuficiencia mitral severa, 5,81% comunicación interauricular, 4,65% comunicación interventricular, 2,32% mixoma; procedimientos realizados: 39% revascularización miocárdica, cambio valvular aórtico biológico, mecánico, mitral, aórtico-mitral, 31,3%, 1,14%, 11,6% y 1,14% respectivamente, 5,74% cierre de comunicación interauricular y ventricular 4,59%, 2,29% resección mixoma, 1,14% reacomodación de electrodo. Complicaciones presentadas en 23 pacientes: 7 infecciones de sitio operatorio en safenectomía, 1 ruptura de aurícula izquierda. Mortalidad fue 4,95%.

Conclusiones. Como está descrito en la literatura se presenta una baja incidencia de complicaciones y mortalidad en los pacientes intervenidos en la Clínica La Estancia en la ciudad de Popayán.

01-062

Análisis de las variables relacionadas con la ubicación anterior de la vena yugular interna respecto de la arteria carótida común en estudios ecográficos

Mauricio Umaña, José Luis Castillo, Luis Bustamante, Juan Sebastián Martínez, Alberto García, Juan Sebastián Martínez
Fundación Valle del Lili, Universidad del Valle
Cali, Colombia
mumana@hotmail.com; alberto.garcia@correounivalle.edu.co

Introducción. La vena yugular interna se ubica en posición anterior o anterolateral a la arteria carótida común en las dos terceras partes de los sujetos estudiados sonográficamente, cuando la cabeza está rotada lateralmente. En el presente estudio se examinan variables que se asocian con mayor probabilidad de ubicación anterior.

Objetivo. Identificar características que se asocian con mayor probabilidad de ubicación anterior de la vena yugular interna, respecto a la arteria carótida común, a la rotación lateral del cuello.

Material y método. Los pacientes se colocaron en decúbito supino, con la cabeza rotada hacia el lado contrario al examinado y se visualizó transversalmente el tercio proximal del cuello, con un ecógrafo Sonosite 180 ó un Sonosite EDGE (*Sonosite, Bothell, Washington*), empleando un transductor de 7.5 mHz. La relación entre los vasos se describió de acuerdo con la proporción de la arteria cubierta por la vena. Las comparaciones se realizaron con la prueba Chi² de Pearson. Se realizó un análisis multivariado de las variables candidatas a afectar las relaciones anatómicas estudiadas.

Resultados. Se incluyeron 78 individuos, 43 hombres, con edad entre 17 y 90 años (mediana 64.0 RIQ 31.5 años). Se estudió el lado derecho en 75 ocasiones y el izquierdo en 73.

La vena se localizó lateral en 24,3% (IC 95% 17.4-32.2) de los vasos estudiados, anterolateral en 33,8% (IC 95% 26.2-41.4) y anterior en 41,9% (IC 95% 33.9-49.8).

El análisis multivariado identificó el grupo etéreo OR 3.7, IC95% (2.1-6.4) y sugiere el lado derecho OR 1.7, IC95% (0.8-3.5) y el género masculino OR 1.2, IC95% (0.6-2.7), como variables asociadas con la posición anterior de la vena respecto a la arteria.

Conclusión. La probabilidad de que la vena yugular interna se ubique anterior a la arteria carótida común se incrementa gradualmente

con la edad. La localización derecha y el género masculino pueden aumentar adicionalmente el riesgo.

01-080

Papel de las técnicas endovasculares en trauma vascular arterial del estrecho torácico

Andrés Romero, Juan Pablo Carbonell, Alberto García, Carlos Ordóñez, Juan Puyana

Fundación Valle del Lili, Cali; Universidad CES
Medellín, Colombia
romero.satizabal@gmail.com

Introducción. Las técnicas endovasculares (TEV) son una alternativa en el tratamiento de las lesiones vasculares traumáticas de difícil acceso. De ellas, las estructuras vecinas al estrecho cervico-torácico (ECT) pueden beneficiarse de tales técnicas.

Objetivo. Describir un grupo de pacientes con lesiones arteriales del ECT, manejados en una institución con acceso permanente a TEV.

Material y método. Revisión retrospectiva de los pacientes con trauma arterial del ECT, tratados en una clínica de nivel IV, entre 2008 y 2012. Se describen la presentación clínica, el manejo y los resultados.

Resultados. Se incluyeron 23 pacientes, (22 hombres). La mediana de la edad fue 37 (C1-C3 23-46) años. Los mecanismos fueron arma de fuego en 18 pacientes, arma blanca en tres, cerrado en uno e iatrogenia en uno. La mediana y C1-C3 del ISS y el RTS fueron 20 (16-29) y 7.55 (6.38-7.84). Se encontró compromiso de 25 segmentos, siendo los más frecuentes la subclavia en 13 (52%) y la axilar en 8 (32%).

El tratamiento fue abierto en 13 pacientes (grupo ABIERTO) inicialmente endovascular en ocho (grupo ENDO) e inicialmente abierto, con manejo endovascular de complicaciones (grupo ENDOc) en dos.

Tenían hipotensión o hemorragia activa al ingreso 10 pacientes del grupo ABIERTO, tres del grupo ENDO y dos del ENDOc. Siete de los pacientes del grupo ENDO fueron manejados con implantación de un stent, dos de ellos con embolizaciones complementarias. En el paciente restante se hizo control proximal con un balón de angioplastia y reparo abierto.

En el grupo ENDOc las lesiones habían sido manejadas por técnica abierta, desarrollaron isquemia y fueron rescatados con trombectomía endovascular e implantación de un stent.

Se produjeron complicaciones graves en 4 pacientes en el grupo ABIERTO: muerte por exanguinación intraoperatoria, infarto cerebral con posterior muerte, infección del injerto con hemorragia y daño isquémico extenso de la extremidad con amputación. Los pacientes de los grupos ENDO y ENDOc no sufrieron complicaciones graves y sus reparos están permeables.

Conclusión. El tratamiento endovascular se empleó en un amplio espectro de lesiones arteriales del ECT en 2/5 de nuestros casos, desde el control vascular proximal previo el reparo abierto en un paciente hipotenso, hasta el tratamiento completo y definitivo de lesiones en pacientes estables y el rescate de reparaciones abiertas ocluidas.

Las TEV deberían ser incluidas en los algoritmos de las lesiones arteriales en esta topografía compleja.

TRAUMA E INFECCIONES

01-042

Trauma abdominal penetrante en embarazadas: experiencia en el Hospital Universitario del Valle

Karen Johanna Ponce Hidalgo, Laureano Quintero
Universidad del Valle, Hospital Universitario del Valle
Cali, Colombia
karenp11@gmail.com

Introducción. El trauma en la embarazada reviste una connotación particular por cuanto involucra a una mujer en una condición especial y la presencia de una vida desarrollándose dentro de otra. Estas dos vidas, coexistiendo en simultánea, se ven de súbito amenazadas por una injuria que, de no ser abordada con criterios bien definidos, pueden generar desenlaces fatales para ellas. Se ha establecido que el trauma es la principal causa de mortalidad materna no obstétrica. Su secuela más importante es la muerte fetal, la cual ocurre entre 4 y 61% de los casos, dependiendo de la severidad. La muerte materna de causa traumática casi siempre es el resultado de lesiones cerebrales o shock hemorrágico. Alrededor del 8% de los embarazos resultan complicados por traumatismos físicos. Según las estadísticas mundiales el 54% de estos traumas son ocasionados por accidentes de tránsito, el 22% por violencia doméstica, el 21% por caídas (traumatismos cerrados), el 1,3% por quemaduras. A medida que progresa el embarazo parece aumentar el riesgo de traumatismos. En el tercer trimestre de embarazo, los traumatismos menores son más frecuentes que en cualquier otro momento de la vida de la mujer adulta.

Objetivo. Realizar una revisión y descripción de los casos de trauma abdominal penetrante en embarazadas manejados por el equipo de trauma del HUV, para dar a conocer las características epidemiológicas, clínicas, sus complicaciones, morbilidad y mortalidad.

Material y método. Estudio descriptivo prospectivo, en donde se incluyen a una base de datos las mujeres con embarazo confirmado por test sanguíneo o por ecografía, que haya sufrido trauma abdominal penetrante y cuya atención haya sido realizada por el equipo de trauma y concluido en el HUV, evaluando variables como edad, edad gestacional, mecanismo de trauma, localización, estado fetal, complicaciones, estancia hospitalaria, mortalidad.

Resultados. Se revisan los casos de 16 embarazadas con trauma abdominal penetrante, con una edad promedio de 21.3 años, encontrándose la mayoría (12) en su segundo trimestre de embarazo, predominando en la población las heridas por arma de fuego (11). La mayoría se benefició de un manejo no operatorio (10), con observación durante 48 horas; entre las que requirieron manejo quirúrgico, se encontraron 4 heridas uterinas. Hubo dos pérdidas fetales en el estudio. No se documentó mortalidad materna.

Conclusión. El trauma en la embarazada es un problema clínico, pero también con importantes connotaciones sociales. En la literatura no existen protocolos definidos de manejo, por eso es necesario conocer las características de las pacientes y su desenlace para plantear un protocolo seguro y efectivo.

01-043

Manejo no operatorio de pacientes con herida en abdomen por proyectil de arma de fuego en el Hospital Universitario del Valle

Mauricio Cabanillas, Laureano Quintero B.

Universidad del Valle, Hospital Universitario del Valle Evaristo García
Cali, Colombia.
mauriciocabanillas@hotmail.com

Introducción. La tasa de laparotomías exploratorias innecesarias en pacientes con heridas por proyectil de arma de fuego en abdomen oscila entre el 15 y 27% con tasas de complicaciones entre el 20 y 40%. Existen múltiples series en las que se demuestra que es posible realizar un manejo selectivo de manera segura, disminuyendo la tasa de laparotomías innecesarias y sus complicaciones asociadas.

Objetivo. Mostrar la experiencia durante los últimos tres años en el manejo no operatorio de pacientes con heridas por proyectil de arma de fuego en abdomen, en el principal centro de trauma del suroccidente colombiano.

Material y método. Este estudio es una serie de casos de pacientes admitidos a la unidad de trauma del Hospital Universitario del Valle, con heridas por proyectil de arma de fuego en abdomen entre febrero de 2011 y mayo de 2013. Se incluyeron pacientes sin dolor abdominal, inestabilidad hemodinámica u otros signos clínicos o radiológicos de lesión de víscera hueca al ingreso y durante el periodo de observación clínica estricta.

Resultados. En un periodo de tres años, 23 pacientes fueron incluidos en este estudio. Solo un paciente requirió realización de laparotomía exploratoria durante el periodo de observación. Ninguno de los 22 pacientes restantes requirió realización de laparotomía exploratoria y fueron dados de alta sin evidencia de complicaciones a las cuarenta y ocho horas, en promedio.

Conclusión. El manejo selectivo de pacientes con heridas por proyectil de arma de fuego en abdomen es una conducta segura con la cual se puede evitar la realización de laparotomías exploratorias innecesarias.

01-044

Uso de terapia de presión subatmosférica en trauma perineal civil no obstétrico

Germán Alfredo Ramírez Hernández, Alejandro Pinzón, Leidy Marcela Salamanca Ortega, Jhon Freddy Cadena, Wilmer David Esquivel

Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva E.S.E.
Neiva, Colombia
alfredoheridas@hotmail.com

Introducción. El trauma perineal civil no obstétrico como entidad independiente es poco frecuente, pero presenta índices de complejidad y tasas de mortalidad hasta del 25%, y hasta 45% desarrollan complicaciones y secuelas graves, la terapia de presión subatmosférica tópica se ha convertido en la piedra angular de tratamiento mostrando buenos resultados.

Objetivo. Describir el enfoque terapéutico y la evolución de los pacientes con trauma perineal civil no obstétrico en una unidad especializada. Objetivos específicos: determinar el tiempo de recuperación, y número de procedimientos requeridos, identificar las complicaciones y describir algunas características de estos pacientes.

Material y método. Estudio descriptivo de una serie de 4 casos de trauma perineal civil no obstétrico, atendidos durante 15 meses por la clínica de heridas y trastornos metabólicos del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva E.S.E. con terapia de presión subatmosférica. La información se recolectó, tabuló y analizó.

Resultados. Todos los pacientes fueron de sexo masculino, entre los 16 y 50 años, el promedio de tiempo de estancia hospitalaria fue de 25 días, los pacientes requirieron en promedio 7 procedimientos hasta su reconstrucción final, no hubo víctimas mortales y se logró la recuperación de la funcionalidad del mecanismo de continencia en todos los casos.

Conclusión. El tratamiento de grandes defectos perineales secundarios a trauma civil no obstétrico con dispositivos de presión subatmosférica arroja buenos resultados, con periodos cortos de estancia hospitalaria, limitación de secuelas funcionales o complicaciones mayores en esta serie, mejorando así el pronóstico y sobrevida en este tipo de pacientes.

01-045

Manejo de lesiones con gérmenes multidrogosresistentes: clínica de heridas y trastornos metabólicos

Germán Alfredo Ramírez Hernández, Alejandro Pinzón Tovar, Luis Alejandro Torres Ospina, Gina Paola Losada Rojas

Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva E.S.E.
Neiva, Colombia
alfredoheridas@hotmail.com

Introducción. La multidrogosresistencia antimicrobiana es un fenómeno alarmante que incluye microorganismos resistentes a dos o más grupos de antimicrobianos usualmente empleados en su tratamiento, con relevancia clínica; su manejo incluye tres pilares: control del foco, prevención de la transmisión y empleo racional de los antibióticos.

Objetivo. Presentar el tratamiento de pacientes con lechos cruentos comprometidos por gérmenes multidrogosresistentes en una unidad especial. Objetivos específicos: Mostrar los gérmenes encontrados en relación con la lesión, describir las medidas para el control de la transmisión, presentar el uso racional de antimicrobianos mediante la estrategia de terapia dirigida.

Material y método. Estudio descriptivo de casos, incluye pacientes en los cuales se siguió el protocolo institucional, la información se recolectó en formatos, se tabuló, organizó y analizó.

Resultados. El análisis del protocolo consistente en la valoración, toma de muestras, instalación de terapia de presión subatmosférica, inicio de terapia sistémica empírica, interpretación de resultados con ajuste antimicrobiano, todo esto durante la internación en una unidad hospitalaria especial. El seguimiento en 96 pacientes, mostró que el 69,7% fueron hombres, rango de edad entre 3 a 89 años, el tipo de lesión más frecuente fue el síndrome de pie diabético

y, el grupo de gérmenes más frecuentemente son gram negativos, específicamente *Pseudomona aeruginosa* con amplios patrones de drogorresistencia.

Conclusión. El tratamiento con terapia de presión subatmosférica, el uso racional de antibióticos mediante la terapia dirigida en una unidad especial promueve mejores resultados en un gran espectro de lesiones, con compromiso por gérmenes de alta virulencia.

01-046

Injerto libre de piel asociado al uso de terapia de presión subatmosférica tópica en síndrome de pie diabético

Germán Alfredo Ramírez, Alejandro Pinzón, Leidy Tatiana López, Juan Pablo González, Nicolás Alejandro Linero, Juan Diego Londoño

Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva E.S.E.

Neiva, Colombia

alfredoheridas@hotmail.com

Introducción. La diabetes es una enfermedad crónica de alta incidencia y prevalencia, hasta el 30% de pacientes durante su evolución presentan lesiones cutáneas en miembros inferiores desarrollando síndrome de pie diabético. Una estrategia terapéutica es el injerto libre de piel asociado a la terapia de presión subatmosférica tópica, procedimiento que se practica en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva E.S.E. con resultados positivos.

Objetivo. Presentar la técnica de injerto libre de piel asociado a terapia de presión negativa en pacientes con síndrome de pie diabético durante un periodo de seis meses. Objetivos específicos: Describir el procedimiento y mostrar los resultados, determinar el tiempo de recuperación y potenciales complicaciones.

Material y método. Estudio descriptivo de casos durante 17 semanas en las que se incluyeron 11 pacientes con síndrome de pie diabético entre los 34 y 63 años que fueron llevados a injerto libre de piel. La información se recolectó, tabuló organizó y analizó.

Resultados. Al ingreso el 90,9% (10) de los pacientes presentaban lesiones con exposición de estructuras profundas asociada a infección y/o isquemia. El 90,9% (10) de los pacientes presentaron un porcentaje de integración superior al 80% al día 15 del posoperatorio. Ninguno desarrolló infección del sitio operatorio del área donante.

Conclusión. La colocación de injerto libre de piel asociada a terapia de presión subatmosférica resulta ser una técnica alternativa eficaz como parte del manejo de esta patología con buenos porcentajes de integración y pocas complicaciones.

01-047

Uso de terapia de presión subatmosférica en la infección de tejidos blandos asociados a grandes defectos de pared torácica

Germán Alfredo Ramírez, Alejandro Pinzón, Leidy Marcela Salamanca, Jhon Freddy Cadena, Wilmer David Esquivel

Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva E.S.E.

Neiva, Colombia

alfredoheridas@hotmail.comk

Introducción. Los grandes defectos de tejidos blandos de la pared torácica son poco frecuentes; debido a su difícil manejo se ha hecho necesaria la utilización de medidas terapéuticas que disminuyan la morbimortalidad, siendo una de ellas la terapia de presión subatmosférica tópica.

Objetivo. Describir la evolución de una cohorte de casos de grandes defectos en tejidos blandos de pared torácica manejados con terapia de presión subatmosférica. Objetivos específicos: Determinar el tiempo de recuperación, evidenciar el tipo de complicaciones más frecuentes y la respuesta infecciosa, describir la mortalidad.

Material y método. Estudio descriptivo de cuatro casos de grandes defectos de tejido blando de pared torácica que recibieron manejo por la clínica de heridas y trastornos metabólicos del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva E.S.E. con terapia de presión subatmosférica en un periodo de 18 meses.

Resultados. El 75% de los pacientes fueron de sexo masculino, el promedio de tiempo de estancia hospitalaria fue de 25 días, la etiología fue mixta, traumática e infecciosa. Los pacientes requirieron en promedio 4 procedimientos para su tratamiento y reconstrucción, no se registraron casos de mortalidad y el sangrado con desplazamiento de los dispositivos fue la complicación loco-regional registrada y la falla ventilatoria fue la complicación más frecuente.

Conclusión. El manejo de este tipo de pacientes con terapia de presión subatmosférica mostró buena respuesta, corta estancia hospitalaria, mejor pronóstico y sobrevida de estos pacientes; sin embargo, no es inocua y una complicación potencial es el sangrado y el compromiso de la mecánica ventilatoria.

01-053

Uso de autotransfusión en pacientes con trauma: Experiencia en el Hospital Universitario San José de Popayán

Jorge Felipe Tobar, Hernán Mauricio Ocampo, José Andrés Calvache, Liliana Caicedo, Sandra Maldonado, Alejandra Merchán

Universidad del Cauca

Popayán, Colombia

ponllox@hotmail.com

Introducción. La autotransfusión es una técnica utilizada en pacientes traumatizados extremos con sangrado masivo permitiendo reanimación inmediata con sangre total, disminuyendo uso de hemoderivados, tiempo de estancia en UCI, hospitalización y complicaciones.

Objetivo. Determinar si el uso de autotransfusión está relacionado con una reducción en el uso de hemoderivados, el tiempo de estancia hospitalaria y UCI.

Materiales y métodos. Estudio tipo cohorte retrospectivo con datos obtenidos de la base de datos del CRASH 2 realizado en el Hospital Universitario de Popayán en un periodo de dos años.

Resultados. 49 pacientes de los cuales 22 (45%) recibieron autotransfusión intraoperatoria en su primera intervención y 27 (55%) no la recibieron. La edad promedio fue 27 años (22,5 autotransfundidos y 32 no autotransfundidos). El RTS promedio fue 10 [10 autotransfusión y 12 no autotransfusión $p=0,003$]. En los pacientes

autotransfundidos, se tomó sangre de tórax en 9 (41%), abdomen 8 (36%). En el análisis crudo de la exposición vs. desenlaces hubo diferencias en consumo de glóbulos rojos 4 para autotransfusión y 3 no autotransfusión $p=0.003$. No hubo diferencias en tiempo de hospitalización 9 días autotransfusión y 14 días no autotransfusión ($p=0.450$) y UCI 5 y 3 días respectivamente ($p=0.562$). La autotransfusión se asoció con complicaciones posoperatorias (OR=2.4 IC95% 1.4-4.2).

Conclusiones. En este estudio los pacientes autotransfundidos presentaron mayor gravedad de trauma, sin disminución de requerimientos de hemoderivados, ni estancia hospitalaria. Pero se asoció a complicaciones posoperatorias. Existe confusión dada por gravedad de trauma, continuamos análisis multivariante para ajustar magnitud de asociación.

01-081

Factores de riesgo de complicaciones después del reparo de lesiones del esófago cervical por trauma cervical penetrante

Mauricio Millán, Alberto García, Ricardo Ferrada, Juan Carlos Puyana

Universidad del Valle, Hospital Universitario del Valle
Cali, Colombia

mauro_millan@hotmail.com ; alberto.garcia@correounivalle.edu.co

Introducción. El trauma penetrante esofágico (TPE) comporta riesgo elevado de complicaciones, que ocasionan prolongación de la estancia, secuelas, incremento de costos y muerte.

Objetivo. Identificar los factores de riesgo de complicaciones, después del reparo quirúrgico de lesiones penetrantes del esófago cervical.

Material y método. Revisión retrospectiva de los casos de TPE cervical, manejados en un hospital universitario, entre 1999 y 2012.

Después de excluir los sujetos muertos durante las primeras 24 horas, se realizaron análisis univariados y se construyó un modelo con regresión logística multivariada (RLM) para identificar factores de riesgo de complicaciones. Se construyeron modelos adicionales para explicar los hallazgos.

Resultados. Se identificaron 103 pacientes tratados quirúrgicamente por TPE cervical. Cinco murieron en las primeras 24 horas. De los 98 restantes el 83,7% eran hombres y el 54,1% recibieron heridas cortopunzantes. La mediana y los cuartiles 1 y 3 fueron 25 (20-28) años para la edad, 7.11 (7.08-7.84) para el RTS y 16 (16-36) para el ISS.

Ocurrieron complicaciones del reparo esofágico (CRE) en 33,7% de los casos: infección en 29,6%, fístula en 16,3% y estenosis en 2%. La mortalidad fue del 12,2%.

La RLM identificó un intervalo preoperatorio ≤ 6 horas, (OR 5.29, $p<0.01$), la presencia de saliva en la herida traumática OR 4.9 $p=0.05$), la existencia de una herida traqueal concomitante (OR 3.56, $p=0.04$), y la necesidad de realizar una esofagostomía (OR 4.99 $p=0.03$), como factores de riesgo independientes de CER.

El modelo para identificar los condicionantes del riesgo de ser intervenido seis horas o antes incluyó la hipotensión (OR 4.11, $p=0.02$), la disnea (OR 6.4, $p=0.14$) y la presencia de saliva en la herida traumática (OR3.0, $p=0.14$).

Conclusión. En la serie analizada la intervención temprana fue dictada por la presencia de hipotensión, disnea o saliva en la herida. El riesgo de CRE se asoció a la necesidad de intervención temprana, la presencia de saliva en la herida traumática, la existencia de una lesión traqueal concomitante y la realización de una esofagostomía.

01-091

Utilidad del aprendizaje de la ultrasonografía abdominal en trauma por residentes de cirugía general: revisión sistemática de la literatura

Óscar García, Juan Fernando Parra

Hospital de San José

Bogotá, D.C, Colombia

juan_fer90@hotmail.com

Introducción. Las técnicas imagenológicas descubiertas a finales del siglo XIX y desarrolladas a lo largo del siglo XX y la actualidad, han revolucionado tanto el diagnóstico temprano como los algoritmos de manejo y tratamiento de los pacientes de trauma. Esto permite que exista un equilibrio entre el manejo quirúrgico y no quirúrgico en este tipo de pacientes; la precisión desarrollada por estas tecnologías en la identificación rápida e inequívoca de lesiones, genera que los pacientes traumatizados sean estudiados de mejor manera evitando procedimientos innecesarios que pueden ser deletorios en un paciente crítico. Es bien conocido que la ultrasonografía para evaluación en trauma (FAST) realizada por cirujanos puede tener una sensibilidad de 93,4% y especificidad de 98,7%. Por esta razón, los programas de cirugía general deben ofrecer el entrenamiento y enfoque en el uso del FAST a sus residentes, con el fin de mejorar las decisiones clínicas, manejo de algoritmos e intervenciones en los pacientes traumatizados.

Objetivo. Establecer el estado del arte en el aprendizaje de la ultrasonografía por parte de los residentes de cirugía general en pacientes de trauma.

Material y método. Se realizó una revisión sistemática de la literatura de las bases de datos Embase, Pubmed, Lilacs.

Resultados. Se debe enfatizar y establecer el entrenamiento por parte de las escuelas de cirugía general a los residentes en la utilización e interpretación de la ultrasonografía en los pacientes de trauma (FAST), con el fin de generar un mejor enfoque en la atención y formar especialistas competentes con las exigencias de la cirugía moderna.

Conclusión. Con esta revisión sistemática de la literatura se pretende identificar el estado actual de la utilidad del aprendizaje de la ultrasonografía en trauma (FAST), por parte de los residentes de cirugía general.

HERNIAS Y PARED ABDOMINAL

01-005

Uso de mallas en hernias incisionales complicadas. 473 casos

Hugo Bosch Escobar, Mario Henríquez, Carolina Jiménez

Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Sancho Sánchez 4054

Las Condes, Santiago de Chile

hubosch@yahoo.es

Introducción. La recidiva herniaria en hernia incisional sin uso de malla alcanza un alto porcentaje (20-60%), de allí la importancia del uso de malla para disminuir hasta llegar a un 1-6% la recidiva.

Objetivo. Evaluar el impacto de los factores de riesgo en el uso de malla en operación de hernia incisional complicada.

Material y método. Estudio retrospectivo observacional de hernias incisionales complicadas operadas entre los años 2001 y 2012 que incluyó 473 cirugías. Se confeccionó base de datos que incluyó múltiples factores. Se realizó un análisis de regresión logística para identificar los factores asociados a la ocurrencia de infección de herida operatoria. Los análisis se efectuaron en Epidat 34.

Resultados. En pacientes entre 27 y 91 años (media de 63 años), un 81% fueron mujeres. Se usó malla en 203 pacientes (43%) en proporción similar en ambos sexos, usándose más frecuentemente en anillo herniario mayores. Se infectaron 46 pacientes (9,7%) y fallecieron 26 (5,5%). La infección no se asoció a obstrucción intestinal, ASA o enfermedad intercurrente, sí a la resección de intestino delgado en 70 pacientes (14,8%) y colon 6 pacientes (1,3%). Peritonitis en 15 pacientes (3,2%) asociada a resección. Laparostomizados 12 pacientes (2,5%) con 58% de infección, asociados a resección. La ocurrencia de infección no se asocia a la colocación de malla.

Conclusión. Se pudiera aumentar el uso de malla de un 43% a 83,9%, sin un incremento importante del riesgo para los pacientes.

01-012

Eventrorrafia con técnica de separación de componentes

Javier Acuña Barrios, Jaime Bonfante, Rubén Carrasquilla
Clínica Gestión Salud
Cartagena de Indias, Colombia
javiacu@yahoo.com

Introducción. La frecuencia de eventración es del 10 al 13% de todas las laparotomías. La complejidad de las mismas aumenta en los servicios donde se practica laparostomía en el manejo de peritonitis y/o trauma. Está claro que en los grandes defectos aponeuróticos se deben colocar mallas y se debe disminuir la tensión parietal. Para lo anterior, se puede realizar la técnica de separación de componentes.

Objetivo. Mostrar nuestra experiencia al practicar eventrorrafias con técnica de separación de componentes.

Material y método. Se practicó un estudio descriptivo prospectivo de pacientes sometidos a eventrorrafias más técnica de separación de componentes en el periodo de abril de 2011 a abril de 2013. Se analizaron las características clínicas y la evolución temprana y tardía de los enfermos.

Resultados. Se practicaron un total de 14 procedimientos. El 64% fue de sexo femenino. El promedio de edad fue de 53 años. El tamaño promedio del defecto aponeurótico de 33,5 centímetros. En 11 pacientes se colocaron mallas sub lay y en 3 sub lay + in lay (doble capa). En solo un paciente se colocó malla biológica. El seguimiento promedio fue de 12 meses. 5 pacientes presentaron seromas, 2 pacientes presentaron hematomas. Una paciente presentó atelectasia que requirió soporte respiratorio no invasivo y un paciente con antecedente de EPOC presentó insuficiencia respiratoria grave. Solo un paciente presentó recidiva poco sintomática.

Conclusión. La técnica de separación de componentes se debe tener en cuenta en defectos aponeuróticos grandes y se relaciona con bajos índices de recidivas.

01-013

Herniorrafias inguinales por vía laparoscópica: reporte preliminar

Javier Acuña Barrios, Jaime Bonfante, Rubén Carrasquilla
Clínica Gestión Salud
Cartagena de Indias, Colombia.
javiacu@yahoo.com

Introducción. Las herniorrafias de la pared abdominal son los procedimientos quirúrgicos más realizados por el cirujano general. De allí la existencia de múltiples técnicas quirúrgicas con resultados variables en cuanto a morbilidad, costos y recidiva, tomando ventaja aquellas técnicas que utilizan mallas. En las últimas décadas se han publicado resultados similares al colocar la malla por vía laparoscópica.

Objetivo. Mostrar nuestra experiencia inicial al practicar herniorrafias inguinales por vía laparoscópica.

Material y método. Se practicó un estudio descriptivo prospectivo de pacientes sometidos a herniorrafias inguinales por vía laparoscópica del 23 de junio de 2010 al 31 de marzo de 2013, en la Clínica Gestión Salud de Cartagena.

Resultados. Se practicaron un total de 282 herniorrafias inguinales por vía laparoscópica, de las cuales el 91% se practicaron técnica preperitoneal (TAPP) y el 8,6% con técnica extraperitoneal (TEP). La cirugía fue electiva en todos los casos. El 93,6% fue de sexo masculino. El promedio de edad fue de 42,1 años (r:21-73). En 58 pacientes se practicaron herniorrafias bilaterales. El tiempo promedio de duración de las unilaterales fue de 35,3 minutos (r:20-120). El 60% fueron hernias indirectas, el 26,6% directas y el 13,4% mixtas. Dos pacientes presentaron conversión de TEP a TAPP y uno de TAPP a herniorrafia convencional. 3 pacientes presentaron complicaciones mayores y un paciente presentó recidiva.

Conclusión. La herniorrafia inguinal por vía laparoscópica es una técnica segura y se relaciona con bajos índices de recidiva.

01-021

Malla en hernia femoral complicada, 465 casos

Hugo Bosch Escobar, Mario Henríquez, Carolina Jiménez
Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Sancho Panza 4054
Las Condes, Santiago de Chile
hubosch@yahoo.es

Introducción. La recidiva herniaria en hernia femoral sin uso de malla alcanza un alto porcentaje (3-30%), más aun en no especialistas, de allí la importancia del uso de malla para disminuir hasta llegar a <1% la recidiva.

Objetivo. Evaluar el uso de malla en operación de hernia femoral complicada y los factores de riesgo de infección.

Material y método. Estudio retrospectivo observacional de hernias femorales complicadas operadas entre los años 2000 y 2012 que incluyó 465 cirugías. Se realizó un análisis de regresión logística para identificar los factores asociados a la ocurrencia de infección de herida operatoria. Los análisis se efectuaron en Stata 10.

Resultados. Se usó malla en 84 cirugías (18%). Se infectaron 23 pacientes (4,94%). Mayor tendencia a usar malla en los últimos años (p<0,001). La infección de herida operatoria solo se asoció a resección

ción (OR 5,3; p=0,015) y al uso de corticoides (OR 17,2; p=0,026) en el análisis multivariante. La infección no se asoció al uso de malla, ni al puntaje ASA, ni a otras patologías concurrentes que presentaban los pacientes.

Conclusión. En urgencia se puede aumentar el uso de malla de 18% a casi la totalidad de las cirugías sin un incremento importante del riesgo para los pacientes. Un criterio conservador sería evitar su uso en aquellos con resección intestinal, 118 con 25,3% y resección de colon 2 con 0,43%, lo que deja aún un 74,3% de pacientes que se benefician del uso de malla.

01-023

Malla en hernias inguinales complicada, 486 casos

Hugo Bosch Escobar, Carolina Jiménez, Mario Henríquez
Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Sancho Panza 4054
Las Condes, Santiago, Chile
hubosch@yahoo.es

Introducción. La recidiva herniaria en hernia inguinal sin uso de malla alcanza un alto porcentaje (5-30%), más aun en no especialistas, de allí la importancia del uso de malla para disminuir hasta llegar a <1% la recidiva.

Objetivo. Evaluar el uso de malla en operación de hernia inguinal complicada y su asociación con infección.

Material y método. Estudio retrospectivo observacional de hernias inguinales complicadas operadas entre los años 2000 y 2012 con 486 cirugías. Se realizó un análisis de regresión logística para identificar los factores asociados a la ocurrencia de infección de herida operatoria. Los análisis se efectuaron en Epidat 34.

Resultados. Se usó malla en 232 cirugías (48%). Se infectaron 28 pacientes (5,7%). La ocurrencia de infección no se asoció al uso de malla, ni al puntaje ASA, ni a las patologías concurrentes que presentaban los pacientes. Finalmente, el análisis estratificado de pacientes operados con malla o sin malla no presentó diferencias significativas entre ambas.

Conclusión. En urgencia los cirujanos en general no son especialistas en patología herniaria, se pudiera aumentar el uso de malla de un 48% a casi la totalidad de los pacientes sin un incremento importante del riesgo de infección. Un criterio conservador sería evitar su uso en aquellos con resección intestinal (10,9%), lo que deja aún un 89,1% de pacientes que se benefician de la colocación de una malla, o un 85,6% al considerar además resección de colon (3,5%).

01-024

Malla en hernia umbilical complicada, 250 casos

Hugo Bosch Escobar, Carolina Jiménez, Mario Henríquez
Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Sancho Panza 4054
Las Condes, Santiago, Chile
hubosch@yahoo.es

Introducción. La recidiva herniaria en hernia umbilical sin uso de malla alcanza un alto porcentaje (20-30%), de allí la importancia del uso de malla para disminuir hasta llegar a un 2% la recidiva.

Objetivo. Evaluar el impacto de los factores de riesgo en el uso de malla en operación de hernia umbilical complicada.

Material y método. Estudio retrospectivo observacional de hernias umbilicales complicadas operadas entre los años 2001 y 2012 que incluyó 250 cirugías. Se confeccionó una base de datos. Se realizó un análisis de regresión logística para identificar los factores asociados a la ocurrencia de infección de herida operatoria. Los análisis se efectuaron en Stata 10.

Resultados. Se usó malla en 48 cirugías (19,2%) en proporción similar en ambos sexos, no usándose más en los anillos más grandes. Se infectaron 16 pacientes (6,4%) y fallecieron 9 (3,9%). La infección de herida operatoria solo se asoció a resección intestinal (32 pacientes, 12%) y uno de colon (0,4%), dentro de las cuales aparecen los cuadros de compromiso piel (onfalitis, flegmón, celulitis: 18 pac, 7,8%) y peritonitis (6 pac, 3%). Un solo caso de infección de malla que requirió retirarla. La ocurrencia de infección no se asoció al uso de malla, obstrucción intestinal ni al puntaje ASA, ni a las patologías concurrentes que presentaban los pacientes.

Conclusión. Se pudiera aumentar el uso de malla de un 19,2 a 87% sin un incremento importante del riesgo de infección.

01-025

Abordajes preperitoneales en hernia femoral complicada

Hugo Bosch Escobar, Carolina Jiménez, Mario Henríquez
Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Sancho Panza 4054
Las Condes, Santiago de Chile
hubosch@yahoo.es

Introducción. En pacientes con hernia femoral complicada se desea una vía de abordaje que permita buena exposición para resección, evite laparotomía y permita herniorrafia o hernioplastia.

Objetivo. Evaluar el impacto de las técnicas preperitoneales no laparoscópicas en pacientes hospitalizados con diagnóstico de hernia femoral complicada.

Material y método. Estudio retrospectivo observacional de hernias inguinofemorales complicadas operadas entre los años 2000 y 2012 que incluyó 951 cirugías, 311 hospitalizados con diagnóstico de hernia femoral y 12 con diagnóstico de hernia inguinofemoral que suman 323. Se realizó un análisis de regresión logística para identificar los factores asociados a la ocurrencia de necesidad de resección intestinal. Los análisis se efectuaron en Epidat 34.

Resultados. Se confirmó hernia femoral en un 89%, resección intestinal en un 23%, 10% estranguladas, 36% obstruidas, 13% de laparotomías con 8% eviscerados (1% del total), 59% de pacientes operados vía preperitoneal en los cuales se instaló malla en un 17% y 16,2% al ser operados por otra vía.

Mayor riesgo estadístico de requerir resección intestinal en pacientes > 60 años, > 5 años de evolución, > 24 h de consulta, diagnóstico preoperatorio de estrangulada y obstrucción intestinal con lo cual incluye al 100% de los pacientes.

Conclusión. Las técnicas de abordaje preperitoneal pueden usarse evitando laparotomías y evisceraciones. Considerando el riesgo y necesidad de realizar resección intestinal debemos subir de 59% a la totalidad de los pacientes en abordajes preperitoneales, por lo cual debe ser la primera forma de abordaje.

01-026

Abordajes preperitoneales en hernia inguinal complicada

Hugo Bosch Escobar, Carolina Jiménez, Mario Henríquez
Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Sancho Panza 4054
Las Condes, Santiago de Chile
hubosch@yahoo.es

Introducción. En pacientes con hernia inguinal complicada se desea una vía de abordaje que permita buena exposición para resección, evite laparotomía y permita herniorrafia o hernioplastia.

Objetivo. Evaluar el impacto de las técnicas preperitoneales en pacientes hospitalizados con diagnóstico de hernia inguinal complicada.

Material y método. Estudio retrospectivo observacional de hernias inguino femorales complicadas operadas entre los años 2000 y 2012 que incluyó 951 cirugías, 556 se hospitalizan como hernia inguinal complicada y 12 como hernia inguino femoral complicada, sumando 568 en total. Se realizó un análisis de regresión logística para identificar los factores asociados a la ocurrencia de la necesidad de resección. Los análisis se efectuaron en Epidat 34.

Resultados. Se confirmó hernia inguinal en un 74%, con significación de resección en: 44% que son mayores de 70 años, 70% fueron hombres, 29% sin diagnóstico previo; 58% derecha, 4% con diagnóstico de estrangulada, 35% con obstrucción, intestinal. Se realizó resección intestinal en un 17%. 15% requirió laparotomía (evisceración en 3 pacientes), se utilizó malla en un 40% de operados vía preperitoneal y 45% en otras vías de abordaje. Se operaron vía preperitoneal el 21%.

Mayor riesgo de resección en: mujeres, >70 años, sin diagnóstico previo, derecha, estrangulada y obstrucción intestinal.

Conclusión. La técnica preperitoneal puede utilizarse como primera alternativa al tener 26% de error al ser femoral, evitar un 15% de laparotomías, con 3 eviscerados. Podemos aumentar de un 21 a 97%, el uso de un abordaje preperitoneal en pacientes de riesgo de resección intestinal.

01-027

Priorizando lista de espera según urgencia en hernia incisional

Hugo Bosch Escobar, Carolina Jiménez, Mario Henríquez
Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Sancho Panza 4054
Las Condes, Santiago de Chile
hubosch@yahoo.es

Introducción. La hernia incisional representa un 9% aproximadamente de los cuadros operados electivamente, subiendo a 28% dentro de las hernias complicadas en nuestro hospital, lo que conlleva un aumento de la infección herida operatoria, menor uso de malla, mayor porcentaje de peritonitis, mayor mortalidad y más días de hospitalización.

Objetivo. Evaluar los factores de mayor riesgo de complicación en la cirugía de urgencia para seleccionar los que requieran priorizarse para cirugía electiva.

Material y método. Estudio retrospectivo observacional de hernias incisionales complicadas operadas entre los años 2001 y 2012 que incluyó 473 cirugías, de las cuales 366 son conocidos con más de un mes de anterioridad. Se confeccionó una base de datos. Se realizó un análisis de regresión logística para identificar los factores asociados a la ocurrencia de infección de herida operatoria y mortalidad.

Regresión lineal múltiple para días hospitalizados. Los análisis se efectuaron en Stata 10.

Resultados. 106 pacientes, (29%) son mayores de 70 años con mayor riesgo de mortalidad y días hospitalizados. 22 pacientes con antecedentes de uso de malla con mayor riesgo de infección, muerte y días de hospitalización. ASA III con más días de hospitalización. Hernias con grandes anillos totales más días de infección.

Conclusión. Es factible seleccionar pacientes para priorizar su cirugía electiva, ellos son los mayores de 70 años, ASA III, antecedentes de uso de malla y las grandes hernias, para disminuir la mortalidad, días de hospitalización, infección y aumentar el uso de malla.

01-028

Priorizando lista de espera según urgencia en hernia inguino femoral

Hugo Bosch Escobar, Carolina Jiménez, Mario Henríquez
Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Sancho Panza 4054
Las Condes, Santiago, Chile
hubosch@yahoo.es

Introducción. Las hernias inguino femorales siempre se han considerado con indicación quirúrgica electiva, pero al operarse de urgencia conlleva un mayor riesgo de infección de herida operatoria, menor uso de malla, más días de hospitalización y mayor porcentaje de mortalidad.

Objetivo. Evaluar los factores de mayor riesgo de complicación en la cirugía de hernia inguino femoral de urgencia para seleccionar los que requieran priorizarse.

Material y método. Estudio retrospectivo observacional de hernias inguino femorales complicadas operadas entre los años 2000 y 2012 que incluyó 951 cirugías, de las cuales 492 son conocidos con más de un mes de anterioridad. Se confeccionó una base de datos. Se realizó un análisis de regresión logística para identificar los factores asociados a la ocurrencia de infección de herida operatoria y mortalidad, y regresión lineal múltiple para los días de hospitalización. Los análisis se efectuaron en Stata 10.

Resultados. Pacientes conocidos con más de un mes son 70% de hernias inguinales y 34% de hernias femorales. Es posible encontrar factores de mayor riesgo que resulta en: > 70 años, ASA III con mayor riesgo de infección, menor uso de malla, mortalidad y días de hospitalización. Pacientes recidivados con uso de malla no representa mayor riesgo ni ciertas patologías.

Conclusión. Es factible seleccionar pacientes para priorizar su cirugía electiva, que son aquellos mayores de 70 años y ASA III disminuyendo la mortalidad, infección, días de hospitalización y aumentando el uso de malla.

01-041

Experiencia en el uso del sistema de cierre de heridas asistido por vacío (VAC) para la cavidad abdominal, de fabricación local en el servicio de cirugía general del Hospital Santa Clara E.S.E. 2007-2013

Helena Facundo Navia, Juan Manuel Troncoso de la Ossa
Hospital Santa Clara E.S.E.
Bogotá, D.C., Colombia
helefacus@gmail.com

Introducción. La necesidad de mantener la cavidad abdominal abierta ha sido reconocida desde hace 35 años.

El desarrollo del sistema VAC constituye una nueva manera de entender y abordar este desafiante problema quirúrgico.

Objetivo. Mostrar nuestra experiencia de 6 años con el sistema VAC de fabricación local.

Material y método. Estudio descriptivo retrospectivo incluyendo todos los pacientes con VAC abdominal entre enero de 2007 y marzo de 2013. Los datos fueron analizados con el software SPSS.

Resultados. Realizamos 77 tratamientos VAC. Los diagnósticos más frecuentes fueron trauma abdominal, obstrucción intestinal, pancreatitis, apendicitis e isquemia mesentérica; 61 pacientes estaban infectados y 41 cursaban con fístula. Empezamos usando compresas, pasamos a la espuma y desde hace 3 años utilizamos el estropajo.

Las complicaciones más frecuentemente descritas son el sangrado y las fístulas intestinales. Tuvimos sangrado en 4 casos y fístula en 6 pero se logró el cierre de fístulas previas en 26.

Discusión y conclusiones. Los resultados son alentadores. La infección y la fístula intestinal antes del inicio de la terapia, están en relación con la complejidad de los pacientes con abdomen abierto. El número total de recambios y el número de días entre ellos están en función de cada caso y de la fatiga del sistema, pero no son valores rígidos ni predeterminados.

Esperamos que la presentación de este trabajo, anime a colegas de otras instituciones a utilizar el sistema que nos permitimos recomendar, dada la sencillez de su elaboración y altísima utilidad en pacientes con abdomen abierto de diverso origen.

01-049

Herniorrafia por laparoscopia: experiencia en el Hospital Universitario Mayor Méderi de Bogotá

Felipe Vargas Barato, Andrés Isaza Restrepo, Óscar Giovanni Hernández, Juan David Linares Ramírez, Alberto Ricaurte Aragón
Universidad del Rosario, Hospital Universitario Mayor Méderi Bogotá, D.C., Colombia
felipevargasb@gmail.com, juanlinaresmd@gmail.com

Introducción. En la historia del Hospital Universitario Mayor el ingreso del reparo de hernias inguinales por laparoscopia es una intervención que ha ganado espacio gracias al interés de sus integrantes y al acompañamiento continuo de expertos, presentamos los primeros resultados de la curva de aprendizaje que se inició desde el año 2012.

Objetivo. Presentar la experiencia adquirida en el Hospital Universitario Mayor, Méderi en asociación con la Universidad del Rosario.

Material y método. Revisión prospectiva de 61 hernias en 40 pacientes (33 hombres, 7 mujeres) (46-84 años) reparadas por vía laparoscópica por dos cirujanos calificados entre el 1 de enero al 15 de mayo de 2013, mediante abordaje laparoscópico preperitoneal transabdominal (TAPP).

Resultados. 21 hernias bilaterales, 12 hernias derechas, 4 hernias izquierdas y 3 hernias femorales fueron reparadas. El tiempo quirúrgico promedio para el reparo de hernias unilaterales y bilaterales fue de 67,7 minutos (45-125 min) y 110,7 minutos (60-155 min)

respectivamente. Hasta el momento no se han presentado casos de reproducción, se registraron 2 reingresos a urgencias por dolor y un reingreso por hematoma que fue manejado de forma conservadora; no se presentaron complicaciones como infecciones, lesiones nerviosas, lesiones vasculares o lesiones del conducto deferente.

Conclusión. El reparo de las hernias inguinales es un procedimiento frecuente para el cirujano general; si bien el reparo de hernias por laparoscopia hoy en día no es el estándar de oro para su manejo, los beneficios descritos hacen de este procedimiento una herramienta que debe incluirse en la atención de todos los pacientes.

01-052

Herniorrafia inguinal laparoscópica en la Clínica CES

Juan David Martínez Maya, Verónica Acevedo, Marlon Anaya, Catalina Restrepo, David Rodríguez, Sebastián Sierra
Universidad CES, Clínica CES, Medellín, Colombia
david_rod90@hotmail.com

Introducción. La hernia inguinal es uno de los principales motivos de consulta del cirujano. Las técnicas de herniorrafia totalmente extraperitoneal (TEP) y transabdominal preperitoneal (TAPP) laparoscópicas, han aumentado al demostrar su seguridad y beneficios.

Objetivo. Describir nuestra experiencia con el abordaje laparoscópico en la herniorrafia inguinal.

Material y método. Estudio descriptivo retrospectivo. Analizamos las herniorrafias laparoscópicas desde mayo de 2011 a febrero de 2013 en la Clínica CES. Estudiamos características demográficas, tipos de hernias, técnica y materiales utilizados, tiempo quirúrgico, complicaciones agudas y crónicas, requerimiento de analgésicos y días de incapacidad, así como un estimado del costo total.

Resultados. Realizamos 49 herniorrafias en 33 pacientes (16 bilaterales, 6 recidivas). La técnica TAPP se realizó en 18 pacientes (27 hernias) y la TEP en 15 pacientes (22 hernias). El tiempo quirúrgico promedio fue de 107 minutos (rango 50-250 min). Siempre se usó malla, la mayoría de los casos con alguna fijación. El procedimiento fue ambulatorio en todos excepto 5 pacientes. La incapacidad promedio fue de 12 días (rango 10-20). En el seguimiento no se detectaron recidivas, ni complicaciones serias (1 seroma, 2 parestesias escrotales, no infecciones). Hubo una muerte no relacionada con el procedimiento. Los costos del procedimiento superan el promedio de la cirugía abierta; sin embargo, considerando la menor incapacidad y más temprana incorporación a la vida normal, esta diferencia podría no ser importante.

Conclusión. La herniorrafia laparoscópica fue segura y efectiva en nuestro grupo de pacientes. Su mejor recuperación con similares resultados y la capacidad de resolver hernias bilaterales y recidivantes la hacen un procedimiento de gran interés.

01-066

Reparo de hernia incisional por separación de componentes: complicaciones y recurrencia en el Hospital La Samaritana entre 2003-2012, Bogotá, D.C., Colombia

Carlos Zapata, David Rincón, Laura Samaniego
Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C., Colombia
drincons@unal.edu.co

Introducción. Las hernias incisionales son una complicación seria de la cirugía abdominal. Ocurren entre el 11 al 23% de laparotomías. El reparo puede ser realizado de manera abierta o laparoscópica. La técnica de separación de componentes se basa en aumentar la superficie de la pared abdominal por la separación y avance de las capas musculares. Revisamos 64 casos de pacientes tratados en el Hospital La Samaritana, por esta técnica; reportando las complicaciones y el porcentaje de recurrencia, comparando con la literatura actual.

Objetivo. Reportar la experiencia del manejo de pacientes con hernia incisional, por técnica de separación de componentes, en el Hospital La Samaritana entre 2003-2012. Reportando las complicaciones y recurrencia de hernia. Comparando los resultados con la literatura actual.

Material y método. 64 pacientes fueron tratados. Se realizó reparo de hernia incisional por separación de componentes, con protocolo establecido. Se describe en cada paciente la patología y cirugía primaria, las complicaciones posoperatorias y el porcentaje de recurrencia. Comparando los resultados con la literatura actual. Evaluando subjetivamente los resultados estéticos.

Resultados. La técnica por separación de componentes por línea media, fue segura en la totalidad de los pacientes. El seguimiento se pudo realizar a 70% de los pacientes tratados. En un caso se presentó infección superficial de sitio operatorio y dos casos de seroma. Los días de hospitalización posoperatorio fueron 3 +/-2. La recurrencia de hernia fue vista en 2 pacientes (3,12%), similar a la reparación con malla (1,5%-28%). 28 pacientes no se sintieron satisfechos de los resultados estéticos.

Conclusión. La corrección de hernia incisional por separación de componentes, es segura; presenta baja tasa de complicaciones y en nuestra experiencia, la recurrencia es similar a la reparación con malla, por lo tanto debe tenerse en cuenta como opción terapéutica.

01-068

Manejo laparoscópico por único puerto de hernias de la pared abdominal

Fernando Arias, Francisco Díaz, Natalia Cortés, Amy del Mar Piñeres, Camilo Bautista
Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, Colombia
farias00@hotmail.com

Introducción. La primera reparación laparoscópica de una hernia fue reportada en 1982 por Ger. Desde entonces, diferentes estudios han demostrado que dicha técnica se encuentra asociada con menor estancia hospitalaria, retorno temprano a la actividad normal y menores complicaciones posoperatorias que la técnica abierta.

Objetivo. Se revisaron las historias clínicas de 21 pacientes a quienes se les practicó cirugía laparoscópica por único puerto en el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá.

Material y método. Este estudio retrospectivo incluyó a un total de 21 pacientes a quienes se les realizó hernioplastia laparoscópica por incisión única umbilical entre junio de 2009 y mayo de 2013. Se evaluaron características demográficas además del tiempo quirúrgico, hallazgos intraoperatorios tolerancia a la vía oral, tiempo de estancia hospitalaria, dolor y complicaciones posoperatorias.

Resultados. Todos los procedimientos se llevaron a cabo con éxito. Se realizaron 16 hernioplastias inguinales y 6 eventroplastias con colocación de material protésico por laparoscopia único puerto. No se presentaron complicaciones posoperatorias. No hay reproducciones hasta el momento con 4 años de seguimiento.

Conclusión. La reparación de hernias inguinales haciendo uso de un único puerto es un procedimiento factible en manos de grupos experimentados. Se requieren estudios controlados aleatorizados que comparen los resultados a largo plazo del abordaje por único puerto con el abordaje convencional.

TRANSPLANTE

01-030

Factores asociados con la recurrencia y sobrevida en trasplante hepático con hepatocarcinoma en Medellín, Colombia

Sergio Iván Hoyos, Jorge Escobar, Doris Cardona, Germán Osorio, Camilo Pérez, Juan Carlos Restrepo, Carlos Guzmán, Álvaro Mena, Gonzalo Correa

Hospital Pablo Tabón Uribe, Grupo de Gastrohepatología Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia
sergiohoyosd@yahoo.es

Introducción. El impacto que le dio el trasplante hepático al manejo del hepatocarcinoma, cambió radicalmente su pronóstico, ya que controla tanto la cirrosis subyacente como el tumor en sí.

Objetivo. Determinar los factores asociados a recurrencia y sobrevida, de los paciente trasplantados de hígado con hepatocarcinoma.

Material y método. Estudio observacional descriptivo, con análisis de supervivencia, que evaluará en una cohorte de pacientes sometidos a trasplante hepático por hepatocarcinoma.

El análisis de supervivencia se hará con Kaplan-Meir y las variables asociadas serán determinadas con la regresión de Cox. La comparación de las curvas de supervivencia entre grupos se realizará mediante Logrank.

Resultados. Se realizaron 330 trasplantes en adultos, 16,4% con hepatocarcinoma en el explante, de estos, en el 16,7% fue un hallazgo incidental. 79,6% correspondió a hombres, con una edad mediana de 58 años (Rq51-62). En este grupo, las principales causas de la cirrosis fueron alcohol (22,2%), virus de hepatitis B (20,4%) y virus de hepatitis C (18,5%). Recurrencia presentaron 7,4% de los pacientes en 84 meses promedio (IC_{95%} 73.5-89.2). 14,1% de los pacientes murieron en 69.6 meses en promedio (IC_{95%} 59.1-80.1).

El análisis bivariado mostró significancia para recurrencia: tamaño del tumor y compromiso vascular y para mortalidad: edad, Child C y compromiso vascular.

El análisis multivariado mostró las mismas asociaciones de riesgo aunque sin significancia estadística posiblemente por el tamaño de la muestra.

Conclusión. Esta es una cohorte Latinoamericana que ratifica el comportamiento del hepatocarcinoma en cuanto a recurrencia y sobrevida, similar a lo reportado a nivel mundial.

01-034

Resultados de trasplante simultáneo riñón-páncreas en pacientes diabéticos tipo 1: experiencia única en Colombia, Clínica Valle del Lili 2001-2013

Óscar Javier Serrano Ardila, Luis Armando Caicedo, Jorge Iván Villegas, Mónica Torres

Fundación Clínica Valle de Lili, Cali, Colombia
i3answer6@hotmail.com ; caicedo.luis7@gmail.com

Introducción. Los resultados clínicos en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM 1) luego de trasplante simultáneo riñón-páncreas (SRP) han mostrado ser una opción terapéutica con resultados clínicos exitosos.

Objetivo. Mostrar resultados clínicos a corto y mediano plazo en pacientes con DM1 sometidos a SRP en la clínica Fundación Valle del Lili, Cali.

Material y método. Del registro institucional de trasplante renal (TRENAL), que incluye a 1300 pacientes, se seleccionaron los pacientes sometidos a trasplante simultáneo riñón-páncreas. Se realizó análisis con estadísticas no paramétricas y se estimó la sobrevida mediante método de Kaplan-Meier.

Resultados. Entre los años 2001 y 2013 se realizaron un total de 27 trasplantes simultáneos riñón-páncreas. Los pacientes mayoritariamente de género masculino (59%), con edad al momento del trasplante de 34 años, y un tiempo transcurrido desde el diagnóstico de DM I de 22 años, con un requerimiento de insulina pretrasplante de 0.63 U/kg/día.

El objetivo fundamental del trasplante se centra en alcanzar el control glicémico permitiendo optimizar la sobrevida del injerto renal y mejorar la calidad de vida del paciente, dicha meta se logró a las 24 a 48 h del posoperatorio, con un valor promedio de 85 gr/dl, sin presentarse ninguna disfunción de los injertos. La sobrevida del paciente al año y dos años es de 92 y 87%, y del injerto pancreático al año del 88%, valores equiparables a los mejores resultados esperados.

Conclusión. El trasplante simultáneo riñón-páncreas es una alternativa terapéutica con buenos resultados clínicos en pacientes con DM1.

01-058

Trasplante combinado hígado-riñón: experiencia en el Hospital Universitario San Vicente Fundación, Medellín

Jorge Andrés Becerra, Jorge Iván Gutiérrez, Luis Manuel Barrera, Germán Alfonso Lenis, Félix Mauricio Corrales, Jorge Enrique Henao, Luis Gonzalo Guevara

Universidad de Antioquia, Hospital Universitario San Vicente Fundación, Medellín, Colombia
andresbecerraromero@gmail.com

Introducción. Los trasplantes combinados de hígado-riñón han sido una alternativa para los pacientes con enfermedades terminales de ambos órganos, o lesión irreversible del riñón asociado a enfermedad terminal del hígado es por esto que 1-8% de los candidatos para trasplante hepático también son candidatos a trasplante renal. Este tipo de trasplante tiene un mayor interés desde las descripciones iniciales hechas en 1970 por Calne, y un incremento en su realiza-

ción desde el 2002 en un 300%, posterior a la implementación del MELD, demostrando una mejor aceptación de otros órganos cuando se trasplantaban en conjunto con el hígado, al igual que una mejor sobrevida de los injertos.

Objetivo: Describir la experiencia del Hospital Universitario San Vicente Fundación (HUSVF) en los trasplantes combinados hígado-riñón.

Material y método. Se realizó un estudio observacional retrospectivo y descriptivo de los pacientes que recibieron trasplante combinado hígado riñón entre enero de 2000 y marzo de 2013 en el HUSVF.

Resultados. En los trece años de estudio, se realizaron 486 trasplantes hepáticos, de los cuales 13 (2,6%) fueron combinados hígado-riñón. El promedio de edad fue de 50.8 años (8 - 63 años), el 53,8% fueron de género femenino. El 46,1% era Child A. La principal causa de trasplante fue enfermedad poliquística en el 23%. El 8 % (1) de los pacientes tuvieron una cross match pretrasplante positivo. La mediana de tiempo en UCI fue 6 días y la mediana de estancia hospitalaria fue de 16 días. Once (84%) tuvieron excelente función del injerto renal. 2 casos (15%) de rechazo celular agudo del riñón y una mortalidad perioperatoria del 15% (2 pacientes).

Conclusión. El trasplante combinado hígado-riñón es una alternativa segura para enfermedades terminales de ambos órganos, con baja tasa de pérdidas de los injertos.

01-084

Nefrectomía en donantes vivos para trasplante de riñón ¿por qué deberíamos usar el robot?

Juan S. Barajas-Gamboa, Alisa M. Coker, Joslin N. Cheverie, Kristin L. Mekeel, Garth R. Jacobsen, Bryan J. Sandler, Ajai Khanna, Mark A. Talamini, Allan W. Hemming, Santiago Horgan
University of California, San Diego, California, United States
jbarajasgamboa@gmail.com

Introducción. El trasplante renal con donante vivo es fundamental en el manejo de la enfermedad renal en estadios terminales, mostrando buenos desenlaces clínicos y corto tiempo de espera.

Objetivo. Este estudio evalúa los desenlaces clínicos de nuestra experiencia con pacientes sometidos a nefrectomía robótica en donantes vivos para trasplante renal.

Material y método. Con aprobación del Comité de Ética se realizó un estudio retrospectivo entre junio 2010 y agosto 2012. Se evaluaron características demográficas y quirúrgicas, parámetros de función en el injerto, morbilidad y mortalidad.

Resultados. 47 pacientes (64% mujeres) fueron incluidos, nefrectomías izquierda (89%). La mediana de edad fue 45 años, 25% de ellos con cirugías abdominales previas. La mediana de tiempo quirúrgico y pérdida sanguínea fueron 154 minutos y 37 mL. El tiempo de isquemia caliente fue inferior a 90 segundos. No hubo complicaciones intraoperatorias, conversiones, reoperaciones, transfusiones o mortalidad. La mediana de hospitalización fue 2.9 días. 92% de los receptores tenían diálisis preoperatoria. Flujo urinario intraoperatorio fue observado en 93% de los casos, 100% en 12 horas. La mediana de creatinina preoperatoria fue 9.76 mg/dL bajando a 4.08 mg/dL y 1.61mg/dL, 24 horas después y en el alta. La mediana de seguimiento fue 9.2 meses con promedio de creatinina de 1.5 mg/dL. Dos pacientes mostraron rechazo de injerto

en biopsias, dos con función retardada del injerto, sin pérdida de injertos.

Conclusión. Con tiempos quirúrgicos excepcionales, mínima pérdida sanguínea, no transfusiones sanguíneas y 100% de funcionalidad y supervivencia del injerto, esta modalidad muestra excelentes resultados. Nuestra experiencia demuestra que la cirugía robótica es una técnica superior a la laparoscopia tradicional.

01-092

Sobrevida del injerto y del paciente en receptores de trasplante renal, experiencia en la Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia

Luis Armando Caicedo, Óscar Serrano, Marisol Badiel, Eliana Manzi

Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia
marisolbadiel@yahoo.com.mx

Introducción. El trasplante renal se ha convertido en la terapia de elección para el manejo de los pacientes con enfermedad renal terminal, por tanto se hace indispensable el conocimiento de la experiencia en nuestro medio con respecto a este tipo de intervención.

Objetivo. Describir la sobrevida del injerto y del paciente a 1 año de pacientes trasplantados renales en la Unidad de Trasplante de Órganos Abdominales de la Clínica Fundación Valle de Lili, en la ciudad de Cali, Colombia.

Material y método. Cohorte retrospectiva. Utilizando el registro de trasplante renal recolectado en el periodo comprendido entre 1996-2011, se seleccionaron pacientes trasplantados renales y excluyendo del estudio aquellos pacientes con trasplante combinado hígado-riñón y páncreas-riñón. Se evaluó sobrevida independiente de la causa, y falla del injerto renal. Se tomaron en cuenta las características del donante y del receptor. Se realizó un análisis de sobrevida por método de Kaplan-Meier ajustado.

Resultados. La sobrevida del injerto en el primer año fue de 93,1%, y la sobrevida del paciente fue del 97%. El análisis de sobrevida del injerto ajustada para las variables de heterogeneidad, mostró que el retardo en la función del injerto fue la única variable que redujo la sobrevida del injerto de forma estadísticamente significativa [HR: 2.6 (IC 95%: 1.3 - 5.3)].

Conclusión. El equipo de Trasplante de Órganos Abdominales de la Fundación Valle de Lili, Cali, Colombia, presenta indicadores de sobrevida del injerto y sobrevida del paciente al año, en pacientes trasplantados renales similares a los estándares mundiales.

NUTRICIÓN

01-036

Nutrición parenteral total ciclada ambulatoria: experiencia inicial en la ciudad de Medellín

Carlos Ernesto Guzmán, Álvaro Mena, Sergio Iván Hoyos, Juan Carlos Restrepo, Juan Ignacio Marín, Octavio Germán Muñoz, Óscar Mauricio Santos, Sandra Milena Alzate, Carolina Echeverri, Fabián Juliao, Mario Hernán Ruiz, Julio Eduardo Zuleta, Andrés Germán Goldstein

Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia
cguzman@hptu.org.co

Introducción. Desde 1950 el manejo de la falla intestinal ha tenido un desarrollo progresivo en el mundo, favorecido por los avances en la nutrición parenteral total, que actualmente se puede administrar en casa y solamente durante 12 horas.

Objetivo. Reportar la evolución de nuestros pacientes, sus complicaciones, sus logros y las lecciones aprendidas con esta modalidad terapéutica.

Material y método. Es un estudio descriptivo de la evolución de 22 pacientes, desde diciembre de 2005 hasta el 31 de mayo de 2013.

Resultados. En 18 pacientes se logró la resolución completa de su desnutrición; en 11 se logró una rehabilitación intestinal completa que permitió ser llevado en forma segura a cirugía y el posterior desmonte completo de la NPT; 4 requirieron trasplante de intestino, 2 se vienen manejando en forma definitiva con NPT ciclada ambulatoria y 4 están en proceso de recuperación intestinal. Sus complicaciones más frecuentes han sido: infecciones del acceso venoso central (50%), bacteriemia (50%), trombosis de los accesos venosos (5%).

Conclusión. El llevar a estos pacientes a un índice de masa corporal adecuado con el aporte solamente de la nutrición parenteral total, nos estimula para compartir con los demás cirujanos colombianos que esta terapia nos sirve para mejorar nuestros resultados en el difícil manejo de los abdómenes hostiles a los que muchas veces la desnutrición favorece la filtración de las anastomosis intestinales y las laceraciones accidentales ocasionadas durante las cirugías.

01-038

Complicaciones con los accesos vasculares de nutrición parenteral total prolongada en el Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín

Carlos Ernesto Guzmán, Álvaro Mena, Sergio Iván Hoyos, Juan Carlos Restrepo, Juan Ignacio Marín, Octavio Germán Muñoz, Óscar Mauricio Santos, Sandra Milena Alzate, Carolina Echeverri, Fabián Juliao, Mario Hernán Ruiz, Julio Eduardo Zuleta, Andrés Germán Goldstein

Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia
cguzman@hptu.org.co

Introducción. Desde 1950 el manejo de la falla intestinal ha tenido un desarrollo progresivo en el mundo, favorecido por los avances en la nutrición parenteral total ciclada ambulatoria.

Objetivo. Reportar la evolución de los accesos venosos centrales en nuestros pacientes, cuando han requerido manejo prolongado con nutrición parenteral total, sus complicaciones, sus logros y las lecciones aprendidas.

Material y método. Es un estudio descriptivo de la evolución de 26 pacientes, desde diciembre de 2005 hasta el 31 de mayo de 2013.

Resultados. En 26 pacientes se logró la resolución completa de su desnutrición y 2 están en el proceso; en 11 se logró una rehabilitación intestinal completa; en 2 se logró una rehabilitación nutricional que permitió ser llevado en forma segura a cirugía y el posterior desmonte completo de la NPT; 8 requirieron trasplante de intestino, uno trasplante multivisceral estándar, una un trasplante de hígado con intestino en bloque y 3 se vienen manejando en forma definitiva con NPT ciclada ambulatoria. La mayoría de los pacientes se han manejado en forma satisfactoria con PICC bilumen y sus complicaciones

principales han sido las infecciones del mismo con o sin bacteriemia, que se han reducido parcialmente mejorando las medidas de asepsia al manipular las vías y conectores de los mismos.

Conclusión. El llevar la mayoría de estos pacientes a una rehabilitación nutricional adecuada, nos estimula para seguir mejorando cada día en la reducción de las infecciones asociadas a catéteres, piedra angular para lograr una rehabilitación intestinal adecuada.

OTROS

01-061

Adaptación al español de la escala del “Penn State College of Medicine (PSCOM)” para evaluar el profesionalismo en los estudiantes de medicina

Eliseo Bustamante, Álvaro Sanabria

Universidad de La Sabana, Bogotá, D.C.; Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia
eliseobd71@gmail.com

Introducción. El profesionalismo se considera actualmente como un conjunto de valores, conductas y relaciones que fundamentan la confianza que el público deposita en los médicos. Este ha sido afectado por fuerzas externas, representadas en intereses personales y de grupos empresariales. Además, la educación médica actual se ve afectada por el cambio de valores en la sociedad, igualmente la falta de interés de los estudiantes por el desarrollo de habilidades e incremento de los conocimientos médicos, como por el crecimiento personal.

Hay un acuerdo general sobre el concepto de profesionalismo. Swick *et al.* (Swick, Szenas, Danoff, y Whitcomb, 1999; Swick, 2000) describió el profesionalismo, en el cual engloba las siguientes cuatro características: subordinación de los intereses propios para favorecer los intereses del paciente, la adhesión a altos estándares éticos y morales, la capacidad de respuesta a las necesidades sociales y la demostración de valores humanos fundamentales.

El Consejo Americano de Medicina Interna (*American Board of Internal Medicine*, 2001) define el profesionalismo, con los siguientes seis elementos: el altruismo, la responsabilidad, la excelencia, el deber, el honor y la integridad y el respeto por los demás. Sin embargo, la definición de los elementos que abarcan el profesionalismo es subjetiva y no sistemática, y hay una falta de acuerdo sobre la forma de medir el profesionalismo. Por lo tanto, la falta de instrumentos objetivos para evaluar el profesionalismo impide el desarrollo y la evaluación de estrategias educativas utilizadas para fomentarlo en la enseñanza médica. Actualmente no hay instrumentos efectivos para medir e identificar a los estudiantes con bajos niveles de profesionalismo, y por lo tanto, estos estudiantes no pueden seguirse para determinar el curso de mejora a lo largo de su formación. (Ginsburg *et al.*, 2000). Para superar esta barrera, (Blackall *et al.*, 2007) en “*The Penn State College of Medicine (PSCOM)*”, desarrolló un cuestionario que mide el profesionalismo en estudiantes de medicina. Esta escala fue desarrollada utilizando altos estándares metodológicos y fue validado en 765 personas del área médica y 392 estudiantes de medicina. Se ha demostrado que tienen alta validez y alta fiabilidad. El cuestionario se compone de seis grupos de preguntas en los siguientes ámbitos: la responsabilidad, el altruismo, el deber, la excelencia, la honestidad y la integridad y el respeto. Cada grupo contiene seis enunciados para evaluar las actitudes de los estudiantes de medicina respecto al

profesionalismo. Estos enunciados fueron ordenados de acuerdo a un consenso entre cada grupo. Como el profesionalismo es un tema de interés en las escuelas de medicina de todo el mundo, el uso de un cuestionario, como la escala PSCOM puede ser útil para evaluar el profesionalismo a nivel internacional. Sin embargo, debido a que el instrumento evalúa las variables subjetivas, y que además no puede ser traducido directamente a otros idiomas debido a factores culturales y las diferencias en la jerga, y al mismo tiempo no hemos encontrado un instrumento para evaluar el profesionalismo en los estudiantes de medicina en el idioma español, luego, existe la hipótesis de que el cuestionario PSCOM podría ser utilizado para medir el profesionalismo de los estudiantes de medicina de América Latina. El objetivo de este estudio fue proporcionar una adaptación cultural y validación psicométrica del cuestionario PSCOM que evalúa el profesionalismo en estudiantes de medicina al español latinoamericano y además, sus propiedades psicométricas.

Objetivo. Adaptar el cuestionario de profesionalismo en estudiantes de medicina de “*The Penn State College of Medicine*” (PSCOM), como un instrumento culturalmente válido en el idioma español.

Material y método. La metodología siguió las recomendaciones del proyecto de IQOLA y se realizó traducción y retrotraducción, en cuatro traducciones independientes, así como, una evaluación piloto y una evaluación de las características psicométricas con 250 estudiantes. Se evaluaron las correlaciones elemento-escala y la consistencia interna con la prueba alfa de *Chronbach* y se realizó análisis de componentes principales.

Resultados. Alfa de *Cronbach* global fue 0.86, la medida de *Kaiser-Meyer-Olkin* de adecuación muestral de 0.83 y la prueba de esfericidad de *Bartlett* tenía un $p > 0.00001$. Seis factores explicaron el 93% de la variación total. Cuatro nuevos factores surgieron en el análisis factorial y 8 elementos tenían gran singularidad.

Conclusión. La escala PSCOM mide actitudes de profesionalismo en los estudiantes de medicina con buena confiabilidad. Sin embargo, la estructura de la escala demostró diferencias significativas cuando se utiliza en la población de estudiantes de medicina de América Latina.

01-063

Idoneidad del residente quirúrgico para el manejo perioperatorio de líquidos y electrolitos ¿Está realmente preparado para hacerlo?

Liliana Cuevas López, Lilian Torregrosa, Juan Carlos Ayala, Camilo Andrés Cabaquiere

Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, D. C., Colombia
lcl92@hotmail.com

Introducción. El manejo perioperatorio de líquidos y electrolitos es fundamental en el cuidado de los pacientes quirúrgicos; frecuentemente esta responsabilidad está a cargo de los más jóvenes e inexpertos del área cuyo conocimiento en la mayoría de las veces es insuficiente, realidad que no todas las veces es reconocida y aceptada y, por lo tanto, no dispuesta a mejorar.

Objetivo. Evaluar el conocimiento y las actitudes prácticas de residentes, de la prescripción de líquidos y electrolitos perioperatorios, con el fin de reducir los efectos adversos de formulaciones erróneas.

Material y método. Se diseñó un instrumento de 22 preguntas sobre manejo perioperatorio, que se aplicó previa prueba piloto a 58 residen-

tes quirúrgicos de primer año de 3 programas de la ciudad de Bogotá.

Las respuestas de la aplicación de este cuestionario alimentaron una base de datos que se llevó a análisis estadístico.

Resultados. En general se encontró que los residentes quirúrgicos tienen un déficit importante de conocimientos esenciales sobre la formulación perioperatoria, requerimientos básicos hidroelectrolíticos diarios de un paciente, producción fisiológica de secreciones gastrointestinales al día aun cuando hay una discordancia entre los conceptos aprendidos y la forma de aplicarlos.

Conclusión. La necesidad de evaluar y replantear el tema del manejo de los líquidos en el perioperatorio, a raíz de la elevada morbimortalidad que implica su incorrecta formulación, ha revelado en este estudio, una gran variabilidad en dicha prescripción en el personal de residentes quirúrgicos por ausencia de conceptos teóricos claros, cuya etiología es multifactorial.

01-064

Currículo innovador de cirugía: desde la perspectiva de nativos e inmigrantes digitales de la Universidad de la Sabana

Luis Carlos Domínguez, Nick Tarazona, Erik Espitia, Neil Valentín Vega, Claudia Corso, Adriana Margarita Serna, Álvaro Sanabria, Camilo Osorio

Universidad de la Sabana
Chía, Colombia
carlosdot@unisabana.edu.co

Introducción. El currículo tradicional ofrece escasas posibilidades para desarrollar pensamiento autónomo y crítico en los estudiantes. La mayor parte del currículum se centra en el profesor. El contenido temático se centra en la capacidad de memoria, con bajos niveles de enfoque clínico. Generacionalmente, los nativos digitales requieren del uso de tecnologías de vanguardia para fomentar el aprendizaje. El Departamento de Cirugía de la Universidad de la Sabana, no es ajeno a esta experiencia. Este estudio se centra en el diseño de un currículum innovador en cirugía, de cara a los desafíos de la educación médica mundial.

Material y método. Se vincularon 66 estudiantes de medicina que cursaban cirugía y 8 profesores participaron del estudio en la Universidad de la Sabana. Se diseñó un nuevo ambiente de aprendizaje para estudiantes de pregrado en cirugía, utilizando tres estrategias integradas: 1. Uso de la plataforma virtual EDUDECISION y massive open online course (MOOC) methodology, incorporando en ella diferentes materiales didácticos de medios sociales, para móviles y tabletas; 2) utilización de la metodología del caso para la discusión presencial de problemas clínicos corrientes; 3) Fomento del aprendizaje autónomo y crítico mediante discusión activa y desarrollo de un proyecto de innovación en cirugía. Se midió el número de accesos que realizaron en la plataforma de Edudecision como tiempo autónomo en la plataforma para la revisión de los materiales.

Resultados. Desde septiembre de 2012 se inició la adaptación tecnológica del primer objetivo. Se desarrollaron las competencias específicas del currículo en cirugía actualizadas a los desafíos de la educación en cirugía contemporánea y de acuerdo al perfil sociodemográfico del país, a partir de este proceso se desarrollaron 16 módulos temáticos cada uno de ellos compuesto por los niveles

de competencia y objetivos educacionales, 60 videos correspondientes a sesiones magistrales. Se incorporaron 250 artículos de referencia, 50 videos de procedimientos quirúrgicos, incluyendo la plataforma de búsquedas médicas (FABUMED). 16 módulos de autoevaluación, 16 módulos de retroalimentación con casos clínicos y foros abiertos de discusión. Durante las sesiones presenciales se desarrollaron en espacio de 3 horas semanales, pequeños grupos de discusión, y sesiones plenarias de discusión. 4 profesores estaban disponibles para la discusión. Se realizaron 66 casos clínicos donde se estimuló el pensamiento crítico de los estudiantes a través de sesiones abiertas de discusión para la solución de los casos. 23 proyectos de innovación fueron realizados por los estudiantes durante este periodo. El número total de accesos a la plataforma de Edudecision fueron de 541, el tiempo total de accesos 601 horas 13 minutos 41 segundos. Los videos recibieron 2541 reproducciones, 16260 minutos de reproducción estimados, reproducción media de las reproducciones 6:23 minutos.

Conclusión. Diversas estrategias de enseñanza y aprendizaje proporcionan un mayor compromiso en estudiantes de cirugía, lo que favorece el pensamiento crítico y la reflexión. Esta es la primera experiencia en este campo en Colombia.

01-065

Complicaciones quirúrgicas, la necesidad de medirnos

Mónica Mora, Neil Valentín Vega, Álvaro Sanabria, Luis Carlos Domínguez, Camilo Osorio

Universidad de la Sabana
Chía, Colombia
neilvalentin@gmail.com

Introducción y objetivo. La medición de las complicaciones quirúrgicas representa una zona gris dentro del actuar de los cirujanos de forma universal. La variabilidad de las cifras, dada por el subregistro, los instrumentos de medición y la conceptualización del término complicación, hacen poco comparables los registros, aun entre una misma especialidad quirúrgica. En cirugía y según los grupos u hospitales, oscilan entre un 5 a 40%, siendo aceptado un promedio de un 15% según varias series. Por lo anterior, recientemente se aceptan dos clasificaciones que han sido validadas universalmente (Clavien - Dindo y Accordion) e incorporadas dentro del programa de mejoramiento de la calidad quirúrgica del American College of Surgeons (ACS NSQIP) y establecen un punto de comparación entre especialidades quirúrgicas e instituciones. Así mismo se incorpora la medición de las complicaciones como un indicador de resultado de la calidad quirúrgica a través de un instrumento de medición objetivo y estandarizado.

Material y método. Se efectuó la medición de las complicaciones quirúrgicas intrahospitalarias en un centro de nivel III (Clínica Universitaria de la Sabana), empleando la Escala de Complicaciones de la Universidad de Zurich (Clavien-Dindo), que las clasifica según el manejo que amerita cada grado de complicación y está validada universalmente.

Se efectuó un trabajo observacional analítico de cohorte prospectiva, con análisis de concordancia interobservador, mediante la evaluación de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en la institución, independientemente del contexto (urgencias vs. cirugía programada), especialidad quirúrgica y tipo de cirugía a efectuar (grado de complejidad de la cirugía).

Se monitorean los pacientes el día de la cirugía hasta su egreso de la institución, al día 08 y al día 30 posoperatorios. Se aplica la clasificación de las complicaciones y se valida la misma por otro médico par de la misma especialidad quirúrgica.

Resultados. La incidencia global de complicaciones de acuerdo con la escala es de 14,9%, de estas el 80% fueron menores, y las más frecuentes fueron el vómito POP (28,9%), la anemia que requirió transfusión (16%) y la ISO (10,9%); la especialidad con mayor número de complicaciones fue cirugía general, 37% del total de complicaciones y 20,2% del total de los procedimientos, seguida por ortopedia. La validación de la concordancia interobservador, resultó en un coeficiente de Kappa simple de Cohen de 0,61, que indica buen nivel de concordancia. La escala de Clavien-Dindo es una clasificación que puede ser aplicada de forma fácil y confiable, objetiviza las complicaciones, evita y disminuye el subregistro de estas.

Conclusión. Se espera llenar el vacío de información sobre la definición y clasificación de una complicación quirúrgica con la escala y establecer un lenguaje común para los involucrados en un acto quirúrgico: pacientes, cirujanos y aseguradoras, con la incorporación de una herramienta útil, de fácil aplicación y confiable.

01-093

Evaluación de la aplicación del consentimiento informado a los pacientes de cirugía general del Hospital Universitario de Neiva en el periodo comprendido entre el 15 de octubre al 23 de noviembre de 2012

Francisco Ruiz López, María Camila Giraldo, María Camila Suaza, Jhonatan Andrés Portes, Jair Enrique Narváez, Luis Eduardo Sanabria

Hospital Universitario de Neiva, Universidad Surcolombiana
Neiva, Huila, Colombia
lesanabriar@gmail.com

Introducción. El consentimiento informado es el procedimiento médico-legal cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del paciente, con él se busca respetar a los pacientes como individuos y hacer honor a sus preferencias en cuidados médicos y el paciente pueda tomar una decisión acerca de su manejo excepto cuando sea menor de edad o no esté facultado para ello. ¿Es adecuada la

información ética y moral que este tema conlleva? ¿Es adecuada la información que reciben los pacientes del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva?

Objetivo. Evaluar la situación de la relación médico-paciente en el Servicio de Cirugía General del HUHMP en relación con el consentimiento informado. Determinar si cumple con el objetivo de constatar que al paciente se le brindó la información clara y adecuada, verificar si el consentimiento está completamente diligenciado y evaluar la autonomía de los pacientes para tomar la decisión de operarse.

Material y método. Estudio prospectivo, transversal y descriptivo de los pacientes llevados a cirugía en el HUHMP en el periodo comprendido entre el 15 de octubre al 23 de noviembre de 2012. Se incluyen pacientes mayores de 18 años, ambos sexos, sometidos a procedimientos quirúrgicos programados o urgentes en el HUHMP. Se excluyen menores de 18 años, hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos del HUHMP o cuyo procedimiento sea realizado en sala de partos 1 y 2 del HUHMP.

Resultados. 283 pacientes, 54% de urgencias y 46% programados. El 72,8% decían desconocer que era el consentimiento informado. Los familiares o el paciente encuestado manifestaban haber firmado un “documento” para poder ser llevado a cirugía en un 100%. El consentimiento informado fue diligenciado completamente en el 55,1% de las veces, 64,6% en cirugía programada y 28,1% en los urgentes. El 90,5% de los pacientes consideraba que se le había explicado de manera clara en qué consistía el procedimiento quirúrgico. Los que consideraron que no fueron suficientemente informados 22,2% eran programados y el 71,8% de cirugías urgentes. El 90,9% de los pacientes llevados a cirugía de urgencias y el 96,77% de los programados creen que la información fue completa. El 81,1% de pacientes de urgencias y el 90% de los programados decían conocer las posibles complicaciones. El 96,7% de los pacientes urgentes y el 99,2% de los programados manifestaron sentirse satisfechos con los resultados de los procedimientos.

Conclusión. Más de la mitad de los pacientes encuestados no sabían qué es el consentimiento informado pero todos firmaron el “documento” que resultó serlo. El 90,5% se consideraron sin embargo que se les suministró la información clara y completa. El 55,1% el consentimiento informado no estaba completamente diligenciado. El estudio muestra una incongruencia en la percepción que los pacientes tienen del consentimiento informado.



CASOS CLÍNICOS

CABEZA Y CUELLO

02-008

Hemangioma de glándula submandibular: reporte de caso clínico

Adonis Tupac Ramírez Cuéllar
Clínica Medilaser, Surcolombiana
Neiva, Colombia
adonistupac@gmail.com

Introducción. Los hemangiomas son los tumores no epiteliales más frecuentes con una incidencia del 30% en las glándulas salivales mayores, siendo más comunes durante la niñez e infancia temprana. El 65% de los hemangiomas se localizan en cabeza y cuello y su aparición en adultos es rara. El manejo puede ser conservador o en casos de episodios hemorrágicos, ulceración o infecciones el manejo es quirúrgico.

Objetivo. Descripción patológica poco frecuente

Metodología. Reporte de caso clínico.

Resultados. Paciente de sexo masculino de 58 años, con cuadro clínico de 3 años de evolución de aparición de lesión submandibular izquierda que en los últimos 6 meses presenta crecimiento rápidamente progresivo. TAC de cuello revela lesión expansiva de glándula submandibular izquierda de 5 x 5 x 4 cm, con extensión hacia la orofaringe y compromiso de piso de boca y calcificaciones gruesas. Se lleva a cirugía con diagnóstico presuntivo de neoplasia maligna y se realiza submandibulectomía radical, con reporte de patología que mostraba hemangioma cavernoso y 14 ganglios negativos. No hubo complicaciones y el seguimiento posoperatorio de 6 meses ha sido el adecuado.

Conclusiones. Los hemangiomas cavernosos son raros en adultos y pueden confundirse con otros tipos de tumores incluyendo de origen oncológico.

02-009

Carcinoma escamocelular de parótida, reporte de caso clínico

Adonis Tupac Ramírez
Clínica Medilaser, Surcolombiana
Neiva, Colombia
adonistupac@gmail.com

Introducción. El carcinoma de células escamosas primario de la glándula parótida es un tumor raro y agresivo, que avanza rápidamente si no es reconocido y tratado tempranamente. La incidencia es de aproximadamente 0.3 a 1,5%. Un examen clínico e histológico cuidadoso es fundamental para diferenciarlo de un tumor metastásico.

Objetivo. Descripción de caso clínico de patología de poca frecuencia.

Metodología. Caso clínico.

Resultados. Paciente de sexo masculino de 55 años de edad, con cuadro clínico de 7 meses de evolución consistente en aparición de masa en región parotídea derecha, fue manejado en nivel II donde le realizaron nodulectomía por incisión en región malar, con reporte de patología de carcinoma escamocelular. Se realizan estudios de extensión negativos. Se lleva a cirugía posteriormente realizándose parotidectomía radical con reconstrucción con colgajo pectoral y sacrificio del nervio facial. Patología de carcinoma escamocelular con bordes negativos y 34 ganglios libres de tumor. Evolución posoperatoria satisfactoria y con seguimiento de 6 meses libre de enfermedad.

Conclusiones. El carcinoma escamocelular de parótida es un tumor poco frecuente, que debe ser estudiado adecuadamente para descartar compromiso metastásico. El manejo de esta patología debe ser realizado por un grupo quirúrgico con experiencia para brindar un mejor resultado oncológico.

02-014

Neuroblastoma del olfatorio, presentación rara con metástasis a cuello

Andrés Ignacio Chala, Rafael Jaramillo, Juan Paulo Cardona, Cristian Pérez
Universidad de Caldas, Villa María
Caldas, Colombia
andreschalag@hotmail.com

Introducción. El esteseoneuroblastoma del nervio olfatorio es un tumor de la cavidad sinusal y base de cráneo anterior con baja incidencia. No suele presentarse con metástasis ganglionares. Se reportan en menos del 5%, lo cual asociado a su poca frecuencia hace que su manejo no tenga guías claras.

Objetivo. Revisar el abordaje diagnóstico y terapéutico de la enfermedad metastásica a cuello asociada a este tumor con revisión de la literatura.

Material y método. Se presenta el caso de una paciente de 46 años quien consulta por una lesión obstructiva de la cavidad sinusal con evidencia imagenológica de compromiso de las fosas nasales, el septum, el etmoides esfenoides y la lámina cribosa además de grandes metástasis cervicales. La biopsia y la inmunohistoquímica reportan neuroblastoma del olfatorio. Se realiza resección endoscópica vía transnasal y vaciamiento modificado de cuello, misma que cursó con fístula linfática que requirió reexploración. La patología confirmó esteseoneuroblastoma. Recibió adicionalmente radioterapia posoperatoria.

Resultados. En la revisión de la literatura hay una baja presentación inicial de metástasis a cuello comprometiendo el pronóstico y la sobrevida cuando se presenta al inicio. No hay consenso en el manejo del cuello.

Conclusión. El esteseoneuroblastoma es un tumor que rara vez se asocia en su inicio con enfermedad metastásica, puede desarrollarla en el curso de la enfermedad hasta en el 20% de los casos. El tratamiento multimodal cirugía y radioterapia es clave en busca de mejorar la sobrevida. Debe considerarse el tratamiento del cuello sin compromiso ganglionar con radioterapia o con cirugía en forma profiláctica.

02-015

Tumor desmoide cervicotorácico con invasión el plexo braquial. Abordaje terapéutico complejo

Andrés Ignacio Chala, Oscar Toro, Alex Pava Ripoll
Universidad de Caldas, Villa María
Caldas, Colombia
andreschalag@hotmail.com

Introducción. Los tumores desmoides son histológicamente benignos de crecimiento lento pero, localmente agresivos con alta recurrencia después de cirugía. Su localización en el opérculo torácico y el plexo braquial constituye un reto para su cirugía no solo por el abordaje técnico, sino por la pérdida funcional de la extremidad subsecuente a la resección.

Objetivo. Revisar el diagnóstico y abordaje terapéutico de este agresivo tumor en una localización compleja.

Material y método. Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 23 años quien consulta por una masa supraclavicular asociada a dolor local y referido al brazo, temblor en reposo con disminución de la fuerza de prensión. La resonancia y angiotomografía mostraron una lesión de 10 cm del opérculo torácico con invasión del plexo braquial rodeando las estructuras vasculares del cuello. La biopsia con inmunohistoquímica revelaron un tumor desmoide. Se realizó estereotomía y cervicotomía con resección desde las raíces del plexo braquial y del mismo con tejidos adyacentes preservando las estructuras vasculares. Evolución satisfactoria con la esperada pérdida funcional. La patología final confirma el diagnóstico. Recibe radioterapia posoperatoria.

Resultados. La revisión de la literatura en casos de invasión del plexo es consistente con la dificultad técnica del abordaje quirúrgico así como la dificultad en obtener márgenes amplios. Se asocia con pérdida parcial o total de la función lo que afecta la calidad de vida. La recurrencia suele ser alta.

Conclusión. El tratamiento multimodal es necesario incluye cirugía, radioterapia y otros adyuvantes como aines, ácido ascórbico y recientemente inhibidores de tirosin quinasa.

02-018

Metástasis de carcinoma neuroendocrino de origen tiroideo una presentación inusual

Andrés Ignacio Chala, Juan Paulo Cardona, Humberto Ignacio Franco, Rafael Pava, Carlos Darío Aguilar
Universidad de Caldas, Villa María, Caldas, Colombia
andreschalag@hotmail.com

Introducción. Los tumores neuroendocrinos son unas neoplasias raras originadas en células del sistema neuroendocrino de presentación en múltiples sitios anatómicos. Cerca del 40% desarrollan metástasis en el curso de la enfermedad, mismas que pueden o no ser sintomáticas dependiendo de la liberación de bioaminas. La presentación inicial con metástasis neuroendocrinas de un tumor desconocido es un reto para el diagnóstico del origen primario.

Objetivo. Revisar el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad metastásica asociada al carcinoma neuroendocrino de origen tiroideo.

Material y método. Se presenta el caso de paciente de sexo masculino de 47 años con antecedente de resección de una metástasis hepática neuroendocrina 5 años antes. En su evolución presentó disfonía relacionada con infiltración tumoral del vago y además de una lesión mediastinal metastásica. Las imágenes de tomografía, gammagrafía con octreotido y petscan evidenciaron una neoplasia tiroidea, con metástasis pulmonares y hepáticas. Se descartó presencia de un feocromocitoma asociado. Se realizó tiroidectomía total con vaciamiento radical modificado de cuello, resección de la masa mediastinal y paratiroidectomía de los adenomas. La patología fue compatible con carcinoma neuroendocrino medular de tiroides e hiperplasia de paratiroides. Recibió radioterapia y octreotido en su postoperatorio con una evolución satisfactoria.

Resultados. No es frecuente la metástasis hepática como presentación inicial de un tumor neuroendocrino, ante la misma se disciernen muchas posibilidades diagnósticas que son necesarias en la localización del primario para conseguir el óptimo tratamiento.

Conclusión. La evaluación dirigida multidisciplinaria basada en la historia clínica es fundamental en el diagnóstico de los tumores neuroendocrinos.

02-036

Quiste tirogloso gigante

Walter Puello, Francisco Herrera
Universidad de Cartagena
Cartagena Colombia
walterpuello@yahoo.com.ar

Introducción. El quiste del conducto tirogloso es una de las patologías más frecuentes en el desarrollo de la glándula tiroides; constituye de 66 a 72% de las anomalías congénitas cervicales. Generalmente, se presenta en niños y ocurre por persistencia del epitelio del conducto tirogloso en la base de la lengua a la porción anterior del cuello. Sus complicaciones son infrecuentes y el diagnóstico se basa en la clínica, y en los hallazgos de patología.

Objetivo. Describir una complicación poco frecuente pero, potencialmente mortal y revisar la literatura científica.

Material y métodos. Se reporta caso de un paciente de 60 años de sexo masculino, que consulta por masa en el cuello con aumento progresivo en los últimos diez años, niega disfagia o pérdida de peso. Se evidencia durante acto operatorio presencia de gran masa lateralizada a la derecha. Se revisa literatura científica.

Resultados. El paciente es llevado a cirugía con impresión clínica de quiste tirogloso; durante la cirugía se encontró gran masa quística, en triángulo anterior derecho de cuello. Con adecuada evolución

posquirúrgica es dado de alta a los dos días. La patología reporta quiste tirogloso gigante.

Conclusión. El quiste tirogloso es la patología más frecuente en el desarrollo del tiroides y requiere manejo quirúrgico ya que, se han reportado casos de degeneración maligna. Su principal complicación es la fístula. Es infrecuente la presentación en forma de masa gigante.

02-038

Linfoma primario tiroideo: caso clínico y revisión de la literatura

Edgard Gutiérrez, Mauricio Bermúdez, José Carlos Posada, Javier Restrepo, César Torres, Juan Carlos Martínez
Universidad de Cartagena
Cartagena, Colombia
fmedicina@unicartagena.edu.co; elcocu1@hotmail.com

Introducción. Los linfomas tiroideos primarios abarcan el 2% de los linfomas, y menos del 5% de las neoplasias malignas tiroideas; el 50 a 80% tienen origen en las células B y el 6-27% se tratan de linfomas tiroideos tipo MALT. Son más frecuentes en mujeres en la sexta década de la vida y tienen asociación causal con la tiroiditis de Hashimoto.

Se presentan como una masa de crecimiento rápido indolora, con disnea y disfagia, afectando exclusivamente la glándula tiroides y los linfáticos regionales, sin enfermedad primaria en otra localización.

El papel de la cirugía se basa en la toma de biopsias y en la resolución de síntomas asociados.

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 40 años con una masa cervical de crecimiento rápido, con síntomas aerodigestivos superiores de 4 meses de evolución, con colapso de vía aérea y digestiva superiores.

Objetivo. Describir el caso clínico y realizar una revisión de la literatura sobre el abordaje diagnóstico y terapéutico de los linfomas primarios tiroideos.

Material y método. Paciente de sexo femenino de 40 años con cuadro clínico de 4 meses de aparición rápida de gran masa cervical con extensión a mediastino superior y colapso de vía aérea y digestiva superiores manejada con traqueostomía, llevada a cirugía y quimio adyuvante.

Resultados. Paciente manejada quirúrgicamente por colapso de vía aérea y digestiva superiores y posterior quimioterapia adyuvante.

Conclusión. Los linfomas tiroideos primarios son una entidad de baja prevalencia mundial, que representan un enorme reto diagnóstico y terapéutico, con respuesta clínica muy variable.

02-070

Adenoma gigante de paratiroides

Luis Fernando Tintinago, José Fernando Guitarrero, Efraín Andrés Revelo, Anuar Armando Idrobo
Universidad del Cauca; Fundación Clínica Valle de Lili
Popayán, Cauca, Colombia
Jguitarrero@unicauca.edu.co

Introducción. Los adenomas de paratiroides son una patología frecuente manifestada por PTH y calcio elevados. El diagnóstico es

bioquímico y la orientación quirúrgica se da a través de imágenes y medicina nuclear. El diagnóstico diferencial con el carcinoma de paratiroides no siempre es fácil, es una patología de presentación bizarra que requeriría un manejo quirúrgico agresivo con resección de las estructuras vecinas. Histopatológicamente los criterios no son claros, y las elevaciones exageradas del calcio y la PTH orientan al diagnóstico mas no lo confirman.

Material y método. Describir el abordaje de un paciente con masa mediastinal de gran tamaño y parámetros bioquímicos compatibles con carcinoma de paratiroides.

Resultados. Paciente de 71 años con antecedente de paratiroidectomía parcial inferior izquierda. En controles presenta PTH y calcio elevados (700 y 14.18) además de compromiso renal e hipofosfatemia. Es remitido a nuestra institución.

Ingresa asintomático, examen físico normal. Manejo con rehidratación y fosfato intravenoso.

Gammagrafía: masa mediastínica prevertebral con intensa captación del radiotrazador.

Tomografía: masa de 56 x 25 mm en contacto con esófago y tráquea.

Endoscopia normal.

Se lleva a resección a través de cervicotomía encontrando lesión de aspecto benigno con biopsia por congelación y compatibles con adenoma.

Evolución favorable con normalización de bioquímica.

Conclusión. El diagnóstico diferencial del carcinoma de paratiroides no es fácil, y el criterio intraoperatorio del cirujano es crucial, las imágenes, bioquímica y biopsias son de gran ayuda; sin embargo, él define la magnitud y viabilidad de la resección.

02-073

Carcinoma de tiroides, patología inusual en el paciente pediátrico

Marcela Lucía Tascón, Claudia Elena Cruz
Universidad del Cauca; Hospital Susana López de Valencia
Popayán, Cauca, Colombia
marcelatascon@gmail.com

Introducción. El carcinoma de tiroides es una patología infrecuente en las primeras dos décadas de la vida. Se estima que 10% del total de casos ocurren durante este rango de edad. Se evidencia predominio para el sexo femenino y el tipo histopatológico más frecuente es el papilar, la variante folicular es menos frecuente, mientras que la medular y la anaplásico son muy raros. El carcinoma de tiroides en pacientes pediátricos se diferencia de los adultos con respecto a su presentación y resultado donde el tratamiento debe ser multidisciplinario.

Caso clínico. Paciente de 14 años de sexo femenino que consulta por sensación de masa en cuello de 1 año de evolución no asociado a otros síntomas. En la ecografía se ve imagen en lóbulo tiroideo derecho 23 x 21 mm, vascularizada con microcalcificaciones: nódulo tiroideo derecho, apariencia benigna. BACAF: carcinoma papilar. Gammagrafía: Bocio multinodular con mayor captación polo superior lóbulo izquierdo. Pruebas tiroideas normales. Tiroidectomía total sin complicaciones, biopsia carcinoma papilar de tiroides variedad célu-

las claras, folicular y células altas en el lóbulo derecho, sin invasión perineural, linfovascular o cápsula glandular. Adecuada evolución clínica en manejo conjunto con endocrinología.

Conclusiones. La etiología del carcinoma de tiroides es incierta; sin embargo, factores de riesgo específicos aumentan la incidencia de este tipo de neoplasia, donde se incluyen: la exposición a radiación, deficiencia de yodo, hormonas sexuales, tiroiditis de Hashimoto y factores genéticos, entre otros. El cáncer de tiroides en niños presenta por lo general un pronóstico favorable. Aunque los resultados de tratamiento son buenos, siguen existiendo controversias referentes a su manejo.

TÓRAX

02-031

Manejo quirúrgico del tórax inestable: nuevas perspectivas

Jorge Ramírez, Rafael J. Beltrán
Hospital Universitario de la Samaritana
Bogotá, D.C., Colombia
jorgeramirezpereira@hotmail.com

Introducción. El trauma cerrado de tórax es una causa mayor de morbimortalidad (hasta del 10 - 36%) en los pacientes politraumatizados, en especial cuando se produce el tórax inestable. Esta población, requiere de un manejo del dolor agresivo, higiene traqueopulmonar intensiva y muchas veces soporte ventilatorio. Esto se traduce en una estadía prolongada en la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI), con aumento de las posibles complicaciones pulmonares como neumonía, sepsis y barotrauma.

Recientemente, las fracturas de los arcos costales que desencadenan un tórax inestable han sido manejada de forma definitiva con el abordaje quirúrgico. La evidencia se viene construyendo a partir de la experiencia de los centros de trauma y de referencia de todo el mundo. Y en este momento aún no hay claridad sobre los beneficios de la fijación interna vs. el manejo conservador, midiendo como desenlaces tiempo de ventilación mecánica, tiempo de hospitalización en UCI, tiempo de hospitalización y mortalidad.

Objetivo. Se presenta un caso de reducción y fijación abierta en el Hospital Universitario de la Samaritana donde se demuestra que el abordaje quirúrgico disminuyó el tiempo de hospitalización en la UCI.

Material y método. Esta presentación de caso clínico muestra de forma descriptiva los aspectos más relevantes del abordaje quirúrgico del tórax inestable.

Resultados. La reducción abierta y fijación interna de las fracturas costales mostró ser una técnica efectiva en el tratamiento del tórax inestable. Se logró disminuir el tiempo de requerimiento de ventilación mecánica, las complicaciones asociadas al soporte ventilatorio, reducción de la deformidad de la pared torácica y adecuado control del dolor.

Conclusión. El abordaje quirúrgico disminuye la duración del soporte ventilatorio y aumento de la función pulmonar, así como mejoría en morbimortalidad. Sin embargo, se requiere de la construcción de una evidencia más sólida para iniciar el cambio en los protocolos de manejo de las diferentes instituciones.

02-047

Extracción de cuerpo extraño tubular en bronquio fuente izquierdo con fibrobroncoscopia rígida

Edgard Gutiérrez, Brenda Lamadrid, Alix Portela, José Díaz, Laura Loaiza
Universidad de Cartagena; Hospital Universitario del Caribe
Cartagena, Colombia
almyportela@hotmail.com

Introducción. La aspiración de un cuerpo extraño hasta la vía aérea es una situación muy frecuente en pediatría. Supone un riesgo inmediato para la salud que podría acarrear la muerte. De ahí la necesidad de un diagnóstico y tratamiento temprano, para evitar complicaciones por la permanencia de este en la vía aérea. El método ideal y seguro para retiro de estos es la broncoscopia; sin embargo, en algunos casos, precisa cirugía.

Objetivo. Presentar un caso de paciente adulto con aspiración de cuerpo extraño, el cual se extrajo satisfactoriamente con fibrobroncoscopia rígida.

Material y método. Estudio de la historia clínica, técnica de extracción, complicaciones y revisión de la literatura médica.

Resultados. Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 60 años, portador de cánula de traqueostomía desde hace 4 años por secuelas de leishmaniasis cutánea, quien presenta disnea posterior a aspiración accidental de cánula de traqueostomía, se extrae bajo broncoscopia rígida por traqueostoma, se introduce nueva cánula de traqueostomía sin complicaciones.

Conclusión. La broncoaspiración de un cuerpo extraño es infrecuente en adultos. Los cuerpos extraños más frecuentes son prótesis dentales, alimentos, huesos y piezas de plástico o metal. El curso de la enfermedad después de la aspiración y su manejo dependerá de la edad del paciente, la posición del cuerpo extraño, el tiempo de permanencia dentro de la vía aérea y de la naturaleza del mismo. Aunque existen diversos tratamientos, actualmente se prefiere la extracción mediante broncoscopia, por ser más seguro, rápido y por permitir una mejor visualización del árbol traqueobronquial.

02-048

Reconstrucción y estabilización de pared torácica con sistema MATRIX: a propósito de dos casos

Edgar Gutiérrez, Brenda Lamadrid, Alix Portela, Laura Loaiza
Universidad de Cartagena,
Cartagena, Colombia
blamadridm@gmail.com

Introducción. Las resecciones amplias de la pared torácica, así como fracturas costales pueden originar movimiento paradójico, alterando la mecánica respiratoria. La reconstrucción hace parte del tratamiento de tumores de la pared torácica y de pacientes politraumatizados con segmentos inestables, que se benefician de la estabilización quirúrgica, disminuyendo el tiempo de ventilación mecánica y las complicaciones pulmonares.

Objetivo: Presentar dos casos de reconstrucción de la pared torácica con sistema de osteosíntesis tipo MATRIX.

Material y método. Estudio de las historias clínicas, observando la intervención terapéutica seguida y revisión de la literatura médica.

Resultados. Caso 1: Paciente de sexo femenino de 69 años con trauma de tórax con fracturas costales múltiples con repercusión ventilatoria, se realiza estabilización costal. Caso 2: paciente de 58 años de sexo femenino con cáncer de mama con afectación de la pared torácica, múltiples recaídas, se realiza resección tumoral con gran pérdida de tejidos, se reconstruye la pared torácica con osteosíntesis.

Conclusión. La reconstrucción de la pared torácica tras una resección amplia y la estabilización costal en trauma, busca recuperar la mecánica ventilatoria, mejoría del dolor y la rápida recuperación del paciente. Actualmente existe gran variedad de materiales de osteosíntesis que facilitan la reconstrucción con el resultado de una rápida recuperación de la función respiratoria. Traemos dos pacientes que fueron manejados osteosíntesis con sistema MATRIX con buena evolución.

02-080

Reconstrucción de pared torácica con puentes de titanio en luxación traumática esternocostal, reporte de un caso y revisión de la literatura

Mauricio Velásquez, Guillermo Vallejo, Laura Lugo, Marco Antonio Medina, Juan David Acosta
Universidad del Cauca; Clínica La Estancia
Popayán, Colombia
lauralugo@gmail.com

Introducción. Las fracturas costales se asocian frecuentemente al trauma torácico. La morbimortalidad está relacionada con el número de costillas fracturadas, la edad avanzada y las lesiones de estructuras adyacentes: cardíacas y/o pulmonares. Cuando se asocia a tórax inestable la conducta de estabilización quirúrgica ha mostrado disminuir la mortalidad.

Objetivo. Presentar un caso de reconstrucción de la pared torácica con puentes de titanio en un luxación esternocostal traumática y la revisión de la literatura al respecto.

Material y método. Paciente de sexo masculino de 84 años de edad, que presenta trauma cerrado de tórax por aplastamiento con un madero de un trapiche.

Resultados. El paciente ingresó a urgencias con hemoemotórax derecho manejado con toracostomía cerrada, la tomografía de tórax con reconstrucción reporta luxación esternocostal del tercer al sexto arcos costales y fracturas de la 4 a la 6 costilla en su segmento lateral. Se llevó a fijación de fractura esternal con alambre de acero, colocación de puentes y seis clips de titanio y fijación de fractura del sexto arco costal con placa. La evolución posquirúrgica fue satisfactoria.

Conclusión. El tórax inestable y las fracturas costales se relacionan con aumento de la morbimortalidad, estancia hospitalaria e importante incapacidad funcional. La fijación costal ha ganado importancia en los últimos años para el tórax inestable, mostrando en algunos estudios disminución de la morbimortalidad al compararla con el manejo conservador.

02-094

Quiste broncogénico: reporte de caso

Hernando Russi, Samuel Rey Robledo, Paulo Cabrera, Erik Espitia.

Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá D.C., Colombia
theepaulo@gmail.com

Introducción. Los quistes broncogénicos, son lesiones benignas, que surgen como una anomalía congénita secundarias a una segmentación alterada del intestino anterior y el árbol traqueo-bronquial. Su diagnóstico suele ser incidental y su manejo debe ser quirúrgico. En este artículo se realiza reporte de un quiste broncogénico en un paciente masculino de 19 años, de localización mediastinal y retroperitoneal.

Objetivo. Estos quistes son lesiones congénitas, usualmente benignas. Su localización suele ser dentro del parénquima pulmonar o en el mediastino posterior. Los de localización infradiaphragmática son raros, pero cuando se presentan, suelen localizarse en el retroperitoneo junto a la glándula suprarrenal izquierda, o adyacente al páncreas. El objetivo de este trabajo es reportar un caso de quiste mediastinal y retroperitoneal, del Hospital Universitario San Ignacio.

Material y método. Reportamos el caso ya descrito y revisamos la literatura, donde se reportan casos de quistes mediastinales y retroperitoneales, los cuales son de menor incidencia. Utilizamos como motor de búsqueda *science direct* y *pub-med*.

Resultados. Reportamos caso del manejo integral de un paciente de 19 años con quiste broncogénico mediastinal y retroperitoneal. Revisamos la literatura y exponemos como es la presentación de esta patología, el diagnóstico y el manejo.

Conclusión. Los quistes broncogénicos mediastinales y retroperitoneales son de presentación inusual. Reportamos el caso de un paciente de 19 años con esta patología; su diagnóstico y manejo. Los quistes broncogénicos son lesiones quísticas de comportamiento usualmente benigno. Su diagnóstico diferencial debe ser tenido en cuenta en las lesiones quísticas mediastinales y retroperitoneales.

HIGADO Y VÍAS BILIARES

02-001

Carcinoma escamocelular primario de vesícula biliar: Presentación de un caso y revisión de la literatura

Helena Facundo, Edgar Giovanni Muñoz
Hospital Santa Clara E.S.E.
Bogotá, D.C., Colombia
helefacus@gmail.com

Introducción. El carcinoma escamocelular primario de la vesícula biliar es una patología maligna exótica. La baja frecuencia de presentación de esta entidad específica, en el contexto de una patología altamente frecuente como es la enfermedad biliar litiasica, justifica el reporte de los casos nuevos que se documentan y la discusión del tema.

Objetivo. Presentar un caso clínico raro e interesante y revisar la literatura al respecto.

Material y método. Reporte de caso y discusión de la literatura revisada.

Resultados. No aplica.

Conclusión. El carcinoma escamocelular primario de la vesícula biliar es una rareza y su origen, en relación con su estirpe celular, en aún motivo de debate. El cuadro clínico de presentación no tiene signos o síntomas patognomónicos, menos incluso cuando coexiste con píocolecisto y coledocolitiasis como en el caso que aquí reportamos y por tanto el diagnóstico termina estando en manos del patólogo. El pronóstico de los pacientes es pobre pero se han reportado tratamientos quirúrgicos agresivos con resultados interesantes.

02-002

Hepatectomía izquierda por hepatocarcinoma, mas resección de trombo portal izquierdo totalmente laparoscópico, “abordaje intraglisoniano”

Joan Figueras, Santiago López, Óscar Palacios
Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España; Hospital Universitario “Dr. Josep Trueta”, Girona, España; Universidad CES Medellín, Colombia
oscargermanpalaciosr@hotmail.com

Introducción. Paciente de 79 años con síntomas constitucionales y pérdida de peso, con RM compatible con hepatocarcinoma, en segmentos II-III, AFP 644. Estudios para hepatitis C, B negativos, cirrosis producida por el alcohol.

Objetivo. Se programa para hepatectomía izquierda laparoscópica.

Material y método. Hepatectomía izquierda laparoscópica, identificación por ecografía intraoperatoria de trombo portal izquierdo. Por lo que se decide abordaje por dentro de la capsula de Glisson del pedículo izquierdo.

Resultados. Hepatectomía laparoscópica izquierda. Abordaje por dentro de la capsula de Glisson del pedículo hepático.

Conclusión. Es una técnica segura, con baja morbilidad, poco sangrado y corta estancia hospitalaria.

02-003

Metástasis hepática por cáncer de mama, hepatectomía derecha laparoscópica con vaciamiento ganglionar, “abordaje extraglisoniano”

Joan Figueras, Santiago López, Óscar Palacios
Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España; Hospital Universitario “Dr. Josep Trueta”, Girona, España; Universidad CES, Medellín, Colombia
oscargermanpalaciosr@hotmail.com

Introducción. Paciente de 51 años con antecedente de CA de mama, operado en 2006, pT1c - pN1 receptores hormonales + QUIMIO-RT ADJUVANTE FEC 6 CICLOS + Tamoxifeno. Ahora con metástasis hepática por CA de mama.

Objetivo. Paciente con elevación de CA 15.3 y ACE en seguimiento por lo que se realiza TAC, en la que se identifica metástasis hepática en confluencia de segmentos V, VI, VII, VIII. Gammagrafía ósea y PET-SCAN sin enfermedad extrahepática.

Material y método. Se programa hepatectomía derecha laparoscópica.

Resultados. Hepatectomía derecha laparoscópica, con vaciamiento ganglionar del hilio hepático, abordaje extraglisoniano.

Conclusión. Es una técnica segura, con baja morbilidad, poco sangrado y corta estancia hospitalaria.

02-023

Manejo quirúrgico del pseudoquiste pancreático

Carlos Alberto Leal, Dauris Johanna Ortega
Fundación Salud Bosque
Bogotá, D.C., Colombia
ortegacirugia@hotmail.com

Introducción. El pseudoquiste pancreático es una colección de paredes definidas de tejido fibrótico sin epitelio, formada 4-6 semanas posteriores a un episodio de pancreatitis aguda. Cuando hay presencia de fiebre y leucocitosis se define una necrosis infectada del páncreas.

Objetivo. Describir el manejo terapéutico en una paciente con pancreatitis aguda que desarrolla pseudoquiste con necrosis infectada y se maneja quirúrgicamente en la Clínica El Bosque de Bogotá.

Material y método. Se describe el caso de una paciente de 58 años quien consultó por dolor abdominal, se diagnosticó pancreatitis aguda severa, se manejó en UCI, desarrolla pseudoquiste y posteriormente presenta fiebre y leucocitosis intentándose manejo percutáneo sin éxito y el endoscópico por localización fue imposible. Se llevó a manejo quirúrgico con drenaje de absceso y necrosectomía pancreática, no presentó ninguna complicación.

Resultados: Se realizó un algoritmo de manejo para estos pacientes.

Discusión. El pseudoquiste pancreático sintomático supone complicaciones para la paciente. La opción menos invasiva es el drenaje percutáneo, con mayor falla terapéutica y recurrencias. Actualmente el drenaje endoscópico es ideal por su viabilidad anatómica y buenos resultados en casos seleccionados. En el manejo quirúrgico se realiza drenaje transgástrico principalmente por laparoscopia o abierta. En este caso la presencia de material necrótico y sobreinfección, definieron el manejo quirúrgico.

Conclusión. El manejo quirúrgico continúa siendo el gold standard en el manejo de estos pacientes y es conveniente en presencia de falla terapéutica percutánea o endoscópica, o ante la evidencia de necrosis pancreática infectada.

02-026**Obstrucción biliar extrahepática por strongyloides stercolaris: presentación de un caso y revisión de la literatura**

Andrés Isaza, Juan Carlos Arenas, Claudia Patricia Méndez
Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario; Méderi Hospital Universitario Mayor
Bogotá, D.C., Colombia
andres.isaza@urosario.edu.co; arenasr.juan@ur.edu.co

Introducción. El *Strongyloides Stercolaris* es un nematodo intestinal que produce infección crónica de la mucosa intestinal y duodenal. Ocasionalmente se manifiesta como síndrome pilórico por reacción inflamatoria de la mucosa, o como obstrucción intestinal por linfadenopatía mesentérica. Su presentación como síndrome obstructivo de la vía biliar extrahepática es exótica.

Objetivo. Presentar un caso de obstrucción biliar extrahepática secundario a parasitismo crónico por *Strongyloides Stercolaris*, de difícil diagnóstico, en un paciente inmunocompetente.

Material y método: Presentación del caso clínico y revisión de la literatura.

Resultados. Paciente de 46 años consulta en repetidas ocasiones al servicio de consulta externa por síntomas digestivos altos inespecíficos, sin conclusión diagnóstica. Desarrolla ictericia ondulante que no se documenta en la química sanguínea y refiere pérdida de 20 kg de peso. Los estudios imagenológicos demostraron dilatación de la vía biliar con disminución abrupta del calibre y terminación en punta del colédoco distal. Una TAC demostró engrosamiento de la tercera y cuarta porción duodenal y adenopatías mesentéricas. La esofagogastroduodenoscopia con biopsia de la mucosa duodenal mostró infiltrado inflamatorio crónico con abundantes eosinófilos, edema, erosión y áreas de hemorragia con presencia de abundantes larvas en diferentes estadios de maduración dentro de las criptas duodenales. El paciente recibió tratamiento con Ivermectina y mejoró su sintomatología. Solo encontramos dos casos similares en la literatura.

Conclusión. Aun en países tropicales se subdiagnostican las enfermedades parasitarias y casos como este exigen alto índice de sospecha. Se llama la atención sobre esta posibilidad en el diagnóstico diferencial de la ictericia obstructiva.

02-027**Colecistitis eosinofílica: más allá de la colecistectomía**

Juan Carlos Arenas, Óscar Geovanny Hernández, Andrés Isaza, Claudia Patricia Méndez
Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario; Hospital Universitario Mayor
Bogotá, D.C., Colombia
arenasr.juan@ur.edu.co; oscarghernan@hotmail.com

Introducción. La colecistitis eosinofílica es una entidad rara que habitualmente se presenta como una colecistitis acalculosa, pero puede asociarse a litiasis biliar. Se relaciona con otros estados hipereosinofílicos como la colangitis eosinofílica, el síndrome hipereosinofílico idiopático, la hepatitis granulomatosa eosinofílica y

patologías más graves que cursan con disfunción orgánica múltiple. El diagnóstico es hecho por el patólogo, y el Gold Estándar del manejo es la colecistectomía por laparoscopia.

Objetivo. Reconocer y llamar la atención sobre esta patología; revisar su fisiopatología y la asociación con otras entidades que pueden implicar graves complicaciones para la salud de los pacientes.

Material y método. Reporte de un caso clínico y revisión de la literatura.

Resultados. Paciente de 41 años de edad, quien ingresa remitida por cólico biliar. Perfil hepático sin alteraciones, cuadro hemático con leucocitosis leve y ecografía que muestra hallazgos compatibles con colecistitis aguda. Llevada a colecistectomía laparoscópica en donde se evidencia cálculo de 3 cm de diámetro en la vesícula y paredes engrosadas de la misma. Egresó 24 horas después y en su cita control se documenta la infiltración eosinofílica en la pared vesicular. Se le pregunta por patologías previas, alergias y/o consumo crónico de medicamentos sin encontrarse; sin embargo, llama la atención la ingesta diaria de té a base hierbas (HERBALIFE) desde hace aproximadamente 2 años.

Conclusión. La colecistitis eosinofílica es una entidad que condiciona un estudio a fondo del paciente con el fin de descartar estados hipereosinofílicos asociados y así disminuir el riesgo de complicación por infiltración de órganos vitales.

02-030**Íleo biliar sin fístula, presentación de un caso clínico**

Lukas Marcelo Ríos, Lina Andrea Bermeo, Judith Andrea Villamil
Universidad Militar Nueva Granada; Hospital Universitario Clínica San Rafael
Bogotá, D.C., Colombia
lukasrios@hotmail.com

Introducción. El íleo biliar con fístula representa del 1 al 3% de obstrucción intestinal en la población general; es una patología poco frecuente, y exótica cuando no se evidencia fístula asociada. Su presentación clínica y diagnóstica es un desafío que enfrenta al cirujano a una serie de posibilidades terapéuticas.

Objetivo. Presentar y reportar un caso clínico de íleo biliar sin fístula, posibilidades diagnósticas y terapéuticas.

Material y método. Se presenta una paciente de sexo femenino en su séptima década de la vida, sin antecedentes quirúrgicos y que asiste por tres días de melenas y obstrucción intestinal de dos días de evolución, sin signos de irritación peritoneal; radiografía de abdomen evidenciando dos imágenes calcícas en hemiabdomen derecho.

Resultados. Paciente llevada a laparotomía con documentación de obstrucción a nivel del íleon terminal por un cálculo biliar de pigmento negro de aproximadamente 3 centímetros de diámetro, sin ningún tipo de evidencia de fístula biliar. Realización de resección intestinal, anastomosis latero lateral y colecistectomía con excelente evolución.

Conclusión. El primer caso registrado de íleo biliar y fístula colecistoentérica se atribuye al Dr. Erasmus Bartholin en 1654, en estudios post mortem. En 1890, el Dr. Ludwig Courvoisier publicó el primer artículo, citando 125 casos de íleo biliar e indicando para que ello

ocurra, la presencia de una fístula colecistoentérica. Es importante tener presente la posibilidad de íleo biliar sin fístula, con el fin de realizar un adecuado diagnóstico y enfoque terapéutico.

02-056

Sarcoma sinovial hepático primario

Germán Gómez, Alejandro Moscoso, Alberto Ricaurte, Diego Téllez, Daniel Upegui, Camila De Ureña, Felipe Vargas
Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario; Hospital Universitario Mayor Méderi
Bogotá, D.C., Colombia
moscoso.luis@ur.edu.co

Introducción. Los sarcomas sinoviales son más frecuentes en las extremidades inferiores. Se ha descrito múltiples localizaciones como en cabeza y cuello, tórax y abdomen. Los sarcomas primarios hepáticos son el 0,4% de los tumores primarios del hígado.

Objetivo. Presentar caso clínico diagnosticado y manejado en el hospital universitario mayor, consistente en sarcoma sinovial primario hepático.

Material y método. Paciente de sexo masculino de 21 años, consultó por epigastralgia de tres días de evolución. Examen físico con masa en epigastrio dolorosa a la palpación. Ecografía de abdomen; hígado aumentado de tamaño predominio del lóbulo izquierdo con masa sólida ecogénica, en segmentos hepáticos II y III, de 97 x 79 x 87 mm.

TC abdominal; lesión de 13 cm lóbulo izquierdo, contornos bien definidos, heterogénea, componente hiperdenso, sin realce, compatible con hematoma. RM abdomen; masa sólida de 14 cm del lóbulo hepático izquierdo, contornos bien definidos con realce heterogéneo, sugiere hemangioma gigante con componente hemorrágico. Marcadores tumorales negativos. Se realiza hepatectomía izquierda encontrando masa en lóbulo izquierdo hepático de 8 cm de diámetro, ecografía intraoperatoria sin lesiones focales.

Resultados. La patología mostró tumor maligno de célula pequeña e intermedia de alto grado, con patrón hemangiopericítico focal y marcación inmunohistoquímica que plantea carcinoma o neoplasia vascular maligna epiteliode. Los marcadores de inmunohistoquímica adicionales acercan al diagnóstico de sarcoma sinovial indiferenciado.

Conclusión. Reportar un caso de una patología infrecuente en la literatura mundial. El diagnóstico definitivo del sarcoma sinovial hepático se realiza con técnica de FISH para la translocación t(X;18) (p11.2;q11.2) de difícil consecución en nuestro medio.

02-062

Adenoma hepático gigante, hepatectomía con técnica ALPPS

William Sánchez, Javier Mozo, Gustavo Aguirre, Julián Camargo
Hospital Militar Central
Bogotá, D.C., Colombia
sanchez.william@cable.net.co

Introducción. El adenoma hepático es un tumor benigno raro y poco frecuente que por lo general se presenta en mujeres jóvenes. La resección hepática mayor en estos casos es excepcional y si el remanente hepático es menor se puede desencadenar la mortalidad

por insuficiencia hepática, para evitar esta complicación se han descrito diferentes técnicas para garantizar la suficiencia funcional del remanente hepático (embolización portal previa y ALPPS).

Objetivo. Se describe el caso de una paciente con un adenoma hepático gigante a quien se le efectuó una hepatectomía derecha ampliada utilizando la técnica ALPPS (hepatectomía diferida en dos tiempos con previa ligadura de la porta y disección parenquimatosa).

Caso clínico. Paciente de sexo femenino de 49 años de edad, sin antecedentes de importancia para la enfermedad actual quien desde hace 8 años refiere la presencia de una masa progresiva en epigastrio e hipocondrio derecho con dolor permanente sin ictericia y con pérdida marcada de peso (15 kg) en los últimos seis meses por ingesta exclusiva de líquidos por no tolerancia secundaria a la compresión gástrica. Previamente tenía dos biopsias percutáneas hepáticas negativas para malignidad, ACE y Alfafetoproteína (-). TAC abdominal con extensa lesión hepática mixta de 40 x 40 cm aproximadamente que afectaba los segmentos I al VIII respetando solamente el II-III. Por la prominencia de la masa, lo difícil de acceso quirúrgico y el escaso remanente funcional hepático se realizó una hepatectomía en dos tiempos utilizando la técnica ALPPS (transección del parénquima hepático y ligadura de la hemiporta comprometida y en un segundo tiempo operatorio (6 días después) extirpación completa de la masa favoreciendo la hipertrofia compensatoria del hígado residual. No se presentaron complicaciones salvo la necesidad de transfusión masiva de sangre y la evolución posoperatoria fue satisfactoria sin disfunción hepática.

Discusión. El adenoma hepático es un tumor muy raro con una incidencia de 1 x 1 millón de habitantes, Medline en sus registros solo tiene 20 publicaciones de casos de adenomas hepáticos gigantes y adicionamos este reporte a la literatura. Por lo general se presenta en mujeres y está relacionado con la ingesta de anticonceptivos y esteroides anabólicos y en menor proporción con el uso crónico de Fenobarbital, Epamin y enfermedades como la hemocromatosis y depósitos de glucógeno. Se considera como gigante una lesión superior a 10 cm e incluso hay algunos reportes de ruptura espontánea, sangrado y transformación maligna. El pilar del diagnóstico histológico es la conservación celular del hepatocito normal; sin embargo, la diferenciación entre un adenoma y un carcinoma hepatocelular de alto grado puede ser difícil e incluso imposible, diferenciándolos solamente el curso clínico de la enfermedad. La técnica ALPPS es una herramienta quirúrgica excepcional pero muy valiosa para evitar la disfunción del remanente hepático escaso y se utiliza en casos muy específicos con indicación de una cirugía mayor buscando la hipertrofia compensatoria del remanente hepático garantizando la funcionalidad. Estudios previos de volumetría hepática reportan un aumento cercano al 80% del hígado residual en un tiempo promedio de 6 días posteriores al primer tiempo operatorio sin reportar disfunción hepática como es nuestro caso descrito.

02-067

Caso fatal de absceso pancreático drenado espontáneamente a tejidos blandos de espalda

Luis Carlos Domínguez, Catalina Sánchez, Fabio Pinzón
Hospital Universitario San Ignacio; Pontificia Universidad Javeriana
Bogotá, D.C., Colombia
cata_sanchez27@hotmail.com

Introducción. La pancreatitis aguda severa es una patología frecuente en nuestro medio, entre sus complicaciones infecciosas se encuentran la necrosis pancreática, y la formación de colecciones líquidas intra y peripancreáticas con alto potencial infeccioso. La mayoría de estas se resuelven espontáneamente; sin embargo, algunas requieren drenaje percutáneo o intervención quirúrgica. Se ha descrito drenaje a retroperitoneo y mediastino, sin embargo, hay muy pocos reportes de infección necrotizante a tejidos blandos y drenaje espontáneo.

Objetivo. Presentamos el caso clínico de un paciente con una colección pancreática líquida sobreinfectada que drenó a tejidos blandos del dorso de forma espontánea causando fascitis necrotizante y shock séptico severo con el objetivo de reportar esta complicación poco frecuente e ilustrar el manejo dado.

Material y método. Revisión de la historia clínica.

Resultados. Paciente con antecedente de pancreatitis aguda severa de origen biliar (tres meses previos) quien ingresó al servicio de urgencias por aparición de masa eritematosa dolorosa y con zona necrótica en el centro con secreción de material purulento asociado a signos de respuesta inflamatoria sistémica, en la tomografía axial computarizada con una colección líquida en la cola pancreática comunicada con otra colección en músculos dorsales. Fue llevado a laparotomía exploratoria identificando colección en páncreas de 200 cc asociada a necrosis del cuerpo y cola del páncreas comunicada con colección en dorso de 500 cc y fascitis necrotizante realizando necrosectomía, drenaje, desbridamiento y colocación de VAC en tejidos blandos dorsales. Posterior a esto el paciente presentó shock séptico, falla multiorgánica y falleció a las 18 horas del ingreso a urgencias.

Conclusión: La pancreatitis aguda severa tiene complicaciones con un gran potencial infeccioso y puede presentarse clínicamente de forma variada, en este caso con una infección necrotizante de tejidos blandos dorsales que llevó al paciente a un desenlace fatal.

02-085

ALPPS - Cirugía de resección hepática en dos tiempos, experiencia de 3 casos en foothills medical centre, Calgary, Canadá

Juan Carlos Sabogal, Elijah Dixon, Chad Ball, Oliver Bathe, Sutherland Francis
Foothills Medical Centre. University of Calgary
Calgary, Alberta, T2N 2T9, Canadá
juancarlos.sabogalolarte@gmail.com

Introducción. ALPPS (asociando partición de hígado y ligadura vena porta) un procedimiento quirúrgico que se ha venido realizando en los últimos años en grandes resecciones hepáticas para incrementar el tamaño del futuro hígado remanente y disminuir riesgo de falla hepática luego de la pobre respuesta a la embolización de la vena porta. La cirugía consiste en dos tiempos quirúrgicos.

Objetivo. Analizar la experiencia de 3 casos de cirugía ALPPS en nuestra institución y plantear este procedimiento como alternativa en casos muy seleccionados.

Material y método. Se analizan retrospectivamente 3 casos ALLPS realizados entre 2012-2013 en el último año el servicio de cirugía HPB de Foothills Medical Centre en Calgary.

Resultados. Caso 1: Paciente de sexo masculino de 73 años de edad. Diagnóstico: Metástasis hepáticas (cáncer colorrectal). Abril 2012 Hepatectomía lateral izquierda laparoscópica. Embolización vena porta con pobre respuesta. Agosto 2012: ALPPS hígado derecho. Septiembre 2012: Resección del lóbulo derecho hepático. Fallece a los dos meses.

Caso 2: Mr. Paciente de sexo masculino de 64 años de edad. Metástasis lóbulo derecho hepático (cáncer colorrectal). En noviembre 28 se le realizó la primera fase de ALLPS. Diciembre 3 segunda parte. Complicaciones: Fístula pancreática. Infección de la herida quirúrgica. Hernia incisional.

Caso 3: Mr. Paciente de sexo femenino de 58 años de edad. HCC lóbulo derecho. Embolización pobre respuesta. ALPPS primera parte lóbulo derecho. 10 días después ALPPS segunda parte. 1 mes después casa. Complicaciones: Pobre movilidad, íleo.

Conclusión. La cirugía ALPPS induce el crecimiento rápido del hígado. Este procedimiento permite la resección hepática en pacientes previamente irresecables o considerados paliativos. Este procedimiento debe ser tenido en cuenta dentro del proceso de planeación quirúrgica.

02-093

Páncreas ectópico: hallazgo en cirugía bariátrica

José Gonzalo Moros, Andrés Felipe Salazar, Óscar Rubio, Juliana Bejarano, Laura Abelló
Hospital Universitario San Ignacio
Bogotá, D.C., Colombia
afsalar@husi.org.co

Introducción. El páncreas ectópico es una entidad reconocida con una incidencia de aproximadamente 0,2% en las revisiones de autopsias. Su hallazgo durante procedimientos quirúrgicos aunque inusual no debe estar ajeno al conocimiento del cirujano, muchas veces se confunde con otras patologías como los tumores estromales gastrointestinales.

Objetivo. Reconocer los páncreas ectópicos como uno de los hallazgos incidentales que podemos encontrar en cirugías gastrointestinales. Revisar la literatura al respecto de este tema para dotar de herramientas de conocimiento en la toma de decisiones del cirujano.

Material y método. Revisión de un caso clínico de la Clínica de Obesidad del Hospital Universitario San Ignacio y realización de un análisis de la literatura al respecto.

Resultados. Se presenta un caso de páncreas ectópico encontrado como una masa incidentalmente hallada durante un procedimiento de bypass gástrico. En la revisión de la literatura se encuentra que dicha entidad puede ser hallada en una tasa de 1:400 a 1:500 procedimientos de cirugía gastrointestinal.

Conclusión. Es importante conocer la existencia del páncreas ectópico como uno de los hallazgos que pueden ser encontrados como una lesión incidental que requiere manejo en procedimientos de cirugía gastrointestinal, principalmente en procedimientos complejos como el bypass gástrico.

GASTROINTESTINAL

02-006

Fístulas enterocutáneas y el uso de estent una alternativa terapéutica: reporte de caso

Jhon Freddy Vallejo, Jessica Correa, Edgar Darío Alzate, Manuela Mera, Martha Agrado
Universidad del Valle, Hospital Universitario del Valle
Cali, Colombia
jcm1603@hotmail.com

Introducción. Las fístulas enterocutáneas requieren un manejo multidisciplinario y consumen una vasta cantidad de recursos. Se presenta un caso, resuelto con un estent, después de múltiples intervenciones medicquirúrgicas fallidas.

Objetivo. Describir el caso de paciente con una fístula enterocutánea de alto gasto y difícil manejo resuelto con un *estent* intrarrectal.

Descripción del caso. Paciente de sexo masculino 32 años a quien se le realizó colectomía total con ligadura de íleon distal y del recto en el Hospital Universitario del Valle por isquemia mesentérica, con reconstrucción 3 días después con ileostomía y cierre rectal tipo Hartman.

Se practicó cierre de ileostomía, con anastomosis término-lateral íleo-rectal manual, siete meses después. Presentó sepsis y salida de materia fecal por herida quirúrgica en el cuarto día posoperatorio. Reoperado en dos ocasiones, con resultado fallido. Se manejó con nutrición parenteral total, octreótide, cuidados de la piel y realimentación progresiva. Fue dado de alta con drenaje moderado, recibiendo alimentación oral.

Cuatro meses después fue hospitalizado por diarrea inmanejable y pérdida de 13 kg. Se administró nutricional parenteral por dos meses. Se efectuó resección del segmento comprometido y anastomosis término-terminal.

La fístula reapareció y persistió después de dos cirugías adicionales.

Se administró nutrición parenteral y se insertó un *estent* metálico autoexpandible por vía rectal, con cierre de la fístula seis semanas después. Se alimenta por vía oral, tiene tres deposiciones diarias, ha ganado peso y su estado funcional es normal.

Comentario. El uso de *estent* permitió el cierre de una fístula refractaria a otros manejos.

02-007

Adenocarcinoma de intestino delgado ¿Raramente considerado, frecuentemente olvidado?

Javier Acuña Barrios, Jaime Bonfante, Rubén Carrasquilla
Clínica Gestión Salud
Cartagena de Indias, Colombia
javiacu@yahoo.com

Introducción. El intestino delgado representa el 75% de la longitud total del tracto gastrointestinal. Sin embargo, el cáncer de intestino delgado es muy infrecuente, correspondiendo a solo un 1-3% del cáncer gastrointestinal.

Objetivo. Realizar una revisión bibliografía y presentar un caso de adenocarcinoma de intestino delgado operado por vía laparoscópica.

Material y método. Se realizó una recopilación y análisis de las publicaciones más recientes de cáncer de intestino delgado y su tratamiento.

Resultados. Presentamos el caso de un paciente de sexo masculino de 52 años de edad quien presentaba cuadro clínico de 3 meses de evolución de intolerancia a la vía oral y pérdida de peso (7 kilos). Se le practicaron endoscopias que solo revelaron abundantes residuos gástricos. La tomografía reveló gran dilatación gastroduodenal hasta ángulo de Treitz, no evidenciando tumor. Se decidió practicar laparoscopia diagnóstica constatando tumor yeyunal, el cual fue resecado por vía laparoscópica. La patología reportó adenocarcinoma de intestino delgado con ganglios positivos. La evolución posoperatoria inmediata fue satisfactoria y sin complicaciones.

Conclusión. La resección de tumores de intestino delgado por vía laparoscópica presenta resultados sin comprometer los resultados oncológicos.

02-011

Rehabilitación intestinal con menos de 40 cm de yeyuno-íleon residual

Carlos Ernesto Guzmán, Álvaro Mena, Sergio Iván Hoyos, Juan Carlos Restrepo, Juan Ignacio Marín, Octavio Germán Muñoz, Óscar Mauricio Santos, Sandra Milena Alzate, Carolina Echeverri, Fabián Juliao, Mario Hernán Ruiz, Julio Eduardo Zuleta, Andrés Germán Goldstein
Hospital Pablo Tobón Uribe
Medellín, Colombia
cguzman@hptu.org.co

Introducción. Desde 1950 el manejo del síndrome de intestino corto ha tenido un desarrollo progresivo en el mundo, favorecido por los avances en la nutrición parenteral total y enteral.

Objetivo. Reportar la evolución de nuestros primeros dos pacientes, con menos de 40 cm de yeyuno-íleon residual, en lograr un completo proceso de adaptación intestinal, que permitió el desmonte total de la nutrición parenteral total.

Material y método. Es un estudio descriptivo de la evolución de una paciente de 21 años, quien el 12 de noviembre de 2007 quedó solamente con 37 cm de yeyuno-íleon, y de un paciente de 47 años quien el 7 de febrero de 2012 quedó solamente con 40 cm de yeyuno-íleon; ambos con todo el colon y todo secundario a trombosis mesentérica masiva.

Resultados. Ambos pacientes fueron manejados inicialmente con nutrición parenteral total y dieta astringente, con reducción progresiva del aporte calórico parenteral hasta lograr un desmonte de ella cuando llegaba al 50%, continuando solamente con suplementos enterales. La primera paciente requirió 3 meses de nutrición parenteral total y el segundo 4 meses, permaneciendo ambos, hasta la fecha, con una completa autonomía nutricional y un retorno completo a sus actividades sociales y laborales.

Conclusión. El permanecer estos pacientes con un índice de masa corporal adecuado a pesar de haber quedado con menos de 40 cm de yeyuno-íleon, nos estimula para compartir con los demás cirujanos

colombianos que las resecciones intestinales masivas por trombo-sis mesentérica ya tienen posibilidad de manejo conservador, con resultados cada vez más satisfactorios.

02-013

Paraganglioma retroperitoneal no funcional

Manuel Mosquera, Sebastián Gómez, Akram Kadamani, Gabriel Sánchez

Fundación Cardio Infantil; Universidad de la Sabana
Bogotá, D.C., Colombia
sebastiangomezgalan@gmail.com

Introducción. Los paragangliomas son tumores originados de las células del sistema neuroendocrino, por lo general benignos y únicos. Tienen una incidencia entre el 0.2 y 0.5 casos por 100.000 habitantes/año.

Tradicionalmente se dividen: Paragangliomas cromafines asociados al sistema nervioso simpático generalmente funcionales y Paragangliomas no cromafines sin función endocrina, relacionados con el sistema nervioso parasimpático.

Los estudios imaginológicos y la medición de la producción de catecolaminas no fisiológica, ayudan al diagnóstico de la patología, siendo la cirugía el tratamiento de elección.

Objetivo. Presentar a la comunidad académica el manejo del paciente con esta patología inusual, y comentar con base en una revisión sistemática de la literatura el enfoque actual del paraganglioma abdominal.

Material y método. Conocimiento y manejo preliminar del caso como tratantes, evaluación de la historia clínica y búsqueda en bases de datos utilizando palabras clave correlacionadas a casos similares, descripción del reporte de caso y revisión de la literatura.

Resultados. Paciente que cursa con dolor inespecífico en hipocondrio derecho, mediante estudios imaginológicos se sospecha la presencia de un neuroblastoma, por similitud con otras patologías no fue posible diferenciarlo de paragangliomas. Se toma la decisión de llevarlo a cirugía, evidenciando en patología áreas extensas hemorrágicas, compatibles con paraganglioma extrarenal no funcional, siendo un tumor poco frecuente, de localización diversa y de tratamiento quirúrgico complejo.

Conclusión. Se trata de una patología rara, dada la localización del tumor así como la ausencia de marcadores bioquímicos y síntomas, la cual fue manejada de acuerdo al estándar reportado en la literatura.

02-016

Neumatosis coli con neumoperitoneo, neumotórax y neumoporta asociados: reporte de caso y revisión de la literatura

Alejandro Carvajal, Jaime Mauricio Valencia, Sebastián Tabares, Ana María Carvajal, Fernando Coutin

Universidad Pontificia Bolivariana
Medellín, Colombia
alejocarvajal@gmail.com ; sebastabares@hotmail.com

Introducción. La *neumatosis coli* es una condición de aparición poco frecuente, caracterizada por la presencia de lesiones quísticas en la pared intestinal. Su mecanismo fisiopatológico es desconocido. El abordaje diagnóstico y terapéutico son materia de debate.

Objetivo. Describir las características clínicas y paraclínicas de un paciente con diagnóstico de *neumatosis coli* y realizar una revisión de la literatura sobre esta entidad.

Materiales y métodos. Se extrajeron datos de la historia clínica del paciente previo consentimiento informado. Se analizaron las imágenes diagnósticas realizadas. Se hizo descripción de las variables clínicas y paraclínicas del paciente y la comparación de las variables paraclínicas en los días de estancia hospitalaria.

Resultados. Se encontró una paciente de sexo femenino de 28 años de edad que se presentó al servicio de urgencias por un cuadro de 24 horas de evolución de tos, dolor en hemitórax derecho y disnea. En el examen físico se encuentra paciente con alteraciones de los signos vitales (polipneica) como único hallazgo relevante. Exámenes paraclínicos normales. Imágenes diagnósticas que muestran lesiones quísticas del colon transverso y del ángulo esplénico, neumoporta, neumoperitoneo y neumotórax. Paciente que fue manejada de forma expectante los primeros 4 días con seguimiento clínico y paraclínico intrahospitalario y luego de forma ambulatoria con mejoría completa de los síntomas, el neumoperitoneo y el neumotórax.

Conclusiones. La *neumatosis coli* es una entidad con manifestaciones clínicas variables (asociación en este caso a neumoperitoneo y neumotórax), poco reportada en la literatura mundial, con comportamiento benigno y respuesta adecuada al manejo expectante.

02-017

Tuberculosis gástrica, colónica y anal simulando otras patologías, serie de casos y revisión de tema

Alejandro Carvajal, Jerónimo Toro, Ana María Carvajal, Amalia Londoño, Fernando Coutin

Universidad Pontificia Bolivariana
Medellín, Colombia
alejocarvajal@gmail.com ; jerotoro1@hotmail.com

Introducción. La tuberculosis (TB) gástrica, colónica y anal son entidades raras, que en ocasiones pueden simular otras patologías dado su comportamiento clínico similar. Suelen asociarse con diagnósticos tardíos debido a sus características clínicas y forma de presentación atípica en este tipo de órganos.

Objetivo. Describir las características clínicas, endoscópicas e imagenológicas de pacientes con tuberculosis gástrica y colónica simulando otras patologías y realizar una revisión de la literatura sobre esta entidad.

Materiales y métodos. Se extrajeron los datos de la historia clínica de varios pacientes previo consentimiento informado. Se analizaron los datos clínicos e imágenes diagnósticas realizadas. Se realizó descripción de los hallazgos y el enfoque inicial del caso, para terminar con una revisión del tema.

Resultados. Se realizó la descripción de seis casos de pacientes con tuberculosis que simulaban inicialmente otras patologías; uno con

TB gástrica, dos con TB colónica, dos con TB anal y uno con TB coloanal, se describieron las características clínicas y endoscópicas y la similitud con otras patologías lo cual generó algunas dificultades y retrasó el diagnóstico y manejo de las mismas.

Conclusiones. La tuberculosis gástrica, colónica y anal son entidades con manifestaciones clínicas variables e inespecíficas, que pueden confundirse con otras patologías dada su similitud clínica y poca frecuencia de presentación. Existe muy poca literatura y la mayoría se limita a reportes de casos aislados, con comportamiento benigno y respuesta adecuada al manejo médico con fármacos antituberculosos.

02-019

Vólvulo gástrico, manejo laparoscopia

Roberto Quintero, Rafael McCausland, Jesús Valle, Álvaro Rojas, Ricardo Daguer, Roberto Quintero

Clínica Asunción
Barranquilla, Colombia
robertoquinterop@hotmail.com

Introducción. Los vólvulos gástricos son una patología poco frecuente, puede obedecer a factores idiopáticos o adquiridos, el 70% presenta defectos diafragmáticos.

Clínicamente pueden ser agudos como urgencia vital quirúrgica o crónicas como este caso que amerita resolución quirúrgica.

Objetivo. Mostrar el manejo laparoscópico de un vólvulo gástrico crónico asociado a hernia hiatal compleja grado III para esofágica más esófago corto.

Material y método. Se trata de un paciente de sexo masculino de más de 55 años, con cuadro crónico, náuseas, vómitos, disfagia severa, síntomas respiratorios “ahogo” y sensación de atoramiento.

Gastroenterología, no pudo endoscópica pasar a cuerpo y antro gástrico

Serie digestiva, imagen aspecto vólvulo gástrico en cascada

Se decide llevar a cirugía electiva

Resultados. Se realiza abordaje laparoscópico, encontrándose un vólvulo gástrico órgano-axial asociado a gran hernia gigante mixta (III) con esófago corto fijo, amerita reducción del vólvulo gástrico, alargamiento o tubulización esófago gástrico (gastroplastia de Collins), con sutura mecánica, colocación de malla para cierre del defecto más gastropexia. (Véase vídeo).

Con evolución satisfactoria, mejoría clínica digestiva y función cardiopulmonar.

Conclusión. La vía laparoscópica es una alternativa ideal para esta patología compleja comparada con la cirugía abierta y técnicamente permite decisiones intraoperatorias de acuerdo a los hallazgos y formación del cirujano en forma segura, eficaz y con baja morbilidad.

02-020

Cierre laparoscópico de ileostomía terminal en abdomen abierto

Jhon Freddy Vallejo, Diego Humberto Márquez
Universidad del Valle

Cali, Colombia
diegothmarquezb@gmail.com

Introducción. El cierre de ileostomía terminal en un paciente con abdomen abierto usualmente requiere laparotomía debido a la presencia de múltiples adherencias, pudiendo requerir cirugías adicionales de reconstrucción de la pared abdominal.

Objetivo. Por medio de este caso clínico mostramos las ventajas del cierre laparoscópico de una ileostomía terminal en un paciente con abdomen abierto.

Material y método. Reporte de caso: paciente de sexo masculino de 80 años de edad a quien se le realizó de urgencia colecistectomía abierta más hemicolectomía derecha y anastomosis ileo-transverso por fistula bilioentérica al ángulo hepático del colon. En su evolución posoperatoria se documentó dehiscencia de la anastomosis intestinal y peritonitis generalizada requiriendo manejo con abdomen abierto e ileostomía terminal en fosa ilíaca derecha. Fue sometido a dos cirugías fallidas de reconstrucción del tránsito intestinal. El manejo nutricional e hidroelectrolítico del paciente fue difícil por tener alta producción por la ileostomía. Finalmente es reprogramado el cierre de la ileostomía realizándose por vía laparoscópica con una técnica innovadora: liberación de la ileostomía, creación del neumoperitoneo, paso de trócares bajo visión directa; liberación de adherencias respetando el tejido de granulación del abdomen abierto, identificación del colon abandonado en el ángulo esplénico y anastomosis extracorpórea.

Resultados. Buena evolución, no compromiso del tejido de granulación del abdomen abierto y dado de alta al tercer día posoperatorio.

Conclusión. El abordaje laparoscópico en pacientes con abdomen abierto permite la reconstitución del tránsito intestinal conservando el tejido de granulación que protege las asas intestinales y evitando daño adicional a la pared abdominal.

02-025

Reconstrucción esofágica con colgajo libre de yeyuno, reporte de caso

Horacio Garzón, Andrés Salazar, Andrey Moreno
Hospital Universitario San Ignacio
Bogotá, D.C., Colombia
Horacio.garzon@hotmail.com

Introducción. El colgajo libre de yeyuno es una excelente opción para la reconstrucción de la faringe y esófago proximal, con altas tasas de éxito.

Realizamos un reporte de caso de una paciente de 22 años, víctima de atentado terrorista con arma de fragmentación; presenta lesión de arteria carótida interna derecha y ruptura esofágica proximal, se realiza ligadura de arteria carótida interna, cirugía de control de daños, cierre de esófago distal y faringostomía. Posteriormente se realiza faringostomía, esofagostomía y gastrostomía, completa esquema de nutrición prequirúrgica y es llevada a reconstrucción esofágica con colgajo libre de yeyuno.

Objetivo. Exponer un reporte de caso en el que se llevó a cabo de forma exitosa una de las diferentes técnicas en la reconstrucción de esófago proximal.

Material y métodos. Reporte de caso de una paciente de 22 años quien sufre de herida por arma de fragmentación, se le realizó reconstrucción de esófago proximal con colgajo libre de yeyuno. Terapia de rehabilitación multidisciplinaria.

Resultados. Reconstrucción exitosa de esófago proximal con colgajo libre de yeyuno. Actualmente la paciente tolera la dieta líquida, sin fístula de la anastomosis esofagoyeyunal, esofagograma sin fugas. Actualmente se le realizan controles mensuales y con terapia deglutoria por fonología.

Conclusión. Se expone una de las técnicas para la reconstrucción de la faringe y esófago proximal, la cual en los últimos quince años se ha convertido en una de las de mayor tasa de éxito; este depende del seguimiento posoperatorio en los cinco primeros días, periodo en el cual se presenta la mayoría de las complicaciones, así como una completa rehabilitación a largo plazo en la que la integración multidisciplinaria es fundamental.

02-033

Manejo conservador de la perforación esofágica

Patricia Olarte, Arnold Barrios, Rosario Albis
Fundación Universitaria Sanitas; Clínica Reina Sofía
Bogotá, D.C., Colombia
patriciaolarte26@hotmail.com

Introducción. La perforación esofágica es la más grave de todas las perforaciones del tubo digestivo. Según distintas series esta presenta una mortalidad que va entre 9 a 41%.

La elección del tratamiento depende de la causa y la ubicación de la lesión, el tiempo de diagnóstico, la enfermedad esofágica subyacente, y el intervalo entre la lesión y el inicio del tratamiento. El predictor más importante de la supervivencia es el intervalo entre la lesión y el inicio del tratamiento.

El manejo no quirúrgico de la perforación esofágica es apropiada en pacientes bien seleccionados, con perforaciones contenidas y con mínima contaminación mediastínica y/o pleural. Está basado en mantener al paciente con régimen de antibioterapia de amplio espectro, aporte nutricional y drenaje mediastínico y/o pleural en caso necesario. El uso de sonda nasogástrica es cuestionable.

Objetivo: Criterios de selección para manejo conservador en perforación esofágica.

Material y métodos. Se presenta el caso clínico de una paciente de 28 años, con cuadro clínico de 5 días de evolución de dolor tipo ardor en epigastrio, opresión retroesternal y vómito relacionado con la ingesta de comida mexicana (chile) en la ciudad de México Distrito Federal. Al examen físico se encuentra paciente hemodinámicamente estable, sin dificultad respiratoria, sin respuesta inflamatoria sistémica, sin abdomen agudo.

EVDA: Evidencia ulceraciones circunferenciales confluentes extensas y profundas, con imagen en “sacabocado”, se interpreta como esofagitis ulcerada severa de probable origen viral, se ordenaron pruebas de VIH, citomegalovirus, Epstein Barr, Herpes las cuales fueron negativas.

Ante persistencia de sintomatología se toma TAC tórax que muestra neumomediastino, secundario a perforación esofágica, paciente continúa sin SIRS.

Resultados. Se interpreta cuadro clínico como perforación esofágica cervical y se decide manejo conservador, se inicia esquema antimicrobiano y nutrición parenteral. Esofagograma sin evidencia de fugas del medio de contraste. Evolución clínica satisfactoria. Alta a los 10 días del ingreso.

Conclusión. Los mejores resultados con el manejo conservador se han visto en pacientes con perforaciones instrumentales y en perforaciones esofágicas cervicales, los criterios originales sugeridos por Cameron *et al.* se han modificado para dar un enfoque más riguroso a la perforación esofágica por Altorjay.

Los pacientes en donde se cumplan estos criterios, se recomienda el manejo conservador por Altorjay: 1) Diagnóstico precoz y fístula contenida. 2) Fístula contenida en cuello o mediastino. 3) Drenaje del lumen esofágico. 4) Lesión no producida sobre tejido neoplásico, abdominal o asociado a obstrucción. 5) Disponibilidad de imágenes y cirujano experimentado. 6. Ausencia de síntomas y signos de septicemia.

Si se cumplen estos criterios se describe una sobrevida de hasta un 100% en las mejores series. Otros describen un 20% de fracasos los que deberían ir hacia una resolución quirúrgica dentro de las primeras 24 horas.

02-035

Manejo quirúrgico de la peritonitis esclerosante por diálisis peritoneal

Carlos Ernesto Guzmán, Álvaro Mena, Sergio Iván Hoyos,
Juan Carlos Restrepo, Juan Ignacio Marín, Octavio Germán
Muñoz, Oscar Mauricio Santos, Sandra Milena Alzate, Carolina
Echeverri, Fabián Juliao Baños, Mario Hernán Ruiz, Julio
Eduardo Zuleta, Andrés Germán Goldstein
Hospital Pablo Tobón Uribe
Medellín, Colombia
cguzman@hptu.org.co

Introducción. Desde 1950 el manejo de la falla intestinal ha tenido un desarrollo progresivo en el mundo, favorecido por los avances en la nutrición parenteral total que han mejorado los resultados quirúrgicos de los abdómenes hostiles.

Objetivo. Reportar la evolución de una paciente que logró recuperar 13 kilogramos de peso con el programa de nutrición parenteral total ciclada de nuestro hospital para poder ser llevada en forma exitosa a cirugía.

Material y método. Es un estudio descriptivo de la evolución de esta paciente, quien fue remitida por falla intestinal secundaria a peritonitis esclerosante por diálisis peritoneal antes de ser trasplantada de riñón.

Resultados. El paciente ingresó en octubre de 2011 con un índice de masa corporal de 17,8 (44 kg); se inició manejo con nutrición parenteral total hasta lograr un índice de masa corporal de 23 (57 kg); se llevó a cirugía en marzo de 2012, realizando una liberación completa del peritoneo visceral engrosado. Se logró una tolerancia progresiva a la vía oral que permitió el desmonte completo de la nutrición parenteral al mes, continuando solamente con suplementos enterales, permaneciendo hasta la fecha con un índice de masa corporal adecuado.

Conclusión. El llevar a esta paciente a un índice de masa corporal adecuado, poderla llevar a una cirugía intestinal compleja en forma segura y mantener su estado nutricional durante más de un año, nos estimula para compartir con los demás cirujanos colombianos esta modalidad terapéutica para el manejo de la peritonitis esclerosante por diálisis peritoneal.

02-037

Tumor fibroso solitario retroperitoneal

César Augusto Ortiz, José Carlos Posada, Asdrúbal Miranda, Walter Andrés Puello

Universidad de Cartagena; E.S.E. Hospital Universitario del Caribe Cartagena de Indias, Colombia
cortizg2@unicartagena.edu.co

Introducción. El tumor fibroso solitario es una rara neoplasia de los tejidos blandos. Se presentan como una masa sólida, bien definida e hipervascularizada, con origen en cualquier sitio del cuerpo, siendo sus localizaciones más frecuentes el retroperitoneo y miembros inferiores. Los síntomas tienen presentación insidiosa y son generados por el crecimiento del tumor y la compresión de estructuras adyacentes. Inmunohistoquímicamente suele ser positivo para CD34, CD99, Bcl-2, antígeno epitelial de membrana y actina de músculo liso. El tratamiento es la extirpación quirúrgica amplia, siendo opcional la embolización selectiva preoperatoria para disminuir su tamaño y el riesgo de sangrado. El pronóstico es bueno cuando el tratamiento es curativo, y se recomienda su seguimiento a largo plazo por riesgo de recurrencia tardía.

Objetivo. Presentación de un caso clínico y revisión sistemática de la literatura.

Material y método. Paciente de sexo masculino de 45 años, con cuadro de 6 meses de sensación de masa abdominal de crecimiento progresivo y lento, asociado a dolor sordo en hemiabdomen inferior e irradiado a miembro inferior izquierdo. La tomografía abdominal evidencia una masa tumoral abdominopelviana de localización retroperitoneal con densidad heterogénea. La biopsia tru-cut reporta sarcoma fusocelular de bajo grado. Posteriormente se realiza resección de tumor gigante retroperitoneal.

Resultados. El estudio de inmunohistoquímica muestra positividad para CD34, CD99 y Bcl-2 confirmando el diagnóstico de tumor fibroso solitario retroperitoneal.

Conclusión. El tumor fibroso solitario debe considerarse en el diagnóstico diferencial de las neoplasias de los tejidos blandos, hipervascularizados y de origen principalmente en retroperitoneo y miembros inferiores.

02-039

Perforación intestinal por cuerpo extraño

Walter Puello, César Ortiz, Asdrúbal Miranda, José Carlos Posada, Eliana Martínez

Universidad de Cartagena
Cartagena, Colombia
walterpuello@yahoo.com.ar

Introducción. La perforación intestinal por cuerpo extraño se presenta en alrededor de 1% de los casos de ingestión de cuerpo extraño

y es potencialmente mortal. Las ingestiones de objetos procedentes de residuos alimenticios son la causa más común de ingestión de cuerpo extraño. El diagnóstico es difícil y se basa en una exhaustiva anamnesis y examen físico para detectar precozmente la perforación intestinal.

Objetivo. Describir una complicación poco frecuente pero potencialmente mortal y revisar la literatura científica.

Materiales y métodos. Se reporta caso de paciente de sexo femenino de 74 años de edad que consulta por dolor en fosa iliaca izquierda asociado a vómitos y distensión abdominal. Se evidencia durante acto operatorio presencia de cuerpo extraño. Se revisa literatura.

Resultados. Paciente es llevada a cirugía con impresión clínica de perforación intestinal y signos de respuesta inflamatoria sistémica, cirugía se encontró perforación sellada, con formación de absceso en unión rectosigmoidea. Con adecuada evolución posquirúrgica es dada de alta a los 3 días.

Conclusión. Los cuerpos extraños procedentes de la dieta son causantes de un número importante de casos de perforación intestinal. En nuestro medio no es infrecuente la ingesta de espinas de pescado. Las imágenes diagnósticas por lo general no son tan sensibles para observar los cuerpos extraños pero sí los signos de perforación; sin embargo, lo más importante en estos casos es afinar el diagnóstico de perforación intestinal que permitan tomar la decisión de realizar cirugía porque la intervención oportuna es lo que mayor beneficio reporta para el paciente.

02-040

Infarto esplénico masivo relacionado con la altura en anemia falciforme no diagnosticada

César Augusto Ortiz, Rodolfo Barrios, Asdrúbal Miranda, Juan Carlos Martínez, Walter Andrés Puello

Universidad de Cartagena; E.S.E. Hospital Universitario del Caribe Cartagena de Indias, Colombia
cortizg2@unicartagena.edu.co

Introducción. El infarto esplénico es una causa infrecuente de dolor abdominal. Patologías cardiovasculares como endocarditis y fibrilación auricular son las causas más importantes de esta condición. Otras condiciones asociadas son: síndrome antifosfolípido, lupus eritematoso sistémico, crioglobulinemia y las hemoglobinopatías. La anemia de células falciformes es una hemoglobinopatía causada por la presencia de una hemoglobina anormal que puede ocasionar hemólisis y los fenómenos venoclusivos. Estos últimos se manifiestan por episodios de dolor recurrentes (crisis falciforme) que puede afectar a una variedad de órganos, siendo el bazo uno de los más afectados.

Objetivo. Describir la relación entre la exposición a grandes altitudes y el desarrollo de infarto esplénico en pacientes con anemia de células falciformes.

Material y método. Paciente de sexo masculino de 37 años procedente de la ciudad de Bogotá y residente en la ciudad de Cartagena, con cuadro de dolor abdominal de 10 días de evolución de inicio súbito e intensidad severa en hipocondrio izquierdo, asociado a fiebre. La ecografía abdominal evidencia imagen anecoica en el polo inferior del bazo y el hemograma trombocitosis. La tomografía

de abdomen evidencia esplenomegalia con zonas hipodensas en su interior. Se realiza diagnóstico de absceso vs. infarto esplénico. Se realiza esplenectomía con hallazgos de infarto esplénico masivo con colección necrohemorrágica.

Resultados. El estudio anatomopatológico reporta infarto esplénico. La electroforesis de proteínas confirma anemia de células falciformes.

Conclusión. El caso descrito corresponde a un infarto esplénico asociado a enfermedad de células falciformes, condición a tener en cuenta en los cuadros de dolor abdominal agudo.

02-043

Tumor de Frantz, reporte de un caso y revisión de la literatura

Marcos Cardozo, Belisario Solana, Jonatan Liendo
Universidad de Cartagena
Cartagena, Colombia
marcos83@hotmail.com

Introducción. Son tumores infrecuentes con una incidencia <1% de todos los tumores pancreáticos, de etiopatogenia desconocida, afectando principalmente a mujeres entre la segunda y la tercera décadas de la vida, la sintomatología es inespecífica, se caracteriza por dolor abdominal y sensación de masa, el diagnóstico es histopatológico aunque las imágenes pueden orientar al diagnóstico, usualmente son tumores bien delimitados de bajo potencial maligno que raramente hacen metástasis, la localización más frecuente es cuerpo y cola, el manejo es quirúrgico con resección total del tumor con buen pronóstico a largo plazo.

Objetivo. Presentar el caso de un tumor pancreático de baja incidencia el cual se manejó quirúrgicamente con excelente resultado.

Material y método. Paciente de sexo femenino de 33 años con sintomatología de 3 años de evolución consistente en dolor abdominal asociado a masa epigástrica, al examen físico se palpa masa gigante no dolorosa de consistencia dura a nivel de epigastrio, se realiza TAC evidenciándose masa gigante dependiente de cuerpo y cola de páncreas, se lleva a cirugía electiva realizándose laparotomía exploratoria con evidencia de lesión en cola de páncreas de gran tamaño, encapsulada, adherida a bazo por lo que se realiza pancreatectomía distal + esplenectomía con excelente evolución.

Conclusión. Son tumores poco frecuentes con un comportamiento y aspecto histológico de bajo grado de malignidad los cuales se manejan quirúrgicamente con resección completa tumoral preservando la mayor cantidad de tejido sano, los que se localicen en la cola se manejarán con pancreatectomía distal, si la localización es en cabeza se realizara pancreatoduodenectomía en general el manejo quirúrgico es suficiente para alcanzar curación completa.

02-044

Obstrucción intestinal por dispositivo intrauterino migrado (Asa de Lippes)

Jorge Alberto Castilla, Oswaldo Cantillo, Luis Gerardo Villota
Universidad de Cartagena
Cartagena, Colombia
lugevigo@gmail.com

Introducción. Desde su uso hace más de 4 décadas los dispositivos intrauterinos han sido uno de los métodos de contracepción más ampliamente aceptados y mundialmente usados por sus bajas tasas de efectos secundarios, complicaciones y por su bajo costo. Con el advenimiento de nuevas técnicas de imagen y su uso cada vez más frecuente se encuentran este tipo de dispositivos de manera incidental en localizaciones extrauterinas. Aunque los dispositivos intrauterinos migrados pueden localizarse en vísceras adyacentes a los órganos pélvicos femeninos especialmente la vejiga y las asas intestinales, es infrecuente que alcancen la cavidad peritoneal y que produzcan sintomatología asociada.

Objetivo. Describir el hallazgo de un dispositivo intrauterino en una paciente de 60 años de edad con sintomatología de obstrucción intestinal y su extracción por laparoscopia.

Material y método. Se presenta el caso de una paciente de 60 años que consulta por sintomatología abdominal inespecífica y se diagnostica obstrucción intestinal, en los estudios diagnósticos de evaluación se evidencia imagen correspondiente a cuerpo extraño en abdomen y es intervenida quirúrgicamente por laparoscopia realizándose extracción del dispositivo migrado a cavidad peritoneal causante de la sintomatología.

Conclusión. La migración de un dispositivo intrauterino puede tener manifestaciones tardías y raramente se presenta con síntomas gastrointestinales; sin embargo, estas manifestaciones clínicas pueden relacionarse con la ubicación del cuerpo extraño, en el caso presentado la sintomatología obstructiva se resolvió tras la extracción del Asa de Lippes por lo tanto, es posible realizar extracción exitosa del dispositivo intrauterino migrado por medio de técnica laparoscópica.

02-045

Tumor fusiforme de pared abdominal, caso clínico

José Carlos Posada, Alexander Fernández, Alix Milena Portela, Juan J. Acevedo, Brenda Lamadrid
E.S.E Hospital Universitario del Caribe, Cartagena
Bolívar, Colombia
almyportela@hotmail.com

Introducción. Los tumores con predominio de células fusiformes son frecuentes y representan más del 50% de los tumores de partes blandas. Dentro de este grupo de tumores fusiforme hay que distinguir aquellos tumores benignos, malignos e intermedios de bajo potencial de malignidad. A continuación se describe un caso clínico de un paciente con sarcoma de células fusiformes en asociación con carcinoma de piel y cáncer de próstata.

Objetivo. Realizar revisión de literatura científica sobre diagnóstico, tratamiento, seguimiento y pronóstico de tumores fusiformes de bajo grado.

Material y método. Estudio descriptivo, tipo presentación de caso.

Resultados. Paciente de sexo masculino de 87 años, con cuadro clínico de larga evolución consistente en aparición de masa en hipogastrio de crecimiento progresivo, pétreo, adherida a planos profundos. Asociada a dolor abdominal, disnea, disuria, estreñimiento, astenia y adinamia. Antecedentes de carcinoma de piel y cáncer de próstata. TAC abdominal: masa intrabdominal de gran tamaño irregular que infiltra vejiga. Biopsia: se observa tumor fusocelular de bajo grado a favor de sarcoma.

Discusión. Los tumores de partes blandas son un grupo muy heterogéneo de neoplasias que incluyen entidades benignas y malignas. Los sarcomas fusiformes constituyen más del 50% del total de neoplasias malignas mesenquimales e incluyen una gran variedad de tipos histológicos, con patrones morfológicos que se superponen, y un comportamiento heterogéneo y pronóstico variable aún para un mismo tipo histológico.

Conclusión. Es necesario ampliar el conocimiento sobre esta entidad y así realizar una adecuada evaluación de sus criterios pronósticos histológicos, comportamiento clínico y tratamiento.

02 - 046

Mixoma maligno de origen hepático, reporte de un caso

Pedro Vides de la Cruz, Hernando Coba Barrios
Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia
pevidelac@live.com

Introducción. El término mixoma se usó por *Virchow* para designar tumores que reflejaban la estructura del cordón umbilical sin presentar ningún otro tipo de diferenciación. *Stout* definió el mixoma como una neoplasia verdadera compuesta de células estrelladas en un estroma laxo o mixoide, y lo consideró como el tumor del mesénquima primitivo. Este concepto implicaba una entidad única y específica cualquiera que fuese su localización y caracteres clinicopatológicos. Este concepto todavía se acepta ampliamente. Sin embargo los diferentes caracteres clinicopatológicos y las conductas que presentan los tumores con histopatología de mixoma en distinta localización indican que el mixoma no es una entidad única.

Objetivo. Reporte de un caso de mixoma maligno de origen hepático.

Material y método. Estudio patológico e inmunohistoquímico de biopsia hepática, paciente femenina de 40 años que consulta por presentar masa en epigastrio de crecimiento rápido, 1 mes, con sintomatología secundaria consistente eructos frecuentes, ausencia de deposiciones.

Resultados. Reporte de Biopsia hepática: Tumor fusocelular de bajo grado con áreas mixoides, inmunohistoquímica: tumor maligno mixoide.

Conclusión. El reporte de este caso muestra la variabilidad existente en este tipo de neoplasias, la baja incidencia y prevalencia de la ocurrencia en hígado, no encontrados reportes en la literatura, además la evolución tórpida y rápida secundaria a esta lesión, la cual al momento de ser estudiada y comprobada por estudios de alta especificidad, en este caso no fue posible una citorreducción o el tratamiento oncológico no fue posible realizarlo a tiempo con deceso 2 días posterior a salida.

02-050

Mesotelioma peritoneal maligno

Juan Javier Acevedo, Alexander Fernández, Laura Loaiza, Rodolfo Barrios, José Carlos Posada
Universidad de Cartagena
Cartagena, Colombia
juanjaviermd@hotmail.com

Introducción: El mesotelioma peritoneal maligno es una neoplasia rara y altamente agresiva. Constituye entre el 10 y 15% de todos

los mesoteliomas y el 6% de los malignos. La mayoría de casos se presenta en hombres con una edad promedio de 60 años. El principal factor de riesgo asociado al desarrollo de mesoteliomas malignos es la exposición crónica al asbesto. Los signos y síntomas son inespecíficos y de presentación tardía, por lo tanto es usual diagnosticar la enfermedad en etapas avanzadas. Las manifestaciones clínicas incluyen ascitis, dolor y distensión abdominal, alteraciones gastrointestinales y pérdida de peso, con o sin una masa palpable. La media de supervivencia es de 5 a 14 meses.

Objetivo: Realizar revisión de la literatura científica acerca de mesotelioma papilar primario del peritoneo.

Material y método: Estudio descriptivo, tipo presentación de caso.

Resultados: Paciente de 59 años de sexo masculino con distensión abdominal, alteraciones gastrointestinales y masa blanda, móvil, no dolorosa en mesogastrio, la cual, en TAC se describe de contornos definidos y de 152 x 106 mm. En laparotomía exploratoria, se evidencian siembras peritoneales y de pared abdominal; tomándose muestra cuya inmunohistoquímica reporta mesotelioma maligno, papilar.

Conclusión. El mesotelioma peritoneal maligno es infrecuente, de comportamiento agresivo y diagnóstico temprano difícil. El pronóstico de la enfermedad en general es pobre; se relaciona con el grado de diseminación y la oportunidad de diagnóstico. Entre las opciones de manejo se encuentra la radioterapia, quimioterapia y cirugía. Actualmente se estudian otros tratamientos para mejores resultados en calidad de vida y supervivencia.

02-052

Mesenteritis osificante, hallazgo poco habitual y desafiante en obstrucción intestinal: reporte de un caso

Juan Guillermo Holguín, Óscar G. Hernández, David Baquero, Diego Morales
Universidad del Rosario; Hospital Universitario Mayor Méderi,
Bogotá, D.C., Colombia
holguin.juan@ur.edu.co

Introducción: La mesenteritis osificante es una condición rara, en la cual el hueso es formado en lugares diferentes al esqueleto. Se ha relacionado principalmente con antecedente de laparotomía.

Objetivo: Reportar el hallazgo de mesenteritis osificante en un paciente y revisar la literatura sobre el tema.

Material y método: Reporte de caso clínico basado en la revisión de la historia clínica y hallazgos intraoperatorios. La revisión de literatura médica disponible sobre la patología.

Resultados. Reportamos un paciente de 61 años de sexo masculino, con antecedente de varias laparotomías previas, que ingresa a nuestra institución por obstrucción intestinal. Los estudios radiológicos confirman el diagnóstico. Se lleva a laparotomía exploratoria encontrando un síndrome adherencial severo, con adherencias duras que requirieron bisturí frío para liberarse. Se liberaron estas adherencias, causantes de la obstrucción. Llamó la atención un endurecimiento en la pared abdominal anterior sobre la línea media de consistencia ósea, de la cual se tomó muestra. El paciente quedó en bolsa de laparostomía, se llevó a múltiples lavados y posteriormente cierre por segunda intención. Finalmente se dio egreso hospitalario. La patología documentó:

“Fragmentos de tejido fibrocolágeno y hueso maduro con médula ósea en compartimento intertrabecular”.

Conclusión. La mesenteritis osificante es una condición rara. Su fisiopatología no está completamente entendida, teniendo como determinante principal el antecedente de laparotomía, y su principal forma de presentación es la obstrucción intestinal. Su tratamiento es discutido, utilizándose primordialmente la exéresis del hueso heterotópico, lo cual muchas veces no es posible por el compromiso visceral.

02-053

Hemorragia gastrointestinal de origen oscuro secundario a divertículos yeyunales

Alejandro Lora, Jorge Vargas
Clínica Universitaria Colombia
Bogotá, D.C., Colombia
cirugiacuc@gmail.com ; jota.vargas@gmail.com

Introducción. Los divertículos yeyunales son una patología con baja incidencia y con bajas tasas de reporte en la literatura. Y son la etiología de algunos casos de sangrado gastrointestinal.

Objetivo. Presentar un caso de sangrado secundario a divertículos yeyunales y mostrar el esquema de estudio y manejo de la patología, en pacientes con alto riesgo quirúrgico.

Material y método. Se presenta el caso clínico de una paciente de sexo femenino de 80 años, con múltiples comorbilidades, dentro de las cuales se encuentra pandiverticulosis del colon, con un cuadro de sangrado gastrointestinal de origen oscuro que requirió múltiples estudios hasta lograr evidenciar la causa del sangrado en un divertículo yeyunal y quien posteriormente se manejó con resección y anastomosis término terminal por laparoscopia.

Resultados. El estudio adecuado del sangrado gastrointestinal de origen oscuro, con un diagnóstico preciso, y un manejo con cirugía mínimamente invasiva disminuye los procedimientos innecesarios y la morbilidad derivada de estos.

Conclusión: Los divertículos yeyunales son una patología de baja incidencia y que se debe tener en cuenta al momento de estudiar pacientes con sangrados gastrointestinales de origen oscuro, ya que su consideración y correcto diagnóstico puede evitar la realización de procedimientos innecesarios.

02-055

Metástasis luminal del cáncer gástrico, una vía alterna de diseminación: reporte de un caso y revisión de la literatura

David Ricardo Baquero, Edgar César León, Alejandro Moscoso, Camila de Ureña
Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario; Hospital Universitario Mayor Méderi
Bogotá, D.C., Colombia
drbaqueroz@gmail.com

Introducción. Se reconocen cuatro vías de diseminación metastásica en cáncer gástrico: hematogena, linfática, invasión directa, diseminación peritoneal. Hay varios reportes de casos de enfermedad metastásica que no se logran explicar por estas.

Objetivo. Presentación de caso clínico, diagnosticado y manejado en el Hospital Universitario Mayor, de un adenocarcinoma gástrico que presenta una metástasis de localización infrecuente. Además realizar revisión de la literatura y plantear la incógnita sobre las rutas desconocidas de diseminación metastásica de esta patología.

Material y método. Se presenta el caso de un paciente de 73 años, llevado a esofagogastrectomía por adenocarcinoma gástrico de la unión, quien requiere reintervención evidenciándose distensión de asas intestinales delgadas causada por una estenosis concéntrica del íleon distal. Se realiza resección y anastomosis de dicha estenosis.

Resultados. La patología reporta cáncer gástrico metastásico en esta localización. Patrón histológico de características similares al primario gástrico.

Conclusión. En el caso clínico expuesto, se encuentra un patrón de diseminación metastásico inusual. Es llamativo que en todos los casos revisados, incluyendo el nuestro, la histología mostró un patrón de crecimiento difuso con células en anillo de sello, lo que demuestra el mayor potencial maligno de este tipo histológico.

Esta observación plantea la posibilidad de que existan otras formas de propagación neoplásica diferentes a las conocidas. Una de estas podría ser la diseminación a través de la luz intestinal a sitios distales gracias al peristaltismo e implante en el propio tracto gastrointestinal.

02-061

Resección combinada, laparoendoscópica de pólipos gástrico

William Sánchez, Paola Puerto, Carlos Gabriel Uribe
Hospital Militar Central
Bogotá, D.C., Colombia
sanchez.william@cable.net.co

Introducción. Los pólipos adenomatosos gástricos son lesiones precursoras de malignidad. Cerca del 10% de estas lesiones contiene focos de carcinoma y la probabilidad de malignidad está directamente relacionada con el tamaño del pólipo y el grado de displasia presente. El tratamiento estándar es la polipectomía endoscópica; sin embargo, en algunas condiciones especiales se debe extirpar utilizando otras técnicas quirúrgicas de acuerdo a las necesidades propias de cada paciente.

Objetivo. Presentamos el caso clínico de un paciente con poliposis adenomatosa gástrica esporádica a quien se le efectuó una resección quirúrgica laparoendoscópica combinada por un solo puerto.

Materiales y métodos. Caso clínico: paciente de 65 años de edad, de sexo masculino con antecedentes de enfermedad coronaria IAM y antiagresión plaquetaria crónica, hipertensión arterial, diabetes mellitus insulino dependiente, obesidad mórbida (IMC=40), cirrosis hepática Child Pugh A, con hipertensión portal y várices esofágicas GI. Presentó hace ocho meses un episodio de hemorragia de vías digestivas altas y la valoración endoscópica reveló presencia de várices esofágicas no sangrantes y pólipos múltiples coalescentes prepilóricos, que afectan el 50% de la circunferencia. Se intentó en tres oportunidades, practicar resección endoscópica parcial con recidiva temprana y patología que advirtió pólipos adenomatosos con displasia de bajo grado. Ante la alta morbimortalidad que presentaba el paciente para efectuar

un procedimiento quirúrgico mayor (gastrectomía distal) se optó por efectuar una resección laparoendoscópica combinada por un solo puerto; guía visual endoscópica y laparoscopia exploradora con acceso único epigástrico de 15 mm con gastrotomía e introducción de separador de Alexis® en luz gástrica y mucosectomía (previa infiltración con adrenalina 1/10.000) de la lesión transcutánea endoluminal con Ligasure Atlas® e instrumental de 3 mm y cierre del defecto gástrico anterior en dos planos y verificación por endoscopia y laparoscópica de no sangrado o fugas. La evolución posoperatoria fue satisfactoria, la patología fue negativa para malignidad con márgenes libres y el control endoscópico a dos meses reveló proliferación de mucosa normal, sin estenosis de píloro o recidivas tumorales.

Resultados. La evolución posoperatoria fue satisfactoria, la patología fue negativa para malignidad con márgenes libres y el control endoscópico a dos meses reveló proliferación de mucosa normal, sin estenosis de píloro o recidivas tumorales.

Conclusiones. Las técnicas laparoendoscópicas combinadas para resección de lesiones gástricas están descritas desde mediados de la década de los años noventa, y fundamentalmente se utiliza el acceso endoscópico como guía de localización de la lesión y múltiples trocáros abdominales para realizar la extirpación con o sin apertura del estómago. Lo novedoso de la técnica descrita es la resección endoluminal de la lesión a través de un solo puerto percutáneo con una mucosectomía completa guiada por endoscopia evitando una cirugía mayor, en un paciente críticamente enfermo con poca reserva funcional.

02-063

Diagnóstico y manejo laparoscópico del síndrome del ligamento arcuato medio

Ricardo Nassar, Eduardo Londoño, María Isabel Rizo, Juan David Linares, Alberto Muñoz, Fernando Arias, Juan David Hernández, Anwar Medellín
Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá
Bogotá, D.C., Colombia
nenamirg@hotmail.com ; massarmd@gmail.com

Introducción. El síndrome del ligamento arcuato es una entidad clínico-patológica poco frecuente también denominada síndrome de compresión del eje celiaco. Muchas opciones de tratamiento han sido descritas; sin embargo, el manejo clásico quirúrgico incluye la división del ligamento arcuato medio.

Objetivo. Presentar un caso manejado en la Fundación Santa Fe de Bogotá y revisar la literatura.

Material y método. Reporte de caso. Se describe un paciente con dolor abdominal posprandial crónico, hiporexia, distensión abdominal y pérdida progresiva de peso; se documenta en imágenes diagnósticas por tomografía computarizada la compresión del eje celiaco, hallazgo compatible con el síndrome del ligamento arcuato medio, posteriormente es llevado a manejo quirúrgico. Se revisa la literatura.

Resultados. Paciente con síndrome del ligamento arcuato medio, que es llevado a liberación de las fibras del mismo, después de la intervención el paciente cursa con adecuada evolución clínica, sin dolor abdominal posprandial y con resolución de sus síntomas, sin complicaciones asociadas.

Conclusión. El síndrome del ligamento arcuato es un fenómeno poco frecuente que causa la compresión extrínseca del eje celiaco, a pesar de las controversias generadas por su manejo, las técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas permiten una mejor visualización de las fibras que componen el ligamento arcuato medio y tejidos vecinos; lo cual permite la resolución temprana de los síntomas, disminuye los días de estancia hospitalaria y favorece el retorno del paciente a sus actividades normales. Se destaca el abordaje interdisciplinario y el resultado clínico satisfactorio en la evolución del paciente.

02-065

Isquemia mesentérica masiva: remitir es una opción

Juan Carlos Arenas, Andrés Isaza, Felipe Enrique Vargas
Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario, Hospital Universitario Mayor, Méderi
Bogotá, D.C., Colombia
andres.isaza@urosario.edu.co; arenasr.juan@ur.edu.co

Introducción. A pesar de los grandes avances médico-quirúrgicos en el diagnóstico como en el tratamiento, la isquemia mesentérica continúa siendo una catástrofe abdominal, con muy altas tasas de morbimortalidad. Cada vez se habla más en nuestro medio de trasplante intestinal y de trasplante multivisceral, una oportunidad viable para pacientes que caigan en falla intestinal irreversible después de resecciones intestinales amplias.

Objetivo. Reconocer el trasplante intestinal como una opción viable para el manejo de pacientes con isquemia mesentérica posterior a resecciones intestinales masivas.

Material y método. Reporte de un caso clínico y revisión de la literatura.

Resultados. Se trata de una paciente de 47 años, quien es llevada a una resección intestinal que incluyó la totalidad del intestino delgado y el hemicolon derecho por una isquemia mesentérica venosa en Méderi HUM. Dadas la edad y su buen estado general, se obtuvo autorización de la EPS y fue remitida al Hospital Pablo Tobón Uribe en Medellín donde se optimiza medicamente y posteriormente se lleva a trasplante de intestino delgado con resultados satisfactorios, representados en una sobrevida de 13 meses hasta este momento y una calidad de vida considerada por la paciente como excelente.

Conclusión. El manejo de patologías complejas como la isquemia mesentérica debe ser multidisciplinario y el de sus secuelas centralizado en centros de excelencia. El trasplante intestinal y el tratamiento integral de la falla intestinal son hoy en Colombia una realidad a tener en cuenta para el manejo de pacientes con resecciones intestinales masivas. Medellín es pionera en este tipo de procedimientos y remitir pacientes es una opción.

02-068

Abdomen agudo quirúrgico en embarazo, presentación de casos y revisión de la literatura

Guillermo Julián Sarmiento, Roger Orlando Bonilla, Juan David Acosta
Universidad del Cauca; Clínica La Estancia; Hospital Universitario San José
Popayán, Cauca, Colombia
rogerbonillaras@gmail.com

Introducción. El dolor abdominal es un motivo de consulta frecuente en la paciente obstétrica, cambios fisiológicos y anatómicos de la gestación pueden producir signos y síntomas comunes tanto al embarazo como a enfermedades abdominales quirúrgicas.

Objetivo. Revisar el estado del arte sobre el manejo del abdomen agudo en el embarazo presentando una serie de casos clínicos atendidos en instituciones de III nivel de la ciudad de Popayán.

Material y método. Estudio descriptivo, no experimental. Presentación de casos clínicos y revisión bibliográfica.

Resultados. Son pocos los casos que se documentaron, y están acordes a lo encontrado en la literatura en cuanto a las patologías más frecuentes que son apendicitis y colecistitis. La oportuna intervención en estos casos no generó mortalidad materno-fetal.

Conclusión. Los obstáculos potenciales por el estado fisiológico, dificultan la evaluación apropiada de la mujer embarazada con abdomen agudo y son los determinantes del retraso en el diagnóstico de dicha patología, que generan una morbilidad significativa e incluso mortalidad, razón por la cual se hace necesario la revisión actualizada de la literatura y la socialización de casos clínicos como ilustración del problema.

02-069

Acalasia y embarazo

Juliana Mercedes Jaramillo, Jorge Herrera
Universidad del Cauca; Hospital Universitario San José
Popayán, Colombia
julianajaramillo@yahoo.es

Introducción. La acalasia es un trastorno de la motilidad esofágica, con una incidencia de 8/100.00 casos. Es una rara entidad durante el embarazo, los principales síntomas son disfagia, regurgitación, emesis y pérdida de peso. La manometría se considera el *gold estándar* para realizar el diagnóstico.

Caso clínico. Paciente de 24 años, primigestante, embarazo de 21 semanas, consulta por cuadro de disfagia asociada a pérdida de peso de un mes de evolución. Realizan endoscopia que evidencia estenosis de la unión esofagogástrica hallazgo sugestivo de acalasia. Manometría que reporta esfínter esofágico inferior de tono normal y relajación completa, actividad motora del cuerpo del esófago se encuentra anormal, ondas simultáneas de baja amplitud distal, el esfínter esofágico superior con tono normal y relajación completa, condición cricofaríngea adecuada. Finalización del embarazo en la semana 35 por preeclampsia severa. Realizan miotomía de Heller con funduplicatura anterior.

Conclusiones. Dentro de las modalidades de tratamiento se encuentra el uso de calcioantagonistas que mejoran los síntomas únicamente en el 40% de los casos. La dilatación neumática con balón que se realiza en la unión esofagogástrica, es una opción poco efectiva a largo plazo, requiriendo una segunda dilatación hasta en el 50% de los casos. Dentro del manejo quirúrgico encontramos la miotomía de Heller y adicionalmente funduplicatura de Nissen como medida de prevención del reflujo gastroesofágico posoperatorio. Los pacientes se encuentran asintomáticos en el 85% de los casos durante los primeros 5 años, siendo la opción terapéutica que ha demostrado mayor efectividad a largo plazo.

02-075

Duplicación intestinal en una paciente pediátrica

Marcela Lucía Tascón, Claudia Elena Cruz, Diego Alfredo Palta
Universidad del Cauca; Clínica La Estancia
Popayán, Cauca, Colombia
marcelatascón@gmail.com

Introducción. Las duplicaciones intestinales son anomalías congénitas que se presentan con una frecuencia de 0,2% en niños. Estas malformaciones se han descrito a lo largo de todo el tracto digestivo, desde la base de la lengua hasta el recto. La localización más frecuente de las duplicaciones es el íleon.

Caso clínico. La clínica de las duplicaciones intestinales es inespecífica, presentándose con náusea, vómito, dolor abdominal recurrente, presencia de masa abdominal, hemorragia digestiva, perforación y obstrucción intestinal.

Se presenta el caso clínico de una paciente de 8 años de edad que consulta por dolor abdominal tipo cólico en fosa iliaca derecha, náuseas, vómitos alimentarios, leucocitosis. Es llevada a cirugía con sospecha de apendicitis aguda, con hallazgos de normalidad intraoperatoria y patología apéndice normal. Consulta 3 meses después por cuadro clínico similar y hallazgos al examen físico con sensación de masa en fosa iliaca y flanco derecho dolorosa a la palpación, se le toma eco abdominal con impresión diagnóstica de quiste mesentérico gigante, se lleva a cirugía con evidencia de duplicación intestinal ileal y se realiza resección con anastomosis. Manejo con nutrición parenteral. La evolución clínica fue adecuada.

Conclusión: Se presenta caso de paciente pediátrico con dolor abdominal con hallazgos de duplicación intestinal.

El tratamiento quirúrgico consiste en la resección de la lesión y el intestino adyacente seguido de una anastomosis primaria. En el presente reporte discutimos un caso de duplicación intestinal quística del íleon terminal, la cual fue diagnosticada en el preoperatorio, y revisamos la literatura pertinente.

02-076

Fístula gastrointestinal por TBC peritoneal, reporte de un caso

Cecilia Nisvet Manzano, Jorge Herrera, Hernán Mauricio Ocampo
Universidad del Cauca; Clínica La Estancia
Popayán, Cauca, Colombia
saman7622@gmail.com

Introducción. El peritoneo es uno de los lugares fuera del pulmón más común la tuberculosis. Tuberculosis peritoneal plantea un problema de salud pública mundial. El diagnóstico de esta enfermedad es difícil sigue siendo un reto, debido a su naturaleza insidiosa, la variabilidad de la presentación y las limitaciones de las pruebas de diagnóstico disponibles.

Eventualmente, 25 a 75% de los pacientes con tuberculosis abdominal requerirán cirugía, esta debe ser un procedimiento conservador y reservándose las resecciones intestinales para casos complicados. La oclusión intestinal representa 15-60% de las complicaciones, la perforación intestinal 1-15%, abscesos y fístulas 2-30% y finalmente hemorragia 2%.

Material y métodos. Caso clínico: Paciente de sexo femenino de 28 años de edad, con cuadro clínico de 4 meses de evolución de distensión abdominal, constipación, astenia, adinamia, pérdida de peso aproximadamente 14 kg en 2 meses. Adicionalmente, 15 días antes refiere tos de predominio nocturno, fiebre, ascitis, sensación de masa abdominal en epigastrio, mesogastrio y dolor abdominal. Se documentó obstrucción intestinal, valorada por cirugía general quien considera peritonitis se realiza paracentesis obteniendo líquido café purulento y BK de líquido peritoneal positivo, se inicia de tratamiento antituberculosis, se lleva a cirugía encontrándose peritonitis generalizada, infiltración abdominal, realizan drenaje de peritonitis generalizada cierran piel, requiriendo múltiples intervenciones y manejo de fístula entero aérea hasta el cierre definitivo.

Conclusiones. La cirugía de emergencia es necesaria para la complicación aguda como la obstrucción y peritonitis. Se hace manejo integral de nutrición, y terapia enterostomal para lograr cierre de fístula enterocutánea.

02-077

Esofagectomía transhiatal y ascenso gástrico por megaesófago secundario a acalasia, reporte de un caso y revisión de la literatura

Jorge Herrera, William Romo, Marco Antonio Medina, Cecilia Manzano
Universidad del Cauca; Clínica La Estancia
Popayán, Cauca, Colombia
marcoantonio281@hotmail.com

Introducción. El tratamiento quirúrgico de la acalasia avanzada es un tema controversial. En la literatura sugieren la resección esofágica en casos refractarios al tratamiento convencional, casos con dilatación esofágica, atonía, megaesófago, disfagia importante de larga duración, regurgitaciones frecuentes, episodios de neumonía y repercusión nutricional.

Objetivo. Presentar un caso de esofagectomía y ascenso gástrico por megaesófago secundario a acalasia y revisión de la literatura al respecto.

Material y método. Paciente de sexo femenino de 55 años de edad, con disfagia severa sin respuesta al manejo médico en quien se documenta megaesófago y acalasia.

Resultados. La paciente tiene historia de varios años de disfagia progresiva, posteriormente vómito, intolerancia alimentaria y desnutrición; se solicitó un estudio imagenológico que reveló un megaesófago de 10 cm; fue llevada a cirugía donde se le practicó esofagectomía transhiatal y anastomosis esófago-gástrica cervical con grapadora circular, en el posquirúrgico inmediato desarrolla derrame pleural y se le practica toracostomía derecha. La evolución posquirúrgica fue satisfactoria.

Conclusión. Actualmente el tratamiento inicial de la acalasia avanzada es la miotomía por vía laparoscópica con funduplicatura tipo Dor; sin embargo, existen casos complejos que obligan al cirujano a plantear una esofagectomía. Para la anastomosis se prefiere el estómago en vez del colon debido a su buena vascularización, simplicidad técnica con una única anastomosis y la durabilidad de los resultados a largo plazo. A pesar de la agresividad de la intervención, la baja incidencia de mortalidad y complicaciones han convertido

esta técnica en la más aceptada dentro de las resectivas para tratar el estadio final de la enfermedad.

02-079

Quiste abscedado del epiplón, revisión de la literatura y presentación de un caso

Guillermo Julián Sarmiento, Roger Orlando Bonilla, Cecilia Manzano
Universidad del Cauca; Clínica La Estancia
Popayán, Cauca, Colombia
rogerbonillarasas@gmail.com

Introducción. Una de las principales patologías en el servicio de urgencias es el abdomen agudo quirúrgico cuya etiología es muy variada. Cualquiera de las estructuras intraabdominales puede afectarse incluyendo el epiplón. El quiste de epiplón es una entidad poco frecuente que puede debutar clínicamente como un abdomen agudo cuando hay sobreinfección y formación de absceso con drenaje a la cavidad abdominal.

Objetivo. Presentar un caso de quiste abscedado del epiplón que debuta como abdomen agudo y la revisión de la literatura al respecto.

Material y método. Paciente de sexo femenino de 69 años de edad, remitida del área rural por dolor abdominal de 8 días de evolución.

Resultados. La paciente ingresa a urgencias en el contexto de una sepsis de origen abdominal con indicación de laparotomía, como hallazgos quirúrgicos masa de aumento mayor a 20 centímetros de diámetro, abscedada rota a cavidad peritoneal con material purulento, se realizó omentectomía con resección de la masa y drenaje de peritonitis, manejo en cuidado intensivo posquirúrgico con buena evolución clínica; sin necesidad de reintervenciones quirúrgicas. La patología de la masa epiploica informa inflamación aguda abscedada con pseudoquiste inflamatorio, el cultivo advierte *Citrobacter freundii*. Después de 23 días de manejo intrahospitalario la paciente es dada de alta.

Conclusión. Los quistes de epiplón son patologías poco frecuentes pero que deben ser tomadas en cuenta dentro de la valoración y diagnóstico diferencial en pacientes con abdomen agudo.

02-081

Resección laparoscopia de tumor de suprarrenal virilizante

Juan Pablo Dueñas, Jorge Herrera, Hernando Vargas, Juan David Acosta, Marco Antonio Medina, Roger Bonilla
Clínica La Estancia
Popayán, Colombia
jd-acosta@hotmail.com

Introducción. El exceso de andrógenos se relaciona con cambios físicos: hirsutismo, clitoromegalia, engrosamiento de la voz, pérdida del cabello, cambios en la distribución de la grasa corporal, etc.

Estos cambios pueden originarse por diferentes padecimientos, síndrome de ovarios poliquísticos, tumores ováricos o tumores suprarrenales. El diagnóstico de estos últimos representa un reto.

Objetivo. Presentar un caso de resección laparoscopia de un tumor virilizante de suprarrenal.

Material y método. Paciente de sexo femenino de 22 años de edad, con tumor virilizante de suprarrenal llevada a resección laparoscópica.

Resultados. Paciente quien consultó por: amenorrea de dos años de evolución, caída del cabello, acné de difícil control, aumento del tamaño del clítoris, voz ronca y aparición de vello facial, tórax y abdomen. Clítoris de 3.8 cm. labios mayores y menores hiperpigmentados, acantosis nigricans, estrías hipopigmentadas en axilas, hiperpigmentación de nudillos. Androstenediona: 118,7 ng/mL, DHEAS > 1000 µg/dL, testosterona 6.23 ng/mL, 17 OHP 46 ng/mL. TSH 3,49 FSH 1,69(N) LH 1,0 Es 96,18 (N). La ecografía no evidenció alteración en los ovarios. La TAC masa de suprarrenal izq. de 90 x 86 x 73 mm. Llevada a resección laparoscopia de la lesión.

Reporte patológico. Macro: Tumor encapsulado de 225 g, superficie lisa, 18 x 12 cm. Micro: Células que asemejan la corteza adrenal con focos de necrosis y ausencia de células claras (malignidad) no presenta invasión vascular y actividad mitótica baja. Evolución posquirúrgica satisfactoria.

Conclusión. El estudio del paciente con hiperandrogenismo debe ser integral, evaluación clínica, hormonal e imagenológica para poder precisar el origen de la alteración.

02-082

El strongyloides stercoralis, otra causa de obstrucción duodenal, presentación de caso

Edgar Darío Alzate, Jessica Correa
Universidad del Valle; Hospital Universitario del Valle
Cali, Colombia
jcm1603@hotmail.com

Introducción. La strongiloidiasis es una parasitosis intestinal de distribución mundial, generalmente paucisintomática y en ocasiones con manifestaciones intestinales severas, en nuestro caso simulando una enfermedad neoplásica.

Objetivo. Demostrar una causa alterna no neoplásica de obstrucción duodenal.

Descripción del caso. Hombre de 41 años procedente del área urbana quien consultó por 4 meses de epigastalgia y diarrea sin sangre ni moco, asociado a emesis posprandial y pérdida de 23 kg. Ingresó al HUV con EVDA que evidenció una lesión estenosante, infiltrativa y pétreo en la primera porción del duodeno impidiendo el avance endoscópico y sugiriendo un tumor maligno del bulbo duodenal; los estudios de extensión en enfermedad neoplásica no mostraron alteraciones.

Se restableció el equilibrio hidroelectrolítico y se suministró soporte nutricional parenteral ante el síndrome pilórico. 2 semanas después la patología reportó la presencia de helmintos sin hallazgos de malignidad; se realizó una nueva EVDA con aspirado duodenal encontrando nemátodos vivos de *strongyloides stercoralis* y una serología positiva para HTLV 1 y 2, lo que configuró el caso de hiperinfección por este parásito.

Resultados. Tolerancia oral total luego de 2 días de manejo con ivermectina 1 gota/kg (200 mcg/kg), sin nuevos episodios de emesis

ni distensión abdominal y seguimiento ambulatorio ante la infección por HTLV 1 y 2.

02-086

Neumatosis intestinal asociada a neumopatía crónica: presentación de caso

Oswaldo Borráz, Leonardo Herrera, David Rincón
Universidad Nacional de Colombia
Bogotá, Colombia
drincons@unal.edu.co

Introducción. La neumatosis intestinal es una entidad poco frecuente, la mayoría de pacientes son asintomáticos, cuando se presentan síntomas, esta entidad se asocia a patologías de alta mortalidad. Se han descrito casos en pacientes con neumopatía crónica, sin síntomas gastrointestinales. Muchas hipótesis han sido propuestas, para explicar este fenómeno; incluyendo la mecánica, bacteriana y causas bioquímicas. Las cuales no son mutuamente excluyentes. Se reporta un caso tratado en el Hospital de San Blas con neumatosis intestinal asociado a neumopatía crónica.

Objetivo. Describir un caso de neumatosis intestinal asociada a neumopatía crónica, en un paciente de 45 años, habitante de la calle. Comparándolo con la literatura actual.

Material y método. Se describe un caso de neumatosis intestinal en un paciente de 45 años, consumidor de sustancias psicoactivas. Quien presenta síndrome pilórico, a quien se realiza piloroplastia tipo Heinecke-Mikulicz, quien a pesar de tratamiento persiste con neumatosis intestinal y neumoperitoneo. Se revisa la literatura actual, comparando este caso con los reportados.

Resultados. La incidencia de neumatosis intestinal es incierta ya que la mayoría de pacientes son asintomáticos. La tasa de mortalidad es elevada cuando se asocia a enfermedades intestinales necrotizantes o que causen perforación. En contraste el cuadro es totalmente benigno cuando la causa es idiopática. Por ejemplo la asociada a enfermedad pulmonar crónica.

Conclusión. La neumatosis intestinal es una entidad poco común, cuando esta se presenta, se asocia con patologías de alta mortalidad, como patologías intestinales necrotizantes. Se puede asociar en raros casos a neumopatía crónica. Entidad con fisiopatología aun no completamente entendida, campo abierto a investigación futura.

02-087

Tricobezoar: revisión de la literatura y presentación de un caso

Oswaldo Borráz, Leonardo Herrera, David Rincón
Hospital San Blas, Bogotá; Universidad Nacional de Colombia,
Bogotá, D.C., Colombia
drincons@unal.edu.co

Introducción. El tricobezoar (Bola de pelo), es una entidad rara; se localiza usualmente en el estómago. La mayoría de las veces estos casos se asocian a tricotilomanía, tricofagia y otros desórdenes psiquiátricos. Presentamos un caso de tricobezoar y manejo por laparotomía, que según la literatura, es el tratamiento de elección. Es importante el manejo por servicio de psiquiatría, para evitar recaídas.

Objetivo. Describir un caso de tricobezoar, tratado por laparotomía en el Hospital San Blas y discutir los tratamientos actuales a la luz de los nuevos desarrollos reportados en la literatura actual.

Material y método. Descripción de caso tratado en Hospital San Blas y búsqueda en bases de datos PubMed, Medline con el término “Trichobezoar”.

Resultados. Descripción de un caso de tricobezoar tratado en el Hospital San Blas, reporte en literatura de más de 100 casos en el mundo, comparando las diferentes técnicas utilizadas; la extracción del tricobezoar por laparotomía es la técnica utilizada en la mayoría de casos descritos. Debido a que el éxito de esta técnica es el 100%, baja tasa de complicaciones, baja complejidad, facilidad para examinar porciones distales de intestino y el corto periodo operatorio, se considera la técnica de elección para tratar esta entidad.

Conclusión. El tricobezoar es una entidad de poca frecuencia, se debe sospechar en pacientes de sexo femenino jóvenes con dolor abdominal no específico. La endoscopia es muy útil en el diagnóstico y la diferenciación. Existen diferentes acercamientos terapéuticos pero consideramos que la laparotomía, es el tratamiento quirúrgico de elección. Siempre se debe remitir el paciente a psiquiatría para evitar recaídas.

02-088

Opciones de manejo ante resecciones endoscópicas marginales de cáncer gástrico temprano

Leonel Leal, Gilbert Mateus, Jorge Mario Castro
Hospital “Federico Lleras acosta”
Ibagué. Tolima, Colombia
lealrangelleonel@hotmail.com

Introducción. El cáncer gástrico temprano (CGT) es aquel que compromete la mucosa y/o la submucosa, y que dependiendo de su penetración en la submucosa puede tener metástasis ganglionares regionales. El tratamiento endoscópico es el tratamiento de elección en Japón.

Objetivo. Describir las opciones de tratamiento luego de resecciones endoscópicas en CGT, con márgenes laterales y profundos comprometidos y manejar las dudas diagnósticas ante reportes patológicos incompletos.

Material y método. Se realizó revisión sistemática de la literatura, sobre las conductas a seguir luego de compromiso de márgenes en reportes de anatomía patológica en CGT. A propósito de un caso de disección endoscópica de la submucosa (DES) con un aparente compromiso de margen profundo.

El trabajo se realizó en el Hospital “Federico Lleras Acosta” Ibagué, Colombia.

Se revisó la pieza de anatomía de una disección endoscópica de la submucosa (DES) diagnóstica en el primer trimestre del año 2013.

Método. Datos clínicos de la paciente.

Examen endoscópico, biopsia, DES.

Exámenes de extensión.

El examen anatomopatológico con datos precisos sobre: - Tamaño - Localización - Tipo macroscópico - Tipo histológico - Compromiso de los márgenes adyacentes y la profundidad en micras - Metástasis ganglionar - Invasión vascular linfática - Sincronismo de lesiones - Fijación de la pieza y orientación.

Revisión sistemática de la literatura.

Resultados. Se realizó ampliación de la resección gástrica por compromiso de margen profundo reportado comprometido (SM mayor a 500 micras) con una cuña gástrica, y muestreo ganglionar aleatorio perigástrico cuyo informe final fue negativo para malignidad.

Conclusión. Las conductas endoscópicas son una opción segura de tratamiento en el CGT, siendo el gold standard en Japón. Ante márgenes laterales comprometidos es claro que las disecciones endoscópicas juegan un papel importante y dan seguridad ante reintervenciones; no siendo así ante márgenes profundas comprometidas. Con el propósito de disminuir la morbimortalidad perioperatoria que implica un procedimiento mayor como una gastrectomía, la cuña gástrica es una opción quirúrgica efectiva en este tipo de pacientes.

02-089

Ruptura esplénica atraumática: reporte de 3 casos

Óscar Javier Barrera, Juliana Restrepo, Fred Naranjo
Universidad Pontificia Bolivariana; Universidad de Antioquia,
Medellín, Colombia
md.oscar.barrera87@gmail.com ; julirpo85@gmail.com

Introducción. La ruptura esplénica atraumática es una rara forma de presentación de múltiples patologías entre las que se encuentran anemias, enfermedades neoplásicas e infecciones. Igualmente se presenta posterior a procedimientos como colonoscopias. A la fecha se encontraron casos y series de casos reportadas en la literatura y dos revisiones sistemáticas.

Objetivo. Describir el cuadro clínico, tratamiento, evolución y las posibles asociaciones etiológicas de 3 pacientes con diagnóstico de ruptura esplénica atraumática.

Materiales y métodos. Se revisaron y analizaron las historias clínicas y se hizo una correlación con la literatura actual.

Resultados. Tres pacientes con ruptura esplénica atraumática se presentaron en 3 servicios de cirugía general entre junio de 2011 y 2013. Todos presentaron intenso dolor en HCI y taquicardia. El primer paciente tenía esplenomegalia. Ningún paciente tenía signos de irritación peritoneal pero los 3 tuvieron caídas marcadas de la Hb con requerimiento de transfusión de glóbulos rojos. Los pacientes fueron llevados a laparotomía exploratoria entre 27 y 48 horas del inicio de la sintomatología, a todos se les realizó esplenectomía. Las etiologías asociadas con el desenlace son una anemia heterogénea en estudio, dos procedimientos endoscópicos y una colecistectomía por laparoscopia. Los resultados de patología mostraron congestión del parénquima en dos casos e hiperplasia de la pulpa blanca en dos casos, un caso con los dos hallazgos, no se registraron casos de mortalidad.

Conclusión: La ruptura esplénica atraumática es una entidad infrecuente. En nuestros pacientes este desenlace se asocia a procedimientos endoscópicos, laparoscópico y a un desorden hematológico.

02-096

Intususcepción idiopática del adulto, a propósito de un caso

Kevin Fernando Montoya, Héctor Adolfo Polanía, Fermín Canal, Gustavo Poveda, Lucía Casanova
Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo

Neiva, Huila, Colombia
Kefemoqu@gmail.com

Introducción. La intususcepción del adulto explica, el 5% de todos los casos de intususcepción y representa solo entre el 1 y 5% de las causas de obstrucción intestinal. La fisiopatología es distinta de la invaginación intestinal pediátrica. Casi el 90% de los casos de intususcepción en adultos es secundario a una condición patológica que sirve como disparador para que el proceso de invaginación se lleve a cabo. En adultos la causa primaria de invaginación idiopática se presenta en aproximadamente el 10% de los casos. El presentado a continuación es uno de esos casos idiopáticos que no se presentan con frecuencia.

Objetivo. Dar a conocer una patología poco frecuente en el adulto, más cuando su origen de base es desconocido y hacer una breve revisión de la literatura actualizada del tema.

Material y método. Caso clínico ocurrido en el Hospital Universitario de Neiva y manejado por el servicio de Cirugía general.

Resultados. Al ser una patología poco frecuente en el adulto, más teniendo en cuenta que no se encontró una causa exacta de dicha patología se hizo una revisión del caso basados en la literatura científica actual disponible, incluyendo bibliografía propia de la región.

Conclusión. La relativa rareza de esta condición clínica en la población adulta y los múltiples diagnósticos diferenciales cuando se realiza la evaluación de dolor abdominal resulta en diagnósticos fallidos que retrasan el tratamiento y generan consecuencias nefastas para el paciente; siendo esta la razón por la cual debemos familiarizarnos con dicha patología y sospecharla en situaciones específicas.

02-099

Hemorragia del tracto digestivo en un paciente con coriocarcinoma extragonadal del íleon.

Jhonny Alberto Sierra, Carlos Mauricio Bahamón, Juan Guillermo Gallego, Juan Camilo Pérez
Pontificia Universidad Bolivariana
Medellín, Colombia
Jhonny.sierra@gmail.com; bahamon89@hotmail.com

Introducción. El coriocarcinoma extragonadal es una entidad de la cual solo existen algunos reportes en la literatura. Presentamos un caso de coriocarcinoma metastásico que se presentó con hemorragia exsanguinante del tracto digestivo.

Objetivo. Describir las características clínicas y paraclínicas de una paciente con diagnóstico de hemorragia del tracto digestivo secundaria a coriocarcinoma extragonadal del íleon. Realizar una revisión de la literatura sobre esta entidad.

Material y métodos. Se analizaron datos clínicos, imágenes diagnósticas, hallazgos quirúrgicos e histopatológicos, comparándolos con la literatura mundial disponible.

Resultados. Paciente de sexo femenino de 33 años, con cuadro de hematoquezia de cinco días de evolución con inestabilidad hemodinámica, síndrome anémico y requerimiento de hemoderivados; presenta antecedentes de amenorrea de 7+1 semanas y BHCG mayor de 15.000. Se realizó ecografía transvaginal sin evidencia de

embarazo intrauterino o enfermedad trofoblástica gestacional; ante la persistencia de sangrado se lleva a laparotomía exploratoria y se evidencia tumor de aspecto hemangiomatoso y ulcerado a 50 cm de la válvula ileocecal, sin evidencia de mola ni lesiones en el útero. La patología reportó coriocarcinoma del íleon.

Conclusiones. El coriocarcinoma extragonadal es una entidad rara que no tiene estudios de prevalencia o incidencia, tan solo reportes en la literatura en inglés. Presentamos un caso clínico de coriocarcinoma extragonadal que inició con hemorragia exsanguinante del tracto digestivo. El pilar del manejo es la quimioterapia con protocolos EMA-CO; el manejo quirúrgico se reserva para las complicaciones y dependerá del sitio de metástasis, siendo el sangrado la complicación más frecuente que requieren intervención.

CIRUGIA BARIATRICA

02-083

Cirugía bariátrica y trasplante de intestino: presentación de caso clínico

Jorge Andrés Becerra, Félix Mauricio Corrales, Luis Gonzalo Guevara, Luis Manuel Barrera, Germán Alfonso Lenis, Jorge Iván Gutiérrez
Universidad de Antioquia; Hospital Universitario San Vicente Fundación
Medellín, Colombia
andresbecerraromero@gmail.com

Introducción. El aumento de la obesidad se ha convertido en un problema de salud en nuestro medio, a su vez, esto ha permitido un aumento en el número de cirugías bariátricas y de sus complicaciones. Presentamos un caso clínico manejado en nuestra institución de un paciente joven quien presentó isquemia intestinal masiva como complicación de un bypass gástrico, manejado con trasplante de intestino.

Objetivo. Demostrar como el grupo de trasplantes es un factor clave en el manejo de pacientes con falla intestinal.

Material y método. Se presenta el caso clínico de un paciente joven quien presenta como complicación de una cirugía bariátrica resección intestinal completa requiriendo trasplante de intestino delgado, demostrando mediante fotografías el procedimiento quirúrgico.

Resultados. Con el advenimiento de la cirugía bariátrica como método de elección en pacientes con obesidad mórbida, también ha aumentado el número de complicaciones de dicho procedimiento, como el síndrome de intestino corto, secundario, en la gran mayoría de los casos a complicaciones vasculares. Es por esta razón, que los cirujanos de procedimientos mínimamente invasores para obesidad deben contar con un grupo de trasplantes, expertos en el intestino, como complemento para terapias médicas, con el fin de mejorar la sobrevida en aquellos pacientes con síndrome de intestino corto como complicación asociada y se debe tener en mente la remisión temprana de dichos pacientes.

Conclusión. El trasplante de intestino es una terapia cada vez más utilizada, y puede ser la última opción en muchos pacientes con síndrome de intestino corto.

02-091

Tumores estromales gastrointestinales como hallazgo incidental en cirugía bariátrica

Andrés Felipe Salazar, José Gonzalo Moros
Hospital Universitario San Ignacio
Bogotá, D.C., Colombia
afsalazar@husi.org.co

Introducción. Los tumores estromales gastrointestinales tienen una incidencia importante dentro de los hallazgos incidentales en cirugía general, por lo tanto su presentación en casos de cirugía bariátrica no es inusual y debe ser tomado en cuenta por el cirujano para tomar decisiones terapéuticas acertadas durante el procedimiento quirúrgico.

Objetivo. Mostrar la casuística de la institución en cuanto a los hallazgos incidentales en la cirugía bariátrica en el Hospital San Ignacio y revisar la literatura al respecto para dar herramientas de juicio al cirujano para definir el manejo de estas entidades en el intraoperatorio.

Material y método. Exposición de los casos evidenciados en la institución y revisión de la literatura mundial al respecto.

Resultados. Dentro de los hallazgos incidentales en cirugía, los tumores estromales gastrointestinales tienen un papel importante. Se encuentra que en la literatura hay descritos varios casos de este tipo de lesiones evidenciadas durante métodos quirúrgicos, incluidos procedimientos de cirugía bariátrica.

Conclusión. Al momento de hallar intraoperatoriamente lesiones sugestivas de GIST, el cirujano general o laparoscopista, debe estar preparado para realizar los procedimientos necesarios para resolver dicha situación en el transoperatorio sin someter a morbilidad adicional a los pacientes.

02-092

Isquemia mesentérica posterior a bypass gástrico por laparoscopia

Anna Melinda Spector, José Gonzalo Moros, Andrés Felipe Salazar, Jorge Luis Torres, Sebastián Torres
Hospital Universitario San Ignacio
Bogotá, D.C., Colombia
aspector@javeriana.edu.co

Introducción. La trombosis mesentérica es una grave y rara complicación para el posoperatorio de un bypass gástrico en Y de Roux como procedimiento bariátrico. Esta es una patología multifactorial, incluyendo en sus factores de riesgo la hipercoagulabilidad, enfermedades abdominales inflamatorias, estado posquirúrgico, trastornos hematológicos, cirrosis hepática, trauma contundente, entre otros, cuyos signos y síntomas no son siempre claros, y pueden confundirse con síntomas de otras complicaciones más comunes de estas intervenciones quirúrgicas. Ante la sospecha clínica se puede realizar exámenes complementarios tales como la tomografía axial computarizada, pero en el caso de un posoperatorio de cirugía mayor, se indica la reintervención quirúrgica para ofrecer la mejor alternativa terapéutica en estos casos.

Objetivo. Dar a conocer el caso de una trombosis mesentérica en el posoperatorio inmediato de un bypass gástrico en Y de Roux por laparoscopia y revisar la literatura al respecto.

Material y método. Se presenta un caso de una institución hospitalaria de tercer nivel con alta experiencia en cirugía bariátrica con una complicación posoperatoria poco usual y se revisa la literatura al respecto.

Resultados. El diagnóstico de trombosis mesentérica es difícil por la presentación de los síntomas y signos los cuales pueden ser inmediatos a la cirugía, imitando complicaciones típicas posteriores a cualquier cirugía abdominal mayor. La tomografía computarizada y el diagnóstico mediante laparoscopia se consideran el patrón de oro de esta patología.

Conclusión. El diagnóstico de trombosis mesentérica debe ser realizado de manera temprana, pero incluso de esta manera la morbilidad y la mortalidad son extremadamente altas. Las imágenes diagnósticas deben ser realizadas prontamente para priorizar el diagnóstico y tratamiento laparoscópico o por laparotomía, además se debe optimizar el uso de la anticoagulación para evitar la presentación de esta y otras complicaciones vasculares.

02-101

Úlcera marginal perforada posterior a cirugía de bypass gástrico, manejo laparoscópico

Carlos Felipe Perdomo, Margarita Ramírez, Juan David Hernández, Eli Finkelstein, Roosevelt Fajardo
Fundación Santa Fe de Bogotá
Bogotá, D.C., Colombia
pacientesdrfelipeperdomo@gmail.com

Introducción. La cirugía bariátrica genera una serie de beneficios en el paciente con obesidad mórbida pero, aun así tiene una amplia gama de complicaciones tempranas y tardías. Se presentan 2 casos de úlcera marginal perforada manejados por laparoscopia y laparotomía.

Objetivo. Revisar esta complicación mediante 2 casos clínicos y video con una cortarrevisión de la literatura.

Material y método. Se presentan 2 casos clínicos de úlceras marginales perforadas posbypass gástrico.

Resultados. El paciente presenta evolución satisfactoria.

Conclusión. El manejo ideal de la úlcera marginal perforada debe ser por laparoscopia.

COLON Y RECTO

02-021

Estent colónico en paciente con obstrucción intestinal y shock séptico

Jhon Freddy Vallejo, Alfredo Cienfuegos, Diego Humberto Márquez
Universidad del Valle
Cali, Colombia
diegohtarquezb@gmail.com

Introducción. La obstrucción intestinal asociada a *shock* séptico a menudo requiere cirugía y colostomía.

Objetivo. Por medio de este caso clínico pretendemos describir la utilidad del *estent* colónico como manejo mínimamente invasivo

del paciente en *shock* séptico y obstrucción intestinal secundaria a enfermedad diverticular.

Material y método. Reporte de caso: paciente de sexo masculino de 70 años de edad quien consulta por obstrucción intestinal y disfunción multiorgánica requiriendo hospitalización en unidad de cuidado intensivo. Se documenta estenosis de sigmoide secundaria a enfermedad diverticular, la cual es manejada con un *estent* colónico. Posterior a adecuada evolución clínica se realiza proctosigmoidectomía por laparoscopia más anastomosis colorrectal sin complicaciones.

Resultados. Se logró reanimación del paciente una vez resuelta la obstrucción intestinal con el *estent* colónico.

Conclusión. El *estent* colónico como terapia puente en el manejo de la obstrucción del colon, secundaria a enfermedad diverticular, permite la reanimación del paciente y posteriormente cirugía definitiva la cual puede ser por vía laparoscópica evitando la necesidad de colostomía.

02-022

Intususcepción ileocólica por pólipo lipomatoso gigante del ciego, presentación de caso clínico y revisión de la literatura

Jhonny Alberto Sierra, Daniel Fernando Contreras, Juan David Figueroa, Juan Camilo Pérez
Hospital Pablo Tobón Uribe
Medellín, Colombia
danielcontrerasp@hotmail.com ; jhonny.sierra.marin@gmail.com

Introducción. La intususcepción en el adulto es una patología de muy baja prevalencia. La literatura en inglés describe menos de 50 casos ocasionados por pólipo lipomatoso.

Objetivo. Describir las características clínicas y paraclínicas de una paciente con diagnóstico de intususcepción ileocólica por pólipo lipomatoso gigante del ciego. Realizar una revisión de la literatura sobre esta entidad.

Materiales y métodos. Se analizaron datos clínicos, imagen diagnóstica, hallazgos quirúrgicos e histopatológicos, comparándolos con la literatura mundial disponible.

Resultados. Paciente de sexo femenino de 56 años, con dolor abdominal de 20 días de evolución de predominio en fosa iliaca derecha, diarrea, pérdida no intencionada de peso, agudización del dolor en los últimos 3 días, hiporexia y emesis, elevación en reactantes de fase aguda y tomografía de abdomen con imagen de intususcepción. Se llevó a laparotomía exploradora identificando una intususcepción del íleon hasta el colon transversal, por masa gigante del ciego, diámetro *in vivo* mayor de 7 cm; se realizó hemicolecotomía derecha con principios oncológicos e íleo transversal anastomosis latero lateral. Buena evolución posquirúrgica. Reporte de patología de pólipo lipomatoso gigante con áreas de necrosis sin malignidad.

Conclusiones. La intususcepción en el adulto es una entidad rara, generalmente asociada a malignidad. El pólipo lipomatoso representa el tercer tumor benigno más frecuente del intestino, con una incidencia en las diferentes series de 0.3 - 0,5%. Sin diagnóstico imagenológico prequirúrgico, ni posibilidad de biopsia por conge-

lación intraoperatoria, se recomienda el tratamiento quirúrgico con los principios de resección oncológica.

02-042

Tumor intususcepto de colon de tipo fusocelular atípico originado en músculo liso: presentación de un caso inusual

Hernando Caba, Sandra Herrera, Luis Gerardo Villota, Liney Mendoza
Universidad de Cartagena
Cartagena, Colombia
lugevigo@gmail.com

Introducción. Los tumores GIST (del estroma gastrointestinal) son neoplasias de origen mesenquimático, antes denominadas de acuerdo a su diferenciación. Estudios de inmunohistoquímica, permiten clasificar estos tumores como una entidad clínico-patológica propia, expresando en 95% de los casos el receptor de transmembrana para el factor derivado de stem cells con actividad sobre el receptor tirosina-quinasa (CD117 o c-KIT). Otros marcadores no específicos incluyen CD34 (60-70%) y actina músculo liso (30-40%), menos común S100 (5%), desmina (raro), marcadores neuroendocrinos.

Objetivo. Presentar un caso de difícil caracterización histopatológica, paciente con la impresión diagnóstica de tumor maligno de colon con intususcepción a nivel del transversal.

Material y método. Paciente de 52 años con neoplasia de colon, estudios de extensión negativos. Diagnóstico histopatológico: tumor fusocelular atípico originado en músculo liso.

Resultados. Colonoscopia: neoplasia avanzada de colon transversal, masa necrótica friable multilobulada ocupante del 90% de la luz. Se practica transectomía, anastomosis latero-lateral, omentectomía, apendicetomía y vaciamiento ganglionar evolución posquirúrgica adecuada. Patología: tumor fusocelular de bajo grado, a favor de GIST, sin invasión linfovascular ni perineural. Márgenes libres. 9 ganglios negativos. Apéndice sin lesión. Inmunohistoquímica: tumor fusocelular, atipia liguera sin incremento de la actividad mitótica, áreas de necrosis. Reactividad en la población de células para actina de músculo liso y desmina SIN reactividad para CD117, CD34 ni S100. Improbable origen de estroma gastrointestinal.

Conclusión. Las neoplasias del colon son primordialmente tumores malignos de tipo adenocarcinomas, los tumores originados en el estroma gastrointestinal son raros y entre ellos pueden presentarse discrepancias en el diagnóstico histopatológico.

02-049

Perforaciones colónicas por amebas, reporte de dos casos

Belkys Narváez, Brenda Lamadrid, Juan J. Acevedo, Rodolfo Barrios
Universidad de Cartagena; Hospital Universitario del Caribe; Hospital El Tunal
Cartagena, Colombia
blamadridm@gmail.com

Introducción. La amebiasis intestinal aguda o forma fulminante, es la manifestación menos frecuente, pero más grave, de la infección por *Entamoeba histolytica*, cuando ocurre la debemos considerar como una verdadera catástrofe abdominal, puesto que presenta alteracio-

nes histopatológicas graves como la necrosis y la perforación. Las perforaciones varían en tamaño, pueden presentarse en forma aguda o con un desarrollo lento, con una mortalidad del 50%. Es común que afecten varios segmentos del colon. La cirugía está indicada en contaminación severa de la cavidad peritoneal, en casos refractarios a tratamiento, o en enfermos muy graves.

Objetivo. Describir dos casos clínicos de perforaciones intestinales por amebas y el tratamiento quirúrgico de las mismas.

Material y método. Estudio de historias clínicas de pacientes, observando estudios diagnósticos, así como, las continuas intervenciones terapéuticas, evolución y revisión de la literatura médica.

Resultados. Caso 1: Paciente de sexo femenino de 67 años, diabética, hipertensa con peritonitis fecal por perforación de colon, evoluciona tórpidamente hacia la muerte, con hallazgo patológico de colitis por amebas. Caso 2: Paciente de sexo masculino de 8 años, con cuadro de diarrea no disintérica y signos de irritación peritoneal, con perforaciones múltiples colónicas por amebas; se realiza colectomía subtotal. Actualmente buena evolución posquirúrgica.

Conclusión. La colitis amebiana fulminante es poco frecuente, el diagnóstico es difícil por el amplio espectro de patologías similares; sin embargo, la falla en el diagnóstico, la instauración de antibióticos de amplio espectro y la demora en el tratamiento adecuado, tienen, como consecuencia, complicaciones serias que requieren procedimientos quirúrgicos urgentes, con morbilidad y mortalidad.

02-057

Síndrome de Ogilvie poscesárea: presentación de caso y revisión de la literatura

David Ricardo Baquero, Claudia Patricia Rivera, Luis Alejandro Moscoso, Juan Guillermo Holguín

Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario; Hospital Universitario Mayor Méderi
Bogotá, D.C., Colombia
drbaqueroz@gmail.com

Introducción. El síndrome de Ogilvie o pseudoobstrucción aguda del colon, es la obstrucción intestinal sin fenómeno mecánico causante. Abarca una amplia gama de presentaciones clínicas, desde el estado asintomático hasta la perforación colónica y muerte por sepsis. El diagnóstico temprano basado en el alto índice de sospecha es el factor que más impacta en el pronóstico.

Objetivo. Presentar un caso de síndrome de Ogilvie diagnosticado y tratado adecuadamente, remarcando la importancia de la sospecha clínica y el manejo multimodal necesario para un desenlace favorable.

Material y método. Se presenta el caso de una paciente de 24 años, en primer día posoperatorio de cesárea por embarazo gemelar de 30 semanas con trabajo de parto pretérmino, quien desarrolla obstrucción intestinal y abdomen agudo por lo que se realiza laparotomía exploratoria, sospechando complicación intraabdominal relacionada con cirugía inicial. Se encuentra dilatación severa de asas intestinales gruesas sin obstrucción mecánica causante. Se diagnostica síndrome de Ogilvie dada la distensión aguda y el cuadro clínico de obstrucción intestinal sin fenómeno obstructivo mecánico. Respuesta adecuada con el manejo con neostigmine y evolución posterior satisfactoria.

Conclusión. El síndrome de Ogilvie es un trastorno infrecuente, con una alta morbimortalidad cuando el diagnóstico es tardío. El reconocimiento temprano y la instauración de una terapéutica apropiada proporcionan una tasa de curación de más del 90% por lo que se debe sospechar en pacientes con factores predisponentes e instaurar el tratamiento tempranamente.

02-072

Apendicitis por endometriosis, una etiología poco usual

Marcela Lucía Tascón, Edgar Julián Rojas

Universidad del Cauca; Clínica La Estancia

Popayán, Cauca, Colombia

marcelatascon@gmail.com

Introducción. La endometriosis es una condición común que puede afectar hasta el 15% de las mujeres. Esta condición representa gran morbilidad y es la causa frecuente de intervención quirúrgica por dolor pélvico crónico. Los sitios más comunes de la endometriosis es el útero y anexos en el 90%. La endometriosis se descubre ocasionalmente en el ombligo y en las cicatrices poscesárea, rara vez, se ve en el riñón, pulmón, piel y diafragma, la afectación del tracto gastrointestinal se ha informado entre el 3 y 37% pacientes con endometriosis pélvica, y cuando lo involucra generalmente implica la recto-sigmoide (72%), el tabique recto-vaginal (13%), intestino delgado (7%), ciego (3,6%) y el apéndice (3%).

Caso clínico. Se presenta caso de paciente 42 años que consulta por dolor abdominal tipo cólico en fosa iliaca derecha no asociado a otros síntomas, paraclínicos, ecografía y tomografía abdominal normal, por persistencia del dolor se lleva a cirugía donde se evidencia apéndice engrosada eritematosa, se da alta por buena evolución, en el control por consulta externa trae reporte de patología: endometriosis en apéndice cecal, se indica manejo por ginecología de patología de base.

Conclusiones. Endometriosis del apéndice se puede presentar con dolor pélvico crónico, melena, hemorragia digestiva baja o invaginación del apéndice. Endometriosis apendicular no es un hallazgo común durante la laparoscopia o laparotomía. El tratamiento de la endometriosis del apéndice es la apendicectomía y posterior instaurar el manejo médico correspondiente.

02-078

Melanoma anorrectal, una rara condición

Juliana Mercedes Jaramillo, Guillermo Julián Sarmiento

Universidad del Cauca; Hospital Universitario San José

Popayán, Cauca, Colombia

julianajaramillo@yahoo.es

Introducción. El melanoma anorrectal corresponde al 0,2% de los casos de melanoma, y al 0,1-4,6% de los tumores malignos del recto. Se presenta en todas las edades con una mayor incidencia a los 65 años. La principal manifestación clínica es el sangrado que se presenta hasta en el 89% de los casos. Ocurre con mayor frecuencia en mujeres. La sobrevida a 5 años corresponde entre 6-28,8%.

Material y métodos. Caso clínico. Se presenta el caso de paciente de sexo femenino de 49 años de edad, que consulta por cuadro de rectorragia asociada a masa que obstruye a través del ano, se evidencia en colonoscopia masa multilobulada de color rosado pálido y

negruzco a 3 cm del borde anal, que ocupa la ampolla rectal e impide avanzar el endoscopio. Histopatología compatible con melanoma. Llevada a cirugía, realizan resección abdominoperineal y colostomía tipo Hartman. Evolución posoperatoria favorable, adicionalmente se inicia terapia neoadyudante.

Conclusiones. El melanoma anorrectal es un raro tumor neurectodérmico, se ha reportado en la literatura mundial menos de 700 casos desde la primera publicación en 1857. La región anorrectal ocupa el tercer lugar en cuanto a localización más frecuente después de la piel y la región ocular. El tratamiento inicial de elección para el melanoma anorrectal es quirúrgico, recomendando la realización de resección abdominoperineal con posterior quimioterapia o anticuerpos monoclonales.

02-084

Vólvulos del sigmoide como causa de abdomen agudo durante el embarazo

Ana Deise Bonilla Castañeda
Clínica Santa Bibiana
Bogotá, Colombia
deiseboca@yahoo.com

Introducción. El vólvulos del sigmoide es una complicación rara durante el embarazo, el diagnóstico constituye un reto que puede causar catástrofes abdominales y altísima mortalidad perinatal si no se diagnostica y trata tempranamente.

Objetivo. Enfatizar en la importancia que tiene para el cirujano general de urgencias el familiarizarse con este tipo de pacientes obstétricas con patología quirúrgica compleja.

Material y método. Reporte caso clínico y revisión del estado del arte.

Resultados. Mujer de 28 años con 33 semanas de gestación que consulta por dolor abdominal distensión y vómito evaluada en múltiples ocasiones inicialmente por ginecología y posteriormente por cirugía general considerando múltiples diagnósticos diferenciales hasta el octavo día de sintomatología cuando presentó cuadro de abdomen agudo y fue llevada a laparotomía exploratoria encontrando vólvulos del sigmoide necrótico y peritonitis generalizada, requirió sigmoidectomía y colostomía tipo Hartman, dos días después presenta parto pretérmino, el recién nacido se recuperó luego de 15 días de hospitalización.

La madre requirió lavados peritoneales con mejoría del cuadro séptico con estancia hospitalaria de 25 días.

Conclusión. En la revisión de la literatura se encuentra menos de 100 casos reportados de esta patología, en los cuales el factor que más aumenta la morbimortalidad maternoperinatal, que es alta, es el prolongado tiempo de diagnóstico de más de 5 días desde el inicio del cuadro.

Se debe tener una alta sospecha para lograr una intervención temprana.

02-090

Divertículo cecal: reporte de caso

Gabriel David López, Andrés Felipe Salazar, Sergio Andrés Cervera

Clínica Palermo
Bogotá, Colombia
gabriellopez15@gmail.com

Introducción. Divertículo cecal es una enfermedad rara, benigna, usualmente asintomática, que predomina en hombres y ocasionalmente es causa de abdomen agudo quirúrgico. Su sintomatología usualmente asemeja a otras enfermedades intestinales quirúrgicas como la apendicitis o el plastrón apendicular. Dado que el diagnóstico inicial puede ser equívoco, la aplicación de un adecuado juicio clínico asociado a las ayudas diagnósticas pertinentes, permiten que se dé el manejo adecuado a esta patología.

Objetivo. Dar a conocer por medio de un caso clínico, una patología gastrointestinal con baja frecuencia, de difícil diagnóstico prequirúrgico, y con manejo que varía desde el manejo médico hasta la hemicolectomía derecha.

Material y método. Se utilizó un caso clínico, el cual se estudia y analiza. Revisión de la literatura al respecto.

Resultados. Se evidenció que un paciente con dolor abdominal en flanco y fosa iliaca derecha inicialmente interpretado como plastrón apendicular, requirió de un estudio complejo imagenológico y endoscópico y posterior realización de un procedimiento quirúrgico, ante un diagnóstico difícil de realizar de divertículo único gigante del colon derecho.

Conclusión. Es importante reconocer la existencia de los divertículos cecales en casos de dolor abdominal en fosa iliaca derecha, en donde otras patologías de mayor incidencia como la apendicitis hacen difícil el manejo expedito de esta condición. El juicio clínico, asociado a la racionalidad en el estudio y manejo quirúrgico, hacen de esta entidad una patología que puede ser manejada eficazmente en nuestro medio.

VASCULAR

02-051

Manejo simultáneo endovascular de aneurisma de aorta abdominal y torácico

Juan Javier Acevedo, Juan Carlos Martínez, Efraín Ramírez,
Laura Loaiza
Universidad de Cartagena
Cartagena, Colombia
juanjaviermd@hotmail.com

Introducción. Los aneurismas múltiples de la aorta se presentan en el 12,6% de los pacientes sometidos a cirugía de aneurismas aórticos, siendo más frecuentes en aquellos que se presentan con aneurisma abdominal. La supervivencia a los tres y siete años de los pacientes a quienes no se tratan los aneurismas es del 32 y el 2%, en contraste con el 48 y 12% en los pacientes a quienes se trata uno de los aneurismas, y con el 64 y 34% a quienes se ha tratado de los dos aneurismas.

Objetivo. Realizar revisión de la literatura científica acerca de manejo endovascular de aneurisma de aorta torácica y abdominal.

Material y método. Estudio descriptivo, tipo presentación de caso.

Resultados. Paciente de sexo femenino de 69 años con dolor abdominal, predominio izquierdo que se irradia a región dorsal al examen físico presencia de masa palpable en mesogastrio pulsátil de 5 x 6 cm, la cual se le realiza tac toracoabdominal evidenciando aneurisma de aorta torácica descendente y otro aneurisma aorta abdominal infrarrenal con criterios quirúrgicos la cual se realiza reparación endovascular de ambos aneurismas en un solo tiempo.

Conclusión. La aparición de stent endovascular como una terapia alternativa a la reparación quirúrgica abierta de aneurismas abdominales y torácicos es un avance emocionante. Es evidente que los pacientes de alto riesgo quirúrgico se beneficiarán de esta tecnología. La reparación endovascular simultánea de AAT y AAA se puede realizar con seguridad y éxito cuando anatómicamente sea factible.

02-071

Aneurisma de arteria humeral en fístula arterio-venosa

Marcela Lucía Tascón, Guillermo Wilson Muñoz, Edgar Julián Rojas

Universidad del Cauca; Clínica La Estancia
Popayán, Cauca, Colombia
marcelatascon@gmail.com

Introducción. Los avances en el manejo de la nefropatía crónica en fase terminal han convertido a los accesos vasculares en una de las intervenciones más comunes para el cirujano vascular. Como cualquier procedimiento tiene complicaciones como trombosis, hemorragia, infección, síndrome de robo, hipertensión venosa o la formación de pseudoaneurismas a largo plazo. Esta última entidad implica una reducción en la vida útil de la fístula, aumento de trombosis del injerto, infección, dificultad en el acceso o incluso rotura.

A propósito un caso de pseudoaneurisma gigante sobre fístula humeral autóloga que requirió manejo quirúrgico.

Caso clínico. Paciente de sexo femenino de 53 años de edad con enfermedad renal crónica estadio V de etiología no definida en hemodiálisis hace 11 años, con sensación de masa pulsátil de crecimiento progresivo en la fístula, es valorada por cirugía vascular que decide llevar a cirugía para resección de dilatación aneurismática en la fístula en miembro superior izquierdo, colocación de injerto PTFE, sin complicaciones y adecuada perfusión de la extremidad.

Conclusión. Las complicaciones de los accesos vasculares según la literatura mundial son responsables de un 15% de los ingresos hospitalarios de los pacientes en hemodiálisis. Los pseudoaneurismas son complicaciones relativamente poco frecuentes, y su incidencia es aún menor en las fístulas autólogas respecto a las realizadas con injertos de politetrafluoroetileno, en los que el tratamiento endovascular puede ser suficiente en un intento de prolongar la vida del acceso vascular.

En casos como el descrito, la cirugía abierta constituye el único tratamiento eficaz para otras complicaciones enunciadas.

TRAUMA E INFECCIONES

02-005

Fascitis necrotizante en un paciente inmunocomprometido

Roosevelt Fajardo, William Cruz, Carlos Felipe Perdomo
Fundación Santa Fe de Bogotá, Universidad de los Andes
Bogotá, D.C., Colombia
roosevelt.fajardo@fsfb.edu.co ; wa.cruz84@uniandes.edu.co

Introducción. La Fascitis Necrotizante (FN) es una entidad poco común pero que reviste gran importancia, debido a su alta mortalidad. Se define como aquella infección que compromete además el tejido celular subcutáneo, las fascias de Camper y Scarpa y puede ser dado por acción sinérgica de los gérmenes. El diagnóstico eminentemente clínico, se basa en la sospecha en pacientes con lesiones cutáneas leves, que cursan con dolor desproporcionado e importante compromiso sistémico. El LRINEC es una escala basada en medidas de laboratorio que ayuda a dirigir el diagnóstico en aquellos casos en los que el cuadro clínico no es claro. El manejo se basa en el desbridamiento quirúrgico del tejido comprometido hasta encontrar bordes viables, otras medidas incluyen la adecuada resucitación inicial, el manejo antibiótico y nutricional.

Objetivo. Se hace la presentación del caso clínico de un paciente con FN asociada a un número importante de comorbilidades, posteriormente se hace una revisión de las generalidades sobre diagnóstico y manejo de la FN.

Material y método. Revisión bibliográfica sobre fascitis necrotizante.

Conclusión. La FN es una entidad rápidamente progresiva que genera un compromiso sistémico importante en corto tiempo. La reanimación con líquidos e inotrópicos, así como la antibioticoterapia son también pilares del manejo, que disminuyen la mortalidad; sin embargo, siempre debe realizarse desbridamiento del tejido desvitalizado. El diagnóstico y manejo temprano son los principales condicionantes de la mortalidad. Cualquier retraso, incluso en la realización de estudios confirmatorios puede cambiar el pronóstico del paciente.

02-024

Reconstrucción de pared torácica con puentes de titanio en luxación traumática esternocostal, reporte de un caso y revisión de la literatura

Mauricio Velásquez, Guillermo Vallejo, Laura Lugo, Marco Antonio Medina, Juan David Acosta
Universidad del Cauca
Popayán, Colombia
lauralugo@gmail.com

Introducción. Las fracturas costales se asocian frecuentemente al trauma torácico. La morbimortalidad está relacionada con el número de costillas fracturadas, la edad avanzada y las lesiones de estructuras adyacentes: cardíacas y/o pulmonares. Cuando se asocia a tórax inestable la conducta de estabilización quirúrgica ha mostrado disminuir la mortalidad.

Objetivo. Presentar un caso de reconstrucción de la pared torácica con puentes de titanio en una luxación esternocostal traumática y la revisión de la literatura al respecto.

Material y método. Paciente de sexo masculino de 84 años, que presenta trauma cerrado de tórax por aplastamiento con un madero de un trapiche.

Resultados. El paciente ingresó a urgencias con hemoneumotórax derecho manejado con toracostomía cerrada, la tomografía de tórax con reconstrucción reporta luxación esternocostal del tercer al sexto arcos costales y fracturas de la 4 a la 6 costilla en su segmento lateral. Se llevó a fijación de fractura esternal con alambre de acero, colocación de puentes y seis clips de titanio y fijación de fractura del sexto arco costal con placa. La evolución posquirúrgica fue satisfactoria.

Conclusión. El tórax inestable y las fracturas costales se relacionan con aumento de la morbimortalidad, estancia hospitalaria e importante incapacidad funcional. La fijación costal ha ganado importancia en los últimos años para el tórax inestable, mostrando en algunos estudios disminución de la morbimortalidad al compararla con el manejo conservador.

02-032

Manejo del trauma hepático por laparoscopia

Joel Arévalo Novoa, Juan Jairo Zuluaga, Carlos Andrés Rodríguez

Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia
jofareno785@hotmail.com

Introducción. En la literatura revisada son pocos los casos reportados del manejo laparoscópico del trauma hepático, y especialmente en Colombia, no se encontró ninguno. A continuación se reporta un caso de reparación laparoscópica de una herida hepática ocasionada por arma cortopunzante en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl y se describen los aspectos más relevantes asociados a esta alternativa.

Objetivo. Describir un caso de reparación laparoscópica de una herida hepática ocasionada por arma cortopunzante en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl.

Material y método. Paciente de sexo masculino de 25 años con clínica de 6 horas de herida por arma cortopunzante penetrante en epigastrio, estable hemodinámicamente, a la hora del ingreso presentó signos de irritación peritoneal, se realizó laparoscopia y se encontró hemoperitoneo de 1500 mL con una herida de 2 cm en segmento III del hígado, se realizó rafia con punto intracorpóreo logrando adecuada hemostasia.

Resultados: El paciente evolucionó de forma satisfactoria, fue dado de alta al siguiente día de la cirugía.

Conclusión. La laparoscopia durante muchos años ha demostrado mejores resultados tanto médicos como económicos cuando se compara con la cirugía abierta, esta puede ser un gran apoyo en el escenario del paciente con trauma, evitando laparotomías innecesarias, de esta forma disminuyendo la mortalidad y morbilidad en los pacientes, con un menor tiempo hospitalario, y mejor control del dolor; por lo que se debe motivar a realizar esta técnica en los distintos escenarios

del trauma abdominal y realizar estudios con buen nivel de evidencia para aclarar el verdadero papel de la laparoscopia en trauma.

02-034

Manejo conservador del trauma esplénico contundente

Patricia Olarte, Vladimir Barón, Alejandro Lora, Wilmar Martín
Fundación Universitaria Sanitas; Clínica Universitaria Colombia
Bogotá, D.C., Colombia
patriciaolarte26@hotmail.com

Introducción. El bazo sigue siendo el órgano abdominal más lesionado después de un traumatismo cerrado. El diagnóstico de la lesión esplénica y la identificación de las características de la misma, es relevante para el pronóstico y la conducta a seguir, siendo los principales objetivos de la evaluación de la imagen después de un traumatismo.

El tratamiento no quirúrgico de las lesiones contundentes del bazo es ahora el tratamiento de elección en pacientes hemodinámicamente estables, con bajo grado (I a III) contundente, sin ninguna evidencia de otras lesiones intrabdominales, y que se pueden observar inicialmente de forma segura.

Objetivo. Evaluar las ventajas y desventajas del manejo conservador del trauma esplénico contundente y los criterios de selección de los pacientes.

Material y métodos. Se presenta caso clínico de un paciente de 19 años de edad con cuadro clínico de traumatismo contundente con motocicleta en hemiabdomen izquierdo. Se toma TAC abdomen que evidencia lesión esplénica grado III, con laceración hipodensa que compromete principalmente el polo superior y el segmento lateral de aproximadamente 77 x 28 x 51 mm, asociado a moderada cantidad de líquido denso de localización periesplénica, perihepática en las goteras parietocólicas, interasas y en la pelvis en relación con hemoperitoneo.

El paciente se encuentra hemodinámicamente estable, con hemoglobina al ingreso de 14.8 mg/dl, sin abdomen agudo, sin signos de irritación peritoneal. Se decide iniciar un manejo conservador, se traslada a UCI para monitoreo hemodinámico, con hemoglobina seriada que se mantiene en 12.5 mg/dl, sin signos de irritación y con estabilidad hemodinámica permanente.

Resultados. Después de 5 días de observación, se da alta hospitalaria.

Se documenta consulta 22 días después del alta por dolor abdominal, se toman imágenes diagnósticas que evidencian un pseudoaneurisma de una rama segmentaria esplénica intraparenquimatosa, con manejo por cirugía vascular con embolización con coils. Evolución satisfactoria, control hasta 4 meses después con evolución clínica óptima.

Conclusión. El manejo conservador de la lesión esplénica contundente se asocia con una baja morbilidad y la mortalidad en general cuando se aplica a una población de pacientes apropiada.

El tratamiento no quirúrgico de estas lesiones esplénicas, debe ser considerado solo en un entorno que proporciona capacidades de monitoreo, evaluaciones clínicas seriadas, y que se cuente con una sala de cirugía disponible para laparotomía urgente.

El tratamiento no quirúrgico no es apropiado en pacientes con inestabilidad hemodinámica, peritonitis generalizada, o para

pacientes con otras lesiones intrabdominales que requieren exploración quirúrgica.

02-041

Fístula aortoventricular en trauma cardiaco

Sandra Milena Galindo, Hernán Hernández, Juan Zarco Paternina, Jaime Iglesias,
Clínica Universitaria San Juan de Dios
Cartagena, Colombia
sandramilenagv29@hotmail.com

Introducción. Las lesiones traumáticas en tórax por arma cortopunzante representan alto riesgo de lesión cardiopulmonar, aproximadamente el 10% de los pacientes tienen daño cardiaco. Más del 90% de las lesiones de grandes vasos son debidas a lesiones penetrantes a nivel torácico. La incidencia global de defectos intracardiacos es el 1,25% y de fístulas aortoventriculares es del 0,5% considerando una lesión poco frecuente.

Objetivo. Comparar los hallazgos clínicos y de imagen, el enfoque y manejo del paciente que tiene trauma cardiaco penetrante, con el riesgo de padecer una fístula aortoventricular y comparar con los reportes de casos de la literatura.

Material y método. Se realizó una revisión de los reportes de casos y los distintos enfoques descritos en la literatura y se comparó con un caso reciente en nuestra institución.

Se trata de paciente 23 años, cuadro clínico caracterizado por heridas penetrantes a tórax por arma cortopunzante, inestable hemodinámica, al cual se le realizó toracotomía más esternotomía con evidencia de lesión puntiforme en auricular derecha, quien presentó signos de falla cardíaca postraumática con ecocardiograma transesofágica que reporto fístula aortoventricular derecha y comunicación interauricular.

Resultados. La presencia de fístula aortoventricular secundaria a trauma cardiaco es una condición rara y sospecharse en todo pacientes con signos de falla cardíaca.

Conclusión: En todo paciente con herida cardíaca externa debe descartarse la presencia de lesión cardíaca compleja y en pacientes con signos de falla cardíaca, se debe sospechar la presencia de una fístula aortoventricular.

02-054

Trauma hepático complejo

Diego Arboleda, Alejandro Lora, Jorge Vargas, Miguel Lima
Clínica Universitaria Colombia
Bogotá, D.C., Colombia
cirugiacuc@gmail.com ; jota.vargas@gmail.com

Introducción. El trauma hepático complejo es aun, a pesar de los avances en manejo quirúrgico y no quirúrgico en trauma una causa importante de morbilidad.

Objetivo. Presentación de caso clínico de un paciente con trauma hepático grado V, quien fue manejado exitosamente, con múltiples intervenciones, quien requirió manejo de abdomen abierto y fístula biliar.

Material y método. Se presenta el caso clínico de un paciente de 32 años con herida por proyectil de arma de fuego, lesión hepática

grado V, quien requirió cirugía de control de daños, balón de Morimoto, bolsa de laparostomía y toracotomía. Requirió manejo de fístula biliar y reconstrucción de pared abdominal. El cierre primario de la pared abdominal se logró mediante la utilización de malla de polipropileno en la fascia para disminuir la retracción de la misma, sistema de presión negativa y técnica de separación de componentes. Consiguiendo al momento de su salida, pared abdominal con cierre primario y fístula biliar canalizada 39 días posterior a su ingreso.

Resultados. Se logró el manejo de un trauma hepático complejo, abdomen abierto y fístula biliar, consiguiendo cierre primario de la pared abdominal, canalización de fístula biliar y mínima discapacidad posterior a su egreso.

Conclusión. El manejo del trauma hepático complejo es una entidad con alta tasa de morbilidad, que requiere de apoyo multidisciplinario y la utilización de nuevas tecnologías y aproximaciones quirúrgicas innovadoras para lograr cierres primarios de la pared abdominal y el manejo de las múltiples complicaciones derivadas de este evento.

02-060

Gangrena de Fournier: manejo integral en una clínica de heridas y trastornos metabólicos

Germán Alfredo Ramírez, Alejandro Pinzón, Luis Alejandro Torres, Gina Paola Losada
Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva E.S.E.
Neiva, Colombia
alfredoheridas@hotmail.com

Introducción. La gangrena de Fournier es una infección necrotizante de tejido blando de la región perineal extensa y rápidamente progresiva; es un reto clínico y requiere manejo integral y agresivo con potencial compromiso fulminante.

Objetivo. Presentar la evolución satisfactoria derivada del tratamiento integral por parte de una clínica de heridas y trastornos metabólicos en una patología catastrófica.

Material y método. Paciente de 30 años de sexo masculino, quien posterior a aplicación de anillo metálico en base de pene presenta colección purulenta escrotal evolucionando a cuadro séptico, es diagnosticado clínicamente como infección necrotizante de tejidos blandos, con indicador de riesgo de laboratorio para fascitis necrotizante (LRINEC Score) de 7 puntos, sugestivo de riesgo intermedio; con desenlace satisfactorio como resultado de la atención oportuna e integral por la clínica de heridas y trastornos metabólicos. Se realiza desbridamiento amplio, instalación de terapia de presión subatmosférica, control metabólico y procedimientos de reconstrucción.

Resultados. Hallazgos quirúrgicos: extenso eritema edema y crepitación que compromete hemiabdomen inferior región perineal, perianal, genital, con absceso escrotal, por lo cual se realiza desbridamiento de esta área. Reporte de microbiología C05210101 *Staphylococcus aureus* resistente a Oxacilina. Reporte de patología Q3356-12 y Q3401-12 fascitis necrotizante. Se logra el control del foco, progresiva reconstrucción preservación de estructuras y función eréctil, posterior a 6 procedimientos y hospitalización por 46 días egresa.

Conclusión. El tratamiento con terapia de presión subatmosférica, el soporte metabólico y la terapia sistémica en una unidad especial mostró un buen resultado anatómico y funcional en una patología de mal pronóstico.

02-100

Hernia diafragmática traumática: reporte de dos casos y revisión de la literatura

Sebastián Tabares, Juliana Restrepo, Humberto Aristizábal
Pontificia Universidad Bolivariana
Medellín, Colombia
julirpo85@gmail.com ; sebastabares@hotmail.com

Introducción. El trauma diafragmático es la causa más común de hernia diafragmática adquirida. La incidencia de trauma diafragmático está reportada entre 0,4 y 1,2%. La sensibilidad de las ayudas diagnósticas para las heridas de diafragma es baja por lo que algunos pacientes se presentan de forma tardía con complicaciones como incarceration y estrangulación de órganos abdominales, con una mortalidad superior al 50% cuando esto se presenta. El manejo es quirúrgico.

Objetivo. Presentar dos casos clínicos de pacientes con hernia diafragmática traumática y hacer la correlación con la literatura actual.

Materiales y métodos. Se revisaron las historias clínicas de los dos pacientes y se revisó la literatura actual sobre hernia diafragmática traumática.

Resultados. Un paciente de 85 años que luego de un accidente de tránsito en calidad de peatón presentó falla ventilatoria y requirió intubación orotraqueal. Se realizó tomografía toracoabdominal y se evidenció gran hernia diafragmática izquierda. El paciente se deteriora rápidamente y fallece antes de poder ser llevado a cirugía. El segundo paciente tiene un antecedente de herida por arma cortopunzante en el hemitórax izquierdo y consultó por síntomas respiratorios y dolor en flanco izquierdo. Inicialmente se pensó en diferentes diagnósticos y solo la tomografía sugirió una hernia diafragmática. En cirugía se evidenció una hernia diafragmática con el estómago necrosado y perforado en el hemitórax izquierdo.

Conclusión. Presentamos dos pacientes con hernia diafragmática traumática, uno con un trauma agudo que falleció rápidamente y el otro con una hernia diafragmática crónica con el estómago en el hemitórax izquierdo que luego del manejo quirúrgico evolucionó satisfactoriamente.

HERNIAS Y PARED ABDOMINAL

02-004

Hernia de Amyand, Reporte de caso

Roosevelt Fajardo, Lady Katherine Mejía, Martha Milade Torres, Carlos Felipe Perdomo
Fundación Santa Fe de Bogotá, Universidad de los Andes
Bogotá, D.C., Colombia
roosevelt.fajardo@fsfb.edu.co; lk.mejia2175@uniandes.edu.co

Introducción. La hernia de Amyand es una entidad atípica, caracterizada por el hallazgo del apéndice vermiforme contenido en un defecto herniario inguinal, descrita por primera vez en 1736 por Claudius Amyand. Su incidencia es muy baja: 0,07%-0,13%, así

que el diagnóstico es generalmente transoperatorio y el manejo es controvertido.

Objetivo. Determinar la fisiopatología, la presentación clínica, los sistemas de clasificación y el mejor abordaje diagnóstico y terapéutico de la hernia de Amyand.

Material y método. Se reportó un caso clínico de hernia de Amyand, presentado en nuestro medio, y se realizó una revisión de la literatura, haciendo énfasis en el diagnóstico clínico y radiológico, clasificación y tratamiento de esta condición.

Resultados. La búsqueda de la literatura arrojó reportes de caso exclusivamente, afirmando la baja incidencia de la entidad. Se revisó una serie de artículos, que coinciden en que la presentación clínica se caracteriza por una hernia inguinal derecha irreductible, con signos de peritonitis local, dolor en la fosa ilíaca derecha y ausencia de signos de obstrucción intestinal. La ultrasonografía y la TAC abdominal son herramientas útiles en el diagnóstico. Aunque no se ha establecido la mejor conducta terapéutica, un posible abordaje es el propuesto por Losanoff y Basson, evitando la colocación de malla para la corrección del defecto herniario.

Conclusión. La hernia de Amyand constituye una condición rara, ocasionalmente diagnosticada preoperatoriamente. Debe considerarse siempre que la presentación clínica sea característica, y seguir el abordaje diagnóstico y terapéutico recomendado por la literatura.

Conclusión: No todos los síndromes pilóricos son secundarios a enfermedad neoplásica, la estrongiloidiasis es frecuente en nuestro medio y debe tenerse en cuenta en pacientes con clínica de obstrucción intestinal alta.

02-064

Herniorrafia inguinal por laparoscopia ¿es posible realizar el reparo sin fijación de la malla?

Ricardo Nassar, Juan David Linares, Juan David Hernández, Fernando Arias, Cristina Domínguez
Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá
Bogotá, D.C., Colombia
rnassarmd@gmail.com ; juanlinaresmd@gmail.com

Introducción. Con el advenimiento de nuevas técnicas en cirugía mínimamente invasiva, el reparo de la hernia inguinal es motivo de múltiples controversias en el ámbito quirúrgico, se presenta una serie de pacientes llevados a reparo de hernia inguinal por laparoscopia con malla autoadhesiva de polipropileno (Parietex Progrid®).

Objetivo. Presentar una serie de pacientes manejados en el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá y revisar la literatura.

Material y método. Se presenta una serie de pacientes llevados a reparo de hernia inguinal con abordaje total extraperitoneal con ayuda del sistema de disección preperitoneal Spacemaker™ y fijación de malla autoadhesiva de polipropileno (Parietex Progrid®).

Resultados. Se realizaron 7 reparos de hernias bilaterales por abordaje extraperitoneal (TEP) con el uso de malla autoadhesiva de polipropileno (Parietex Progrid®) Hasta el momento no se han presentado casos de recurrencia ni complicaciones secundarias.

Conclusión. El uso de dispositivos de fijación para mallas tales como grapas o dispositivos helicoidales, posiblemente contribuyen con el

daño nervioso secundario al atrapamiento de las fibras nerviosas. El reparo de hernias inguinales por abordaje total extraperitoneal (TEP) sin dispositivos de fijación, es un procedimiento seguro en manos de un cirujano experimentado y con entrenamiento. Se expone ante la comunidad quirúrgica los resultados satisfactorios en términos de menor dolor posoperatorio, menor morbilidad en los pacientes llevados a este procedimiento. Es necesario continuar el seguimiento de los pacientes a largo plazo para confirmar los resultados descritos en la literatura.

02-074

Divertículo de Meckel en una hernia inguinal izquierda ambulatoria, a propósito de un caso clínico en el Hospital Susana López de Valencia de II nivel, Popayán, Colombia

Henry Pastas, Mónica Yaneth Londoño

Universidad del Cauca; Hospital Susana López de Valencia
Popayán, Cauca, Colombia
moyaloli@yahoo.com

Introducción. La hernia de *Littre* es la presencia de un divertículo de Meckel dentro de un defecto herniario de la pared abdominal, en orden de frecuencia se asocia con hernia inguinal 50%, femoral 20%, umbilical 20% y misceláneos 10%.

Es una patología poco frecuente, pues el divertículo de Meckel se presenta en el 2% de la población general y sus principales complicaciones son la hemorragia, la inflamación y la obstrucción.

Se diagnostica y maneja en la mayoría de los casos en el servicio de urgencias como manifestación de una complicación aguda de una hernia inguinal derecha, en esta oportunidad presentamos un caso de herniorrafia izquierda electiva.

Objetivo. Compartir una experiencia clínica mediante la presentación de un caso y Revisión de la literatura científica.

Material y método. Revisión de una historia clínica y resumen de los resultados de la literatura relacionada.

Resultados. Paciente de 22 años programado para herniorrafia inguinal izquierda. Es llevado a cirugía encontrando hernia inguinal izquierda Nyhus IIIB, contenido de segmento de íleon terminal en el cual se encuentra divertículo de Meckel. Se realiza herniorrafia inguinal izquierda, reducción del contenido herniario, previa sección del divertículo y sutura del muñón. Se liga el saco herniario en su base, se fija malla de polipropileno al ligamento de Cooper. Evolución posquirúrgica inmediata y control ambulatorio satisfactorio

Conclusión. Se presenta un caso clínico exótico, se revisó la literatura, se deja como referencia.

02-095

Hernia de Amyand: reporte de caso de apendicitis aguda dentro de una hernia inguinal derecha

Sergio Cervera, Mauricio Rincón, Alfonso Márquez,

Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana,
Bogotá D.C., Colombia
alcamarus23@hotmail.com

Introducción. El hallazgo de un apéndice cecal dentro de una hernia inguinal encarcelada es un evento clínico reportado en menos de 1% de la población de adultos llevados a corrección quirúrgica de hernia inguinal. Desde 1735 en el que Claude Amyand describió el primer caso en un niño de 11 años, son pocos los casos descritos en la literatura, especialmente en la colombiana.

Objetivo. Buscar, documentar y describir una patología infrecuente de manera cronológica y con ayudas visuales del proceso terapéutico realizado, con el fin de presentar en un ambiente académico una patología inusual en la cual existen pocos casos reportados en nuestra población.

Material y método. Reporte y análisis de caso clínico en un paciente de sexo masculino de 71 años con antecedente de hernia inguinal derecha, que ingresa por cuadro clínico compatible con hernia inguinal derecha encarcelada y con hallazgo intraoperatorio de apendicitis aguda dentro de saco herniario en fase fibrinopurulenta.

Resultados. Hernia inguinal derecha encarcelada con apendicitis aguda fibrinopurulenta, confirmada por patología.

Conclusión. La hernia de Amyand, es una patología poco frecuente y de difícil diagnóstico prequirúrgico, que se encuentra especialmente en casos que requieren manejo quirúrgico de urgencia; este hallazgo clínico intraoperatorio inesperado requiere de apendicectomía a través de la herniotomía como parte del manejo, y posteriormente el reparo mediante una prótesis sintética.

02-098

Terapia de salvamento de malla infectada-eventrorrafia con el sistema de presión negativa, reporte de caso clínico y revisión de la literatura

Hernando Omar Espitia, Felipe Vargas, Claudia Rivera, Dary Luz Hernández, Juan Carlos Arenas

Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario; Hospital Universitario Mayor Méderi
Bogotá, D.C., Colombia
hoespitia@gmail.com

Introducción. Caso clínico: Paciente de sexo masculino de 61 años laboralmente activo, con antecedentes de diabetes mellitus II, insulino dependiente, IMC 37, tabaquismo, sometido en el año 2011 a laparotomía exploratoria drenaje de peritonitis generalizada por apendicitis aguda perforada, requiriendo múltiples lavados quien cursa con hernia incisional con un defecto de 25 x 20 cm, se realiza el 29-01-13 Eventrorrafia con malla de baja densidad de polipropileno-polidioxanona con cubrimiento de celulosa oxidada de 30 x 30 cm técnica *Onlay* sin complicaciones intraoperatorias, mínimo sangrado, tiempo quirúrgico de 4 horas, se deja drenaje de hemovac, evolución posoperatoria satisfactoria, hospitalizado 5 días, retiro del hemovac al 09 día posoperatorio, regresa el 14 día POP con signos de infección de la herida quirúrgica con franca salida de pus y amplia exposición del material protésico, se inicia terapia antimicrobiana es llevado a lavado quirúrgico encontrándose material purulento en la malla, abundante tejido necrótico a nivel subcutáneo y bordes de piel necróticos se encuentra la malla integrada, se toman cultivos y se realiza lavado con 10 litros de solución salina, se inicia terapia antimicrobiana IV de amplio espectro, se repite el lavado quirúrgico a las 48 horas, se realiza nuevo desbridamiento de tejido necrótico residual, se evidencia adecuada integración de la malla, se decide no retirar la malla e iniciar

plan de salvamento de la malla con la terapia de presión negativa al vacío y antimicrobianos de amplio espectro según resultado de cultivos, durante un periodo de 23 días se utiliza la terapia de presión negativa con recambios cada 72 a 96 horas, realizándose los recambios del sistema en la habitación, sin limitación en la movilidad del paciente, en total se realizaron 6 recambios del sistema, finalmente se cubrió el defecto residual de piel con barrera de hidrocoloides, el paciente reinició su actividad laboral al día 45 de la eventrorrafia.

Discusión. Las infecciones de las eventrorrafias con malla se han reportado en un rango del 1 al 10% dependiendo de varios factores tales como edad, comorbilidades, tipo de malla utilizada, técnica quirúrgica empleada, tiempo operatorio, el manejo estándar ha sido retirar las mallas infectadas para asegurar un control definitivo del foco infeccioso, pero esta conducta también tiene riesgos tales como formación de fístulas intestinales, sangrado y defectos amplios de la pared abdominal acompañado de hospitalizaciones e incapacidades laborales prolongadas se han reportado series de casos que describen el salvamento de la malla infectada con diversos métodos tales como el drenaje quirúrgico, irrigación continua, el uso prolongado de antimicrobianos acompañado de curaciones de alta tecnología por lo general por un largo periodo de tiempo, una posible alternativa a los métodos anteriores podría ser la implementación de la terapia de succión negativa, la cual se ha utilizado en el manejo de heridas complejas en la última década con resultados satisfactorios, esta terapia es un método no invasivo y dinámico para lograr el cubrimiento de la malla y un adecuado cierre de la herida quirúrgica, la terapia de succión negativa remueve el exceso de líquidos en la herida, disminuye la carga bacteriana, promueve la neovascularización y granulación, de igual manera preserva la integridad de la pared abdominal, al evitar el retiro de la malla, disminuye del tiempo de hospitalización, reingreso más rápido a la actividad laboral, como también brinda comodidad al paciente al evitar el olor de secreciones.

Conclusiones. El manejo de la malla infectada requiere un enfoque interdisciplinario, el salvamento de la malla en infecciones profundas es una opción viable, la implementación de la terapia de succión negativa acompañada de un desbridamiento quirúrgico inicial es una opción segura, costo efectivo que deberíamos tener en cuenta como herramienta terapéutica al abordar este tipo de pacientes.

TRANSPLANTE

02-010

Trasplante de intestino delgado: reporte del primer paciente colombiano con sobrevida mayor a 6 años

Carlos Ernesto Guzmán, Álvaro Mena, Sergio Iván Hoyos, Juan Carlos Restrepo, Juan Ignacio Marín, Octavio Germán Muñoz, Óscar Mauricio Santos, Sandra Milena Alzate, Carolina Echeverri, Fabián Juliao, Mario Hernán Ruiz, Julio Eduardo Zuleta, Andrés Germán Goldstein
Hospital Pablo Tobón Uribe
Medellín, Colombia
cguzman@hptu.org.co

Introducción. Desde 1987 el trasplante de intestino ha tenido un desarrollo progresivo en el mundo, ofreciendo hoy una sobrevida similar a los trasplantes de hígado y riñón.

Objetivo. Reportar la evolución de nuestra primera paciente, con trasplante de intestino delgado, en alcanzar una sobrevida mayor a 6 años, que a su vez es la segunda sobrevida más larga en Latinoamérica.

Material y método. Es un estudio descriptivo de la evolución de una paciente de 37 años, quien el 30 de enero de 2006 recibió un trasplante de intestino delgado como tratamiento de un síndrome de intestino ultracorto secundario a una trombosis mesentérica masiva.

Resultados. El tiempo quirúrgico fue de 7 horas y 35 minutos. La estancia en UCI fue de 3 días, el retiro de la nutrición parenteral total fue el día 7 postrasplante y la estancia hospitalaria fue de 25 días. La única complicación que ha presentado fue un rechazo agudo leve el día 24 postrasplante, que mejoró con un bolo de un gramo de metilprednisolona y aumento de la medicación inmunosupresora de base (Tacrólimus y Prednisolona). La sobrevida actual es de 6 años y 4 meses, con una completa autonomía nutricional y un retorno completo a sus actividades sociales y laborales.

Conclusión. El obtener una sobrevida mayor de 6 años con esta paciente, nos estimula para compartir con los demás cirujanos colombianos que el trasplante de intestino delgado ya es una realidad en el mundo y en nuestro país, con resultados cada vez más satisfactorios.

02-012

Trasplante multivisceral modificado: reporte del primer paciente colombiano con sobrevida mayor a 3 años y medio

Carlos Ernesto Guzmán, Álvaro Mena, Sergio Iván Hoyos, Juan Carlos Restrepo, Juan Ignacio Marín, Octavio Germán Muñoz, Óscar Mauricio Santos, Sandra Milena Alzate, Carolina Echeverri, Fabián Juliao, Mario Hernán Ruiz, Julio Eduardo Zuleta, Andrés Germán Goldstein
Hospital Pablo Tobón Uribe
Medellín, Colombia
cguzman@hptu.org.co

Introducción. Desde 1987 el trasplante de intestino y multivisceral ha tenido un desarrollo progresivo en el mundo, ofreciendo hoy una sobrevida similar a los trasplantes de hígado y riñón.

Objetivo. Reportar la evolución de nuestro primer paciente, con trasplante multivisceral modificado, en alcanzar una sobrevida mayor a 3 años y medio, que a su vez es la sobrevida más larga en Latinoamérica con la técnica que preserva el duodeno, páncreas y bazo del receptor.

Material y método. Es un estudio descriptivo de la evolución de un paciente de 23 años, quien el 19 de agosto de 2009 recibió un trasplante multivisceral modificado (estómago, páncreas e intestino delgado en bloque) como tratamiento de una dismotilidad generalizada del tracto gastrointestinal.

Resultados. El tiempo quirúrgico fue de 6 horas y 25 minutos. La estancia en UCI fue de 3 días, el retiro de la nutrición parenteral total fue el día 19 postrasplante y la estancia hospitalaria fue de 35 días. Complicaciones: Obstrucción intestinal por bridas (día 74 postrasplante) y un Herpes zoster en hemotórax derecho (mes 8 postrasplante). La sobrevida actual es de 3 años y 9 meses, con

una completa autonomía nutricional y un retorno completo a sus actividades sociales y laborales.

Conclusión. El obtener una sobrevida mayor de 3 años y medio con este paciente, nos estimula para compartir con los demás cirujanos colombianos que el trasplante multivisceral ya es una realidad en el mundo y en nuestro país, con resultados cada vez más satisfactorios.

02-059

Infección necrotizante de pared abdominal en paciente postrasplante renal

Germán Alfredo Ramírez, Alejandro Pinzón, Luis Alejandro Torres, Gina Paola Losada

Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva E.S.E.

Neiva, Colombia

alfredoheridas@hotmail.com

Introducción. Las infecciones necrotizantes de tejidos blandos son un reto clínico, que demandan tratamiento integral y agresivo, más aun cuando adicionalmente el paciente presenta comorbilidades que dificultan su pronóstico como lo es la inmunosupresión farmacológica derivado de un estado postrasplante, con altas tasas de pérdida del órgano implantado y de mortalidad.

Objetivo. Presentar la evolución y manejo de un reto terapéutico por parte de una clínica de heridas y trastornos metabólicos.

Material y método. Paciente de 59 años de sexo femenino, hipertensa, obesa mórbida, en falla renal crónica, diabética inmunosuprimida por micofenolato, ciclosporina y metilprednisolona en día 18 postrasplante renal de donante cadavérico, presenta infección necrotizante de tejidos blandos, con desenlace satisfactorio, producto de la atención integral por la clínica de heridas y trastornos metabólicos. Se realiza drenaje y desbridamiento amplio, instalación de terapia de presión subatmosférica, control metabólico.

Resultados. Hallazgos quirúrgicos: extensa lesión que compromete el cuadrante inferior derecho con herida quirúrgica tipo lobotomía para implante renal, dehiscente con compromiso de todos los planos con músculo de aspecto necrótico y exposición de implante. Reporte de patología 898102 histología renal normal negativo para rechazo, proceso inflamatorio perirrenal. Reporte de patología 898101 fascitis necrotizante. Se logra control del foco, preservación del implante, progresiva reconstrucción de pared abdominal posterior a 9 procedimientos y hospitalización por 82 días egresa.

Conclusión. El tratamiento con terapia de presión subatmosférica, el soporte metabólico y la terapia sistémica en una unidad especial mostró un buen resultado pese a múltiples factores de mal pronóstico.

NUTRICIÓN

02-028

Recuperación de más de 37 kilogramos con nutrición parenteral total ciclada

Carlos Ernesto Guzmán, Álvaro Mena Hurtado, Sergio Iván Hoyos, Juan Carlos Restrepo, Juan Ignacio Marín, Octavio

Germán Muñoz, Óscar Mauricio Santos, Sandra Milena Alzate, Carolina Echeverri, Fabián Juliao, Mario Hernán Ruiz, Julio Eduardo Zuleta, Andrés Germán Goldstein

Hospital Pablo Tobón Uribe

Medellín, Colombia

cguzman@hptu.org.co

Introducción. Desde 1950 el manejo del síndrome de intestino corto ha tenido un desarrollo progresivo en el mundo, favorecido por los avances en la nutrición parenteral total.

Objetivo. Reportar la evolución de un paciente que logró recuperar más de 37 kilogramos de peso con el programa de nutrición parenteral total ciclada de nuestro hospital.

Material y método. Es un estudio descriptivo de la evolución de este paciente, quien entre diciembre de 2010 y marzo de 2011 presentó varias resecciones intestinales, quedando con 30 cm de yeyuno proximal abocado como una yeyunostomía, 40 cm de íleon distal abocado como una fístula mucosa y una laparostomía que cerró por segunda intención.

Resultados. El paciente ingresó en marzo de 2011 con un índice de masa corporal de 12,1 (30 kg); se inició manejo con nutrición parenteral total hasta lograr un índice de masa corporal de 24 (67 kg); se llevó a cirugía en febrero de 2012, realizando la liberación y anastomosis de los dos segmentos intestinales y cierre completo de la pared abdominal. Se logró el desmonte completo de la nutrición parenteral a los 2 meses, continuando solamente con suplementos enterales, permaneciendo hasta la fecha con un índice de masa corporal adecuado.

Conclusión. El llevar a este paciente a un índice de masa corporal adecuado, poderlo llevar a cirugía y mantenerlo durante más de un año, nos estimula para compartir con los demás cirujanos colombianos que esta modalidad terapéutica para el síndrome de intestino corto ya es una realidad en Colombia.

02-029

Nutrición parenteral total ciclada ambulatoria: sobrevida cercana a 2 años en una paciente mayor de 70 años

Carlos Ernesto Guzmán, Álvaro Mena Hurtado, Sergio Iván Hoyos, Juan Carlos Restrepo, Juan Ignacio Marín, Octavio Germán Muñoz, Óscar Mauricio Santos, Sandra Milena Alzate, Carolina Echeverri Jaramillo, Fabián Juliao Baños, Mario Hernán Ruiz, Julio Eduardo Zuleta, Andrés Germán Goldstein
Hospital Pablo Tobón Uribe
Medellín, Colombia
cguzman@hptu.org.co

Introducción. Desde 1950 el manejo de la falla intestinal ha tenido un desarrollo progresivo en el mundo, favorecido por los avances en la nutrición parenteral total y el trasplante de intestino delgado.

Objetivo. Reportar la evolución de una paciente mayor de 70 años, manejada en forma exitosa con el programa de nutrición parenteral total ciclada ambulatoria de nuestro hospital.

Material y método. Es un estudio descriptivo de la evolución de esta paciente, quien en junio de 2011 presentó una trombosis mesentérica masiva, quedando solamente con 10 cm de yeyuno

proximal abocado como una yeyunostomía; debido a ser mayor de 65 años y tener una enfermedad pulmonar obstructiva crónica se ha manejado con nutrición parenteral total ciclada ambulatoria hasta la fecha.

Resultados. La paciente ingresó con un índice de masa corporal de 18; se inició manejo con nutrición parenteral total intrahospitalaria hasta lograr la resolución completa de su desnutrición; se llevó a cierre de la pared abdominal, luego se logró obtener un ciclaje de la nutrición parenteral total en 16 horas y posteriormente se continuó en forma ambulatorio hasta la fecha. Complicaciones: 2 infecciones del acceso venoso central con bacteriemia, y una disfunción hepática que ha permanecido estable desde hace un año.

Conclusión. El llevar a esta paciente a un índice de masa corporal adecuado, y mantenerlo durante casi 2 años, nos estimula para compartir con los demás cirujanos colombianos que esta modalidad terapéutica para el síndrome de intestino ultracorto ya es una realidad en Colombia.

OTROS

02-058

Preservación de material de osteosíntesis, un caso para analizar

Germán Alfredo Ramírez, Alejandro Pinzón, Luis Alejandro Torres, Gina Paola Losada
Hospital Universitario “Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva”
E.S.E.
Neiva, Colombia
alfredoheridas@hotmail.com

Introducción. El compromiso infeccioso de materiales protésicos cada vez más utilizados, es un desafío no solo por la connotación del paciente sino por el valor biológico y la funcionalidad. Se presenta un caso en el cual por el estado de la paciente requirió su preservación.

Objetivo. Presentar una alternativa válida, para el manejo de pacientes con material de osteosíntesis con compromiso infeccioso posterior un análisis de riesgo - beneficio.

Material y método. Paciente de 56 años de sexo femenino, con Índice de Karnofsky 30, quien posterior a instrumentación de columna torácica para estabilización presenta exposición y compromiso infeccioso de material de osteosíntesis, se realiza análisis de caso y dadas las comorbilidades y el estado global se considera como alternativa la preservación del mismo, con desenlace satisfactorio como resultado de la atención integral por la clínica de heridas y trastornos metabólicos. Se realiza desbridamiento amplio, instalación de terapia de presión subatmosférica, control metabólico y cubrimiento con colgajo.

Resultados. Hallazgos quirúrgicos: extensa lesión que compromete región toracolumbar exponiendo vértebras y material de osteosíntesis, con compromiso polimicrobiano y parasitario dado por miasis. En el reporte microbiológico 04280100 *Pseudomona aeruginosa* multirresistente. Se logra control del foco, progresiva reconstrucción, preservación de estructuras y cubrimiento, posterior a 7 procedimientos y hospitalización por 84 días egresa.

Conclusión. El tratamiento con terapia de presión su atmosférica, el soporte metabólico y la terapia sistémica en una unidad especial mostró un buen resultado anatómico y menor morbilidad en un caso difícil por su compromiso sistémico.



VIDEOS

CABEZA Y CUELLO

03-004

Tiroidectomía videoasistida, experiencia inicial en Manizales

Andrés Ignacio Chala, Carlos Andrés Delgado
Universidad de Caldas
Villa María, Caldas, Colombia
andreschalag@hotmail.com

Introducción. Desde su descripción en 1998 por el doctor Paolo Miccolli la tiroidectomía videoasistida mínimamente invasiva (MIVAT) ha venido ganando terreno aún en el cáncer de tiroides de bajo riesgo, como un procedimiento seguro, reproducible, costo-equivalente y con complicaciones similares a la técnica convencional.

Objetivo. Realizar una revisión de la técnica quirúrgica de la tiroidectomía videoasistida mínimamente invasiva, enfatizando en el análisis sobre las ventajas y desventajas del procedimiento, el instrumental utilizado, recomendaciones de indicación y análisis de las complicaciones.

Material y método. Se revisa la experiencia de la tiroidectomía videoasistida mínimamente invasiva en el servicio de cirugía de cabeza y cuello de la Universidad de Caldas. Las indicaciones que se utilizaron para seleccionar a los pacientes incluyeron nódulos tiroideos menores de 30 mm, volumen de la glándula tiroidea menor de 20 ml, enfermedad de Graves con volumen tiroideo menor de 20 ml, sin historia de tiroiditis, irradiación o cirugías previas en cuello, y en neoplasia folicular o carcinoma papilar de bajo riesgo.

Resultados. Se realizó el procedimiento en 52 pacientes. Los diagnósticos posoperatorios fueron carcinoma papilar, adenoma folicular, bocio y tiroiditis. El tiempo quirúrgico osciló entre 60-90 minutos, la estancia hospitalaria entre 12 y 24 horas, sin uso de drenes, y con complicaciones similares a las reportadas en literatura.

Conclusión. La técnica de la MIVAT, es reproducible, segura y costo-equivalente cuando se realiza la adecuada selección y una adecuada depurada técnica quirúrgica. Aun no se evidencian mayores ventajas sobre la técnica estándar.

03-024

Tiroidectomía total de urgencia en paciente crítico

Nayib Zurita Medrano, Carlos Bustillo, Yulieth Acevedo, José Antonio Rodríguez
Clínica Cartagena del Mar
Cartagena, Colombia
nazume73@hotmail.com

Introducción. La insuficiencia respiratoria aguda debido a la compresión del tiroides o invasión de la luz traqueal es una urgencia quirúrgica que requiere una gestión urgente.

Objetivo. El objetivo de este trabajo es describir un caso tratado con éxito del servicio de cuidado crítico con tiroidectomía total debido a la agravante disnea y asfixia; además que con el uso del bisturí armónico se reduce significativamente el tiempo quirúrgico y las complicaciones en estos casos.

Material y método. Instrumental quirúrgico; cánula de traqueostomía, pinza bisturí armónico Ethicon Ace36e tipo Focus.

Resultados. Con el uso de bisturí armónico se redujo el tiempo de la tiroidectomía total en un 60%, el uso de instrumental quirúrgico y el sangrado intraoperatorio.

Conclusión. La cirugía del tiroides deja de ser electiva ante la presencia de los primeros signos de compresión traqueal y en estos casos donde existe compromiso de la vía aérea, se recomienda la tiroidectomía total de urgencia.

HIGADO Y VÍAS BILIARES

03-002

Manejo laparoscópico de las fístulas bilio-digestivas

Sergio Díaz, María Clara Arroyave, Juan David Zuluaga, Juan Esteban Botero
Universidad CES; Clínica CES
Medellín, Colombia
jdz243@hotmail.com

Introducción. Las fístulas biliares internas (colecistoduodenal y colecistocolónicas entre otras) son un trastorno poco común. La mayoría de veces son el resultado de una patología calculosa de vieja data que no ha sido adecuadamente manejada. Se reportan entre el 1-3% de los pacientes con cálculos en la vesícula. Tradicionalmente, su manejo ha sido por medio de cirugía abierta, pero en el siguiente trabajo queremos demostrar que el manejo de dicha patología es posible realizarlo por abordajes mínimamente invasivos.

Objetivo. Demostrar por medio de un video quirúrgico que los pacientes con fístula bilioentéricas pueden ser manejados por laparoscopia de una manera segura y eficaz.

Material y método. Paciente con diagnóstico prequirúrgico de fístula colecistocolónica y colecistoduodenal, el cual fue programado para corrección de su patología por vía laparoscópica, lográndose realizar exitosamente en la Clínica del CES, Medellín en el mes de enero de 2013.

Resultados. Los pacientes con fístulas bilio-digestivas pueden ser manejados de una manera exitosa por abordajes mínimamente invasivos, siempre y cuando se cuenten con unas habilidades laparoscópicas avanzadas y un equipo de trabajo entrenado.

Conclusión. El concepto de que todos los pacientes con fístulas bilio-digestivas deben ser manejados con cirugía abierta hasta hoy día redefinido, y estos pacientes pueden ser manejados exitosamente con abordajes laparoscópicos, disminuyendo su morbilidad y favoreciendo su recuperación.

03-007

Tratamiento laparoscópico de la peritonitis biliar poscolecistectomía laparoscópica

Javier Acuña, Jaime Bonfante, José Salcedo, Rubén Carrasquilla
Clínica Gestión Salud
Cartagena de Indias, Colombia
javiacu@yahoo.com

Introducción. Una de las principales causas de las lesiones biliares son las anomalías anatómicas. Recientemente se ha descrito la presencia de un conducto biliar subvesicular que parecería tener relevancia en las etiologías de bilirragias posoperatorias tempranas.

Objetivo. Demostrar la relevancia de las anomalías anatómicas en la génesis de las lesiones quirúrgicas de la vía biliar, en especial las relacionadas con el conducto biliar subvesicular y la posibilidad de su tratamiento por vía laparoscópica.

Material y método. Se filmó la re-intervención de una paciente a la cual se le practicó colecistectomía laparoscópica 48 horas antes en la Clínica Gestión Salud de Cartagena. La decisión de la exploración laparoscópica se basó en el dolor que presentaba, ya que los laboratorios y la ecografía fueron reportados como normales.

Resultados. Se constató coleperitoneo en cuatro cuadrantes y peritonitis biliar. Como causa de la fuga biliar se identificó una sección de un conducto subvesicular, el cual fue disecado y clipado. Posteriormente se practicó lavado y drenaje de la cavidad abdominal. La paciente evolucionó satisfactoriamente y fue dada de alta al segundo día de la reintervención.

Conclusión. Las bilirragias podrían tener su origen en conductos biliares anómalos, de allí que la reintervención por vía laparoscópica puede tener un papel en el algoritmo diagnóstico y terapéutico.

03-008

Tratamiento de la poliquistosis hepática por puerto único

Javier Acuña, Jaime Bonfante, Rubén Carrasquilla
Clínica Gestión Salud
Cartagena de Indias, Colombia
javiacu@yahoo.com

Introducción. En la actualidad, el papel de la cirugía laparoscópica no tiene discusión para el tratamiento de la gran mayoría de las patologías abdominales. Al ser menos invasiva se relaciona con menos dolor posoperatorio, recuperación y reinserción laboral precoz y mejores resultados estéticos. En los últimos años se han reportado beneficios similares o superiores al utilizar como una vía de abordaje al abdomen un único puerto a nivel abdominal.

Objetivo. Mostrar la técnica de puerto único para practicar el tratamiento laparoscópico de una poliquistosis hepática.

Material y método. Se practicó la filmación de una cirugía de una paciente de sexo femenino de 63 años de edad, quien presentaba epigastralgia e intolerancia alimenticia. La tomografía evidenciaba

múltiples quistes hepáticos de gran tamaño de predominio izquierdo. Se le propuso practicar el destechamiento de dichos quistes por vía laparoscópica a través de un único puerto a nivel umbilical. Se empleó el dispositivo SILS, lente de 30 grados e instrumental habitual (no curvo).

Resultados. Se practicó la cirugía por vía laparoscópica con buena visualización de la patología hepática. No se practicaron complicaciones intraoperatorias ni posoperatorias. La paciente fue dada de alta el mismo día de la intervención.

Conclusión. El destechamiento de la poliquistosis hepática se puede llevar a cabo en forma segura por vía laparoscópica y a través de un único puerto umbilical.

03-010

Colecistectomía laparoscópica por puerto único. Nuestra técnica

Javier Acuña Barrios, Jaime Bonfante, Rubén Carrasquilla.

Clínica Gestión Salud
Cartagena de Indias, Colombia
javiacu@yahoo.com

Introducción. La colecistectomía laparoscópica es la técnica de elección para el tratamiento de la patología vesicular. Recientemente se han publicado buenos resultados al practicar esta cirugía solo a través del ombligo.

Objetivo. Mostrar a través de un vídeo nuestra técnica para practicar colecistectomías con puerto único.

Material y método. Se filmó una colecistectomía laparoscópica con puerto único en la Clínica Gestión Salud de Cartagena. Se utilizó como dispositivo el SILS de Covidien. Lente de 30 grados e instrumental habitual (no curvo).

Resultados. Se muestra la posición del paciente y del equipo quirúrgico. Se detalla la técnica de colocación del dispositivo a nivel umbilical y la forma de tracción y de disección de la vesícula biliar. Se muestra el clipado y/o anudado del conducto y la arteria cística. Se demuestra el despegamiento y extracción vesicular. Se muestra el resultado final una vez se practica el cierre umbilical.

Conclusión. La colecistectomía laparoscópica se puede practicar en forma segura a través de un único puerto a nivel umbilical utilizando instrumental habitual.

03-012

Colecistectomía laparoscópica por técnica Three port

Javier Acuña, Jaime Bonfante, Rubén Carrasquilla.

Clínica Gestión Salud
Cartagena de Indias, Colombia
javiacu@yahoo.com

Introducción. Recientemente se han publicado buenos resultados al practicar cirugías laparoscópicas solo a través del ombligo. La colecistectomía es uno de los procedimientos más realizados con puerto único. Se han desarrollado múltiples dispositivos para poder acceder a la cavidad abdominal con mínimo trauma umbilical. El resultado es una incisión aponeurótica de mínimo 2,5 cm, triangulación del instrumental y un costo adicional por el dispositivo.

Objetivo. Mostrar a través de un vídeo nuestra técnica para practicar colecistectomías con tres puertos habituales insertados solo a nivel umbilical.

Material y método. Se filmó una colecistectomía laparoscópica en la Clínica Gestión Salud de Cartagena, utilizando nuestra técnica “Three port”. La misma consiste en practicar una única incisión mediana intraumbilical, práctica de neumoperitoneo con técnica abierta subumbilical y colocación de trocar de 10 mm, colocación de 2 trocres de 5 mm inmediatamente supraumbilicales con una separación de 5 cm entre los mismos. Se utilizó lente de 30 grados e instrumental habitual (no curvo).

Resultados. Se muestra la posición del paciente y del equipo quirúrgico. Se detalla la técnica de colocación de los trocres convencionales a nivel umbilical y la forma de tracción y de disección de la vesícula biliar. Se muestra el clipado y/o anudado del conducto y la arteria cística. Se demuestra el despegamiento y extracción vesicular. No se requiere de triangulación del instrumental. Se muestra el resultado final una vez se practicó el cierre umbilical.

Conclusión. La colecistectomía laparoscópica se puede practicar en forma segura a través de nuestra técnica “Three port” utilizando trocres e instrumental habitual.

03-013

Colecistectomía laparoscópica electiva por tres puertos

Hugo Bosch, Mario Henríquez, Carolina Jiménez
Hospital de Urgencia Asistencia Pública
Santiago, Chile
hubosch@yahoo.es

Introducción: La colecistectomía se inició abierta, luego laparoscópica con 4 puertos, luego han aparecido varias técnicas como N.O.T.E.S y S.I.L.S que por dificultades tecnológicas, económicas y de inconveniente no se han convertido en la regla. También existe la posibilidad de realizar con dos o tres puertos.

Objetivo. Mostrar factibilidad de colecistectomía laparoscópica con 3 puertos.

Material y método. Casuística personal de 260 pacientes operados electivamente, realizándose colecistectomía laparoscópica con tres puertos, desde abril 2011 a abril de 2013.

Resultados. Se muestra posición de trocres, momentos de disección de pedículo vesicular en cara medial y lateral, ectomía retrógrada, introducción a bolsa y extracción umbilical de vesícula. Se muestran pacientes obesos, no obesos, hidrops vesicular, pacientes con abdominoplastias previas y momentos en que es necesario convertir a 4 puertos (4 pacientes: 1,5%) o utilizar drenaje (3 pacientes: 1%). 1 conversión a abierto (0,4%).

Conclusión: Es factible realizar colecistectomía electiva segura con tres puertos.

03-014

Colecistectomía laparoscópica con tres puertos en pacientes agudos

Hugo Bosch, Mario Henríquez, Carolina Jiménez
Hospital de Urgencia Asistencia Pública
Santiago, Chile
hubosch@yahoo.es

Introducción. En los primeros años de la colecistectomía laparoscópica, se contraindicaban los cuadros agudos porque se consideraba que existía mucho riesgo, sin embargo, lograda la experiencia adecuada se utilizó esta técnica también para los cuadros agudos, con hasta un 20% de conversión a cirugía abierta.

Objetivo. Mostrar factibilidad de realizar colecistectomía laparoscópica con 3 puertos en los casos de colecistitis aguda.

Material y método. Casuística personal de 83 pacientes desde abril 2011 a abril de 2013 operados por video laparoscópica con tres puertos.

Resultados. Se muestra posición de trocres, momentos de disección de pedículo vesicular en cara medial y lateral, ectomía retrograda, introducción a bolsa y extracción umbilical de vesícula en colecistectomía aguda de pacientes obesos, no obesos, y momentos en que es necesario recurrir a cuarto trocar clásico (4 pacientes: 4,8%), conversión abierta (por cáncer; 1) (2 pacientes: 2,4% y utilizar drenaje (6 pacientes: 4,8%).

Conclusión. Es factible realizar colecistectomía laparoscópica de urgencia segura con tres puertos.

03-022

Tumor hepático benigno y pólipo vesicular, hallazgos incidentales en colecistectomía laparoscópica

Nayib Zurita Medrano, Carlos Bustillo, Diego Lozano, Saúl Hernández, Yulieth Acevedo
Clínica Cartagena del Mar
Cartagena, Colombia
nazume73@hotmail.com

Introducción. Los tumores hepáticos benignos y los pólipos vesiculares son detectados por lo general intraoperatoriamente, ya que los estudios imagenológicos de primera línea tienen baja sensibilidad y especificidad. Pueden aparecer a cualquier edad, y sexo, con mayor frecuencia en mujeres entre los 20 - 40 años de edad.

Objetivo. Describir hallazgos incidentales en colecistectomía laparoscópica y diferenciar posibilidad de patología maligna.

Material y método. Paciente de la consulta externa que ingresó por dolor abdominal de varios meses de evolución, se realizó inicialmente una ecografía abdominal total que mostró colelitiasis, sin evidencia de lesiones en hígado o vesícula, por lo que se programó para colecistectomía laparoscópica.

El procedimiento se realizó en la Clínica Cartagena del Mar, con equipo de laparoscopia de alta definición con lente de 30 grados.

Resultados. En colecistectomía laparoscópica se encontraron como hallazgos incidentales un tumor hepático de 3 x 3 cm irregular, sólido en segmento IV, que reportó el estudio de patología como una lesión formada por fibrosis hepatoportal, además en vesícula signos de colesterolosis con un pólipo hiperplásico de 10 mm.

Conclusión. En procedimientos quirúrgicos laparoscópicos se pueden encontrar hallazgos incidentales de distinta índole que pueden estar asociados o no con la patología que se está tratando, por lo que el cirujano laparoscopista debe estar preparado para resolver y manejar dichos hallazgos.

03-033

Destechamiento de quiste hepático por laparoscopia de puerto único

Juan David Martínez, Diego Dávila, Alexis Manrique, Juan Pablo Gómez, David Rodríguez, Víctor Valencia

Universidad CES; Clínica CES
Medellín, Colombia
david_rod90@hotmail.com

Introducción. Se presenta un vídeo describiendo la técnica para realizar destechamiento de quiste hepático por laparoscopia de puerto único.

Objetivo. Demostrar la factibilidad del manejo de esta patología mediante la técnica propuesta.

Material y método. Paciente de 81 años, con antecedentes de hipertensión arterial, EPOC y dislipidemia, le realizan tomografía de abdomen por presentar cuadro de saciedad precoz, la cual reporta múltiples lesiones focales hipodensas que no demuestran realce con medio de contraste, la mayor de ellas se localiza en el lóbulo hepático izquierdo con dimensiones aproximadas de 11 x 12.4 x 13.1 cm. Comprime y desplaza la cámara gástrica en sentido posterolateral izquierdo y el páncreas en sentido posterior. Dicho quiste no presenta septos o componentes sólidos en su interior. Se programó para destechamiento del quiste por laparoscopia de puerto único.

Resultados. Se realizó manejo por vía laparoscopia de puerto único, utilizando como portal un separador-retractor Alexis[®], un guante y 3 trocares, se hizo sección y hemostasia a nivel de la unión de la cápsula de quiste con el parénquima sano con bisturí armónico, y se extrae la cápsula del quiste por la misma herida umbilical. No complicaciones durante la cirugía, la paciente es dada de alta al día siguiente.

Conclusión. Los quistes hepáticos son fácilmente manejados por laparoscopia, en este caso por técnica de puerto único, aportando las ventajas propias de la cirugía laparoscópica, como menor dolor del posoperatorio, menor tiempo de hospitalización, menor tiempo de incapacidad, y cicatriz poco visible.

03-035

Exploración de vía biliar y coledoscopia totalmente laparoscópica

Juan Pablo Gómez, Alexis Manrique, Diego Dávila, Juan D.

Zuluaga
Universidad CES; Clínica CES
Medellín, Colombia
manriquemarz@gmail.com

Introducción. Presentamos un vídeo de exploración de vía biliar principal extra hepática por litiasis y coledoscopia intraoperatoria, totalmente laparoscópica.

Objetivo. Demostrar la factibilidad Realizar este procedimiento por técnica mínimamente invasiva y descripción de la técnica quirúrgica.

Material y método. Paciente de sexo femenino, obesa de 80 años de edad, antecedente colecistectomía abierta 30 años antes, quien ingresó por coledocolitiasis extrahepática por cálculo de gran tamaño impactado, que no fue posible extraer por colangiografía endoscopia retrógrada.

Resultados. Se realiza laparoscopia más liberación de adherencias, coledocotomía y extracción de cálculo, coledoscopia intraoperatoria, cierre primario de vía biliar con sutura absorbible y colocación de dren subhepático, no se utilizó tubo en T. Evolución posoperatoria favorable.

Conclusión. Se demuestra la factibilidad de realizar este procedimiento completamente por vía laparoscópica, sin complicaciones mayores.

03-036

Colecistectomía laparoscópica por puerto único utilizando como portal un separador-retractor Alexis[®] y un guante quirúrgico, descripción de la técnica

Alexis Manrique, Juan Pablo Gómez, Juan David Martínez, David Rodríguez

Universidad CES; Clínica CES
Medellín, Colombia
manriquemarz@gmail.com

Introducción. Presentamos un vídeo con la técnica para realizar colecistectomía laparoscópica por puerto único con dispositivo de fabricación reutilizable.

Objetivo. Demostrar la factibilidad de este procedimiento.

Material y método. Paciente de 40 años de sexo femenino con coledocistitis sintomática. Se le realizó colecistectomía por puerto único.

Resultados. Descripción de la técnica: Se realiza incisión en pared abdominal a nivel umbilical de 2,5 cm en piel y fascia, se construye el portal utilizando separador-retractor Alexis[®] unido a guante quirúrgico talla 6,5, con 2 trocares convencionales de 5 mm y uno de 10 mm en los extremos digitales 1, 3 y 5. Videolaparoscopia con lente de 5 mm y adaptador de 90 grados para el cable de la fuente de luz. Utilizando pinza de agarre angulada se retrae cuerpo y fondo vesicular en tres ejes: anterior, distal y lateral derecho. Se diseca en hilio vesicular con pinza Maryland identificando plenamente vía biliar principal, así como también el conducto y arteria cística, los cuales se clipan con Hem-o-Lock de 5 mm, se seccionan distalmente con ligasure de 5 mm y se diseca el lecho cisto-hepático con electrocauterio monopolar. Se extrae la vesícula por la incisión única, se cierra pared con puntos separados de Vicryl 0.

Conclusión. Se demuestra la factibilidad de realizar este procedimiento, sin complicaciones intraoperatorias, se dio alta a las 24 horas. Controles posoperatorios sin dolor, y heridas mínimamente visibles sin hernias ni sero-hematomas.

03-039

Fenestración laparoscópica de múltiples quistes hepáticos

Alexander Ramírez, Soni Chousleb, Joel Ricci, Pierre F. Saldinger, Benjamin Samstein

Columbia University Medical Center y New York Hospital Queens, Flushing
New York, United States
alr9071@nyp.org

Introducción. Fenestración laparoscópica es el tratamiento de elección para los quistes no parasitarios del hígado sintomáticos, incluyendo quistes únicos o múltiples. Presentamos el caso de una paciente con múltiples quistes hepáticos que fue tratada exitosamente con abordaje laparoscópico.

Objetivo. Mostrar las diferentes herramientas laparoscópicas y técnicas disponibles para este tipo de cirugía en pacientes con múltiples quistes hepáticos.

Material y método. Se realizó una revisión retrospectiva de un solo caso. Se recogieron datos de la historia clínica y se utilizó Adobe Premier 5.5 para la edición del vídeo.

Resultados. Se trata de una paciente de sexo femenino de 62 años con dolor abdominal y sensación de plenitud durante unos seis meses. Una tomografía abdominal y una resonancia magnética revelaron múltiples quistes hepáticos. La paciente fue sometida a una resección laparoscópica con resección de la capa anterior de los quistes. La paciente tuvo una evolución posoperatoria sin complicaciones y fue dada de alta el segundo día posoperatorio.

Conclusión. Este caso demuestra todas las posibilidades quirúrgicas que pueden ser utilizadas durante la fenestración laparoscópica de múltiples quistes hepáticos, resultando en un procedimiento seguro y exitoso.

03 - 058

Colecistectomía laparoscópica fundocística por acceso lateral en abdomen sellado.

Juan David Hernández, Ricardo Nassar, Eli Finkelstein, Anwar Medellín, María Isabel Rizo
Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá
Bogotá, D.C., Colombia
juandah@yahoo.com

Introducción. Las indicaciones de la laparoscopia para colecistectomía y otros procedimientos se han ampliado con la mejoría de las técnicas y con la aparición de nuevos equipos. Presentamos el video de una colecistectomía laparoscópica difícil que requirió un abordaje inusual.

Objetivo. Presentar una opción de tratamiento por laparoscopia en pacientes con abdomen hostil.

Material y método. Se trata de un paciente con colecistocolitiasis y colecistitis aguda por ecografía, a quien debe realizarse colecistectomía tras la colangiografía retrógrada, papilotomía y extracción de cálculos. Tiene antecedente de peritonitis por vólvulo del colon sigmoideo manejado con abdomen abierto por un año. Posteriormente se corrigió la hernia con malla que ocupa toda la pared anterior. No tiene ombligo.

Resultados. Previa explicación de los riesgos al paciente, se practicó abordaje lateral derecho con trócar óptico encontrando la cavidad sellada por adherencias. Se realizó disección roma con el lente hasta crear un espacio suficiente para la introducción de un trócar más medial, y con este acceso, completar disección para introducir un puerto epigástrico. Por la dificultad para identificar claramente el conducto cístico en una vesícula escleroatrófica, se realizó disección fundocística y ligadura de conducto y arteria císticos.

No hubo complicaciones, el paciente sale al segundo día.

Conclusión. El riesgo de complicaciones en cirugía abierta o laparoscópica es elevado. El uso del abordaje laparoscópico en abdomenes hostiles es posible con equipos adecuados y con experiencia en reintervenciones por laparoscopia.

GASTROINTESTINAL

03-001

Quiste esplénico: reporte de un caso y video quirúrgico

Sergio Díaz, María Clara Arroyave, Juan David Zuluaga, Ana María Naranjo
Universidad CES
Medellín, Colombia
jd243@hotmail.com

Introducción. Los quistes esplénicos son una entidad muy rara, produciendo solo el 10% de todos los quistes benignos en el ser humano. La mayoría de los quistes son clasificados como epiteliales (no parasitarios) y en parasitarios (hiatídico y por equinococo). Los abordajes laparoscópicos hoy en día son el estándar del manejo de estos pacientes, dentro de los cuales están las cirugías preservadoras de bazo, aunque estas no se podrán realizar si el quiste compromete más de un polo del mismo.

Objetivo. Demostrar la eficacia de los abordajes laparoscópicos en el manejo de quistes esplénicos, mostrando un video quirúrgico y reportando un caso de dicha patología.

Material y método. Se realizó un video quirúrgico a una paciente que presentaba un quiste esplénico gigante del polo superior esplénico, realizado en el mes de enero de 2013 en la clínica CES de Medellín.

Resultados. La esplenectomía es una de las opciones quirúrgicas para los pacientes con quistes esplénicos, y principalmente cuando son de gran tamaño y comprometen varios lóbulos de dicho órgano. Se demuestra la efectividad y seguridad de los abordajes laparoscópicos para el manejo de dicha enfermedad por medio de un video quirúrgico.

Conclusión. Por medio del siguiente video queremos demostrar la efectividad del manejo laparoscópico para pacientes con quistes esplénicos que comprometen más de un lóbulo de dicho órgano, además de su seguridad y mínimas tasas de recidivas.

03-011

Cardiomiotomía de Heller y funduplicatura de Dor por vía laparoscópica

Javier Acuña, Jaime Bonfante, Rubén Carrasquilla
Clínica Gestión Salud
Cartagena de Indias, Colombia.
javiacu@yahoo.com

Introducción. La vía de abordaje laparoscópica se ha impuesto como la de elección en casi todos los procedimientos quirúrgicos a

nivel abdominal. En el tratamiento de la acalasia la cardiomiectomía de Heller asociada a la funduplicatura anterior de Dor por vía laparoscópica no es la excepción.

Objetivo. Mostrar un vídeo donde se practicó una cardiomiectomía de Heller asociada a funduplicatura de Dor.

Material y método. Filmación de paciente al cual se le practicó una cardiomiectomía de Heller con funduplicatura anterior de Dor, en la Clínica Gestión Salud de Cartagena. Se utilizó el abordaje laparoscópico. Se describió en forma detallada la técnica utilizada. Se practicó endoscopia intraoperatoria.

Resultados. Paciente de sexo femenino con cuadro clínico de disfagia para sólidos y líquidos, pérdida de peso. Se le practicó endoscopia que reveló restos alimentarios en esófago y seriada esófago gastroduodenal que evidenció afinamiento distal esofágico. Se le practicó el procedimiento mencionado sin complicaciones intra ni posoperatoria. La paciente fue dada de alta a las 24 horas. El control clínico a los 6 meses fue satisfactorio.

Conclusión. La cardiomiectomía de Heller asociada a funduplicatura de Dor por vía laparoscópica es efectiva.

03-023

Colecciones intraabdominales: ventajas del manejo laparoscópico

Nayib Zurita Medrano, Carlos Bustillo, Diego Lozano, Carlos Cruz, Jaillier Sierra, Rafael Flórez
Universidad del Sinú, Seccional Cartagena; Clínica Cartagena del Mar, Cartagena, Bolívar, Colombia
nazume73@hotmail.com

Introducción. La apendicitis aguda afecta al 7% de cualquier población independientemente del sexo, aunque es más frecuente en el sexo masculino. El manejo de las complicaciones como las infecciones abdominales con colecciones intraabdominales pueden ser manejadas por vía laparoscópica con gran éxito.

Objetivo. Demostrar que el manejo laparoscópico de las colecciones intraabdominales es una muy buena opción para el drenaje y lavado en estos casos, ofreciendo un procedimiento mínimamente invasivo.

Material y método. Se muestra la técnica laparoscópica para el manejo de colecciones intraabdominales múltiples. Se realiza laparoscopia diagnóstica y terapéutica por múltiples puertos, evidenciando gran colección en fosa pélvica derecha y retroperitoneal en flanco e hipocondrio derecho, se realiza aspiración de contenido coagulado infectado y se realiza lavado de cavidad abdominal.

Resultados. Se practicó de forma exitosa una laparoscopia diagnóstica y terapéutica, logrando realizar drenaje de múltiples colecciones intraabdominales de gran contenido y lavado de cavidad en un paciente de 43 años de edad, con antecedente de apendicectomía 5 días previos a la consulta inicial, el cual había sido remitido a nuestra institución por sepsis atribuida a foco pulmonar, descubriéndose infección de sitio operatorio, que requirió manejo quirúrgico. La cirugía se practicó en 60 minutos sin complicaciones.

Conclusión. La vía laparoscópica se convierte una opción segura y asequible para el manejo mínimamente invasivo de infecciones de sitio operatorio que se extiende a cavidad abdominal.

03-028

Biopsia de masa en la raíz del mesenterio por laparoscopia

Raúl Pinilla
Grupo, Clínica de Gastroenterología, Instituto Nacional de Cancerología
Bogotá, D.C., Colombia
radipisa@hotmail.com

Introducción. Durante mucho tiempo la cirugía fue fundamental para el diagnóstico y la estadificación de patologías linfoproliferativas, aunque el desarrollo de la ecografía y la escanografía como guía para procedimientos percutáneos ocasionaron cambios en el enfoque de dichas condiciones, estos procedimientos no siempre son efectivos para lograr suficiente tejido para evaluación histológica razón por la cual la biopsia incisional por laparoscopia juega un papel fundamental para llegar al diagnóstico.

Objetivo. Comentar los aspectos técnicos de la laparoscopia diagnóstica para lesiones ubicadas en la raíz del mesenterio.

Material y método. Se realizó laparoscopia por medio de 3 puertos con la exposición y subsecuente biopsia incisional de lesión en raíz del mesenterio.

Resultados. Procedimiento llevado a cabo sin complicaciones y con resultado histopatológico conclusivo de Linfoma no Hodgkin.

Conclusión. La necesidad de diagnóstico histopatológico cuando existe sospecha de patología linfoproliferativa en ausencia de lesiones superficiales fácilmente abordables sigue siendo una indicación para biopsias retroperitoneales que pueden ser manejadas de forma laparoscópica brindando así los beneficios de la cirugía de mínima invasión.

03-029

Biopsia de adenopatía para-aórtica por laparoscopia

Raúl Pinilla
Grupo, Clínica de Gastroenterología, Instituto Nacional de Cancerología,
Bogotá, D.C., Colombia
radipisa@hotmail.com

Introducción. El manejo adecuado de las enfermedades hematológicas malignas requiere tipificación histológica precisa e inmunofenotipificación que se logra solo con una muestra patológica óptima. El papel de la cirugía en el tratamiento de los linfomas se limita a la toma de tejido y de vez en cuando a la terminación de la etapa del tumor antes del tratamiento definitivo. Sin embargo, la mayor morbilidad relacionada con la laparotomía que ocasiona una recuperación más lenta retardando el inicio de la quimioterapia así como la no infrecuente presentación de biopsias inadecuadas cuando se realizan de forma percutánea hacen que la biopsia ganglionar laparoscópica sea una excelente alternativa para estas patologías.

Objetivo. Comentar algunos aspectos técnicos de la biopsia de lesiones retroperitoneales.

Material y método. Se realizó biopsia de adenopatía para-aórtica por laparoscopia.

Resultados. Procedimiento llevado a cabo sin complicaciones y con resultado histopatológico conclusivo de Linfoma Hodgkin clásico con adecuada inmunofenotipificación.

Conclusión. La necesidad de una biopsia de tamaño y calidad adecuadas es fundamental para el diagnóstico histopatológico e inmunofenotipificación de los linfomas preferiblemente con una recuperación temprana para el inicio expedito de quimioterapia por lo que los beneficios de la laparoscopia toman relevancia para el manejo de este tipo de pacientes.

03-030

Invaginación intestinal. Manejo mínimamente invasivo

Raúl Eduardo Pinilla

Grupo, Clínica de Gastroenterología, Instituto Nacional de Cancerología

Bogotá, D.C., Colombia
radipisa@hotmail.com

Introducción. La invaginación se define como la introducción de un segmento del tracto gastrointestinal en otro adyacente. Esta enfermedad es poco frecuente en los adultos en comparación con la población pediátrica. Se estima que solo el 5% del total de invaginaciones se producen en adultos y aproximadamente el 5% de las obstrucciones intestinales en adultos son el resultado de la invaginación. La presentación clínica incluye síntomas inespecíficos e intermitentes como dolor abdominal, masa palpable y sangrado digestivo.

Objetivo. Comentar un caso invaginación intestinal en el adulto, así como discutir el tratamiento por medio de un abordaje mínimamente invasivo.

Material y método. Se realizó un abordaje laparoscópico en un paciente con dolor abdominal intermitente asociado a masa visible y palpable e imágenes que sugerían invaginación intestinal.

Resultados. Procedimiento llevado a cabo sin complicaciones y con resultado histopatológico de carcinoma neuroendocrino ileal metastásico con primario pulmonar conocido.

Conclusión. La intususcepción en adultos es un problema poco frecuente. El diagnóstico de esta condición puede ser difícil ya que los síntomas son a menudo no específicos y episódicos. El estudio por medio de imágenes como la escanografía y la resonancia abdominal son útiles para confirmar el diagnóstico. El abordaje laparoscópico es una opción en el manejo de esta condición ofreciendo al paciente los beneficios de la cirugía de mínima invasión.

03-031

Duodenoyunoanastomosis laparoscópica, paliación en adenocarcinoma de páncreas localmente avanzado

Raúl Eduardo Pinilla

Grupo, Clínica de Gastroenterología, Instituto Nacional de Cancerología

Bogotá, D.C., Colombia
radipisa@hotmail.com

Introducción. La obstrucción intestinal maligna es una complicación frecuente en los pacientes con cáncer avanzado. Alrededor del 60-80% de los pacientes con carcinomas periampulares son inoperables

ya sea por metástasis a distancia o invasión vascular local. El objetivo de la cirugía paliativa en casos de obstrucción maligna es restablecer la permeabilidad del tracto digestivo, y siempre se debe considerar en los pacientes en las etapas iniciales de la enfermedad, con un estado general conservado y un solo nivel de la oclusión.

Objetivo. Discutir acerca de la cirugía mínimamente invasiva en el contexto de la paliación de lesiones periampulares no resecables.

Material y método. Se presenta un caso de obstrucción intestinal proximal secundaria a carcinoma de páncreas en quien no fue posible la paliación endoscópica y fue manejado quirúrgicamente por medio de duodenoyunostomía latero-lateral por laparoscopia.

Resultados. Se realizó el procedimiento laparoscópico sin complicaciones con una evolución intrahospitalaria adecuada y seguimiento a los 2 meses de la intervención sin reaparición de síntomas.

Conclusión. La cirugía mínimamente invasiva puede ser una alternativa en técnicas encaminadas a la paliación en pacientes seleccionados con obstrucción intestinal maligna.

03-037

Esofagectomía total mínimamente invasiva por cáncer de tercio distal, en paciente obesa

Jorge Bernal, Alexis Manrique, Juan Pablo Gómez

Universidad CES; Clínica Medellín,
Medellín, Colombia

manriquemarz@gmail.com

Introducción. Presentamos un vídeo describiendo la técnica para realizar esofagectomía mínimamente invasiva (toracolaparoscópica) en paciente obesa.

Objetivo. Demostrar la factibilidad para realizar este procedimiento por técnica mini-invasiva y baja morbilidad.

Material y método. Se trata de una paciente de sexo femenino de 62 años de edad, obesa, con diagnóstico endoscópico-patológico de carcinoma escamocelular de tercio distal de esófago, recibió neoadyuvancia.

Resultados. Se realizó disección esofágica por vía toracoscópica derecha en posición de decúbito prono; luego en decúbito supino creación de tubo gástrico por laparoscopia, extracción de espécimen por herida cervical y ascenso gástrico con anastomosis esofago-gástrica en cuello con sutura mecánica lineal latero-lateral. Se dejó dren cervico-mediastinal a sistema cerrado de succión, y además toracotomía cerrada derecha.

Evolución posoperatoria favorable excepto por infección de sitio operatorio en cuello por fuga de anastomosis, sin repercusión sistémica, manejado con antibiótico, nutrición parenteral y drenaje cervical hasta cierre espontáneo de la fuga a los 8 días. No presentó complicaciones cardiopulmonares. Reporte definitivo de patología describe respuesta completa a neoadyuvancia, márgenes distal y proximal negativos, se resecaron 16 ganglios, ninguno de ellos con tumor.

Conclusión. Se demuestra la factibilidad de realizar este procedimiento en paciente obesa, totalmente por técnica mini-invasiva, con baja morbilidad.

03-038

Adrenalectomía robótica de feocromocitoma gigante

Alexander Ramírez, Soni Chousleb, Joel Ricci, Pierre F. Saldinger, Gerald Wang
New York Hospital Queens, Flushing
New York, United States
alr9071@nyp.org

Introducción. El feocromocitoma es un tumor poco frecuente y su tratamiento definitivo es la resección quirúrgica. La viabilidad y el éxito de la extirpación laparoscópica de feocromocitomas grandes son cuestionables. Se presenta un vídeo de una extirpación robótica exitosa de un feocromocitoma de 9 cm.

Objetivo. Documentar las ventajas de la cirugía robótica en casos de feocromocitomas gigantes.

Material y método. Se realizó una revisión retrospectiva de un solo caso. Se recogieron datos de la historia clínica y se utilizó Adobe Premier 5.5 para la edición del vídeo.

Resultados. Se trata de una paciente de sexo femenino de 56 años de edad, con un feocromocitoma izquierdo de 9 centímetros. Después de la optimización con alfa bloqueador (doxazosin) y adecuada hidratación, la paciente fue llevado a la sala de operaciones. El procedimiento fue realizado exitosamente sin complicaciones, con algunas fluctuaciones en la presión arterial durante la manipulación del tumor. El tiempo operatorio fue de aproximadamente 4 horas y la pérdida de sangre estimada fue de 250 CC. Durante el posoperatorio inmediato el paciente tuvo un episodio de hipotensión, que fue corregida con fluidos y fenilefrina por aproximadamente 2 horas. Su estadía en el hospital fue sin complicaciones y fue dada de alta el tercer día posoperatorio. Patología confirmó un feocromocitoma benigno de 9.0 x 7.0 x 5.8 cm.

Conclusión. Este caso demuestra que el abordaje robótico para un feocromocitoma gigante puede ser una estrategia de manejo seguro y que permite ofrecer todas las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva con el uso del robot.

03-040

Tratamiento laparoscópico de divertículo esofágico epifrénico

Alexander Ramírez, Soni Chousleb, Joel Ricci, Pierre F. Saldinger, Subroto Paul, Paul C. Lee
New York Hospital Queens, Flushing
New York, United States
alr9071@nyp.org

Introducción. Divertículos epifrénicos son divertículos de pulsión que se han formado como resultado de elevadas presiones intraluminales debido a trastornos primarios de motilidad. Cuando son sintomáticos deben ser tratados quirúrgicamente con técnicas laparoscópicas o toracoscópicas.

Objetivo. Mostrar una técnica quirúrgica laparoscópica efectiva y fácil de reproducir en casos de divertículo epifrénico esofágico.

Material y método. Se realizó una revisión retrospectiva de un solo caso. Se recogieron datos de la historia clínica y se utilizó Adobe Premier 5.5 para la edición del vídeo.

Resultados. Paciente de sexo masculino de 65 años con historia de disfagia y regurgitación los últimos 30 años, acompañado de reciente dolor epigástrico y pérdida de peso. Un esofagograma mostró un divertículo esofágico epifrénico derecho que fue tratado con una miotomía esofágica sin diverticulectomía debido al pequeño tamaño del divertículo y para evitar el riesgo de fugas y estenosis. Una endoscopia intraoperatoria se realizó para detectar fugas y evaluar la miotomía. Después una funduplicatura parcial tipo Dor fue realizada. El paciente tuvo una recuperación adecuada y fue dado de alta en el segundo día posoperatorio sin complicaciones. En el seguimiento posoperatorio el paciente permanece asintomático y con excelente evolución.

Conclusión. En algunos casos sintomáticos de divertículos esofágicos epifrénicos, la sola miotomía distal con adición de un procedimiento antirreflujo es suficiente para aliviar los síntomas de estos pacientes sin aumentar la morbilidad asociada con la resección del divertículo.

03-042

Corrección de hernia paraesofágica tipo III por abordaje laparoscópico

Liliana Cuevas, José Gonzalo Moros, Andrés Felipe Salazar
Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana
Bogotá, Colombia
lcl92@hotmail.com

Introducción. La hernia hiatal es una condición adquirida que constituye uno de los diagnósticos endoscópicos más frecuentemente realizados, se presenta generalmente en forma asintomática o con síntomas inespecíficos. El manejo médico constituye la primera opción de tratamiento, reservándose el tratamiento quirúrgico para aquellos casos que no responden al manejo médico, presencia de complicaciones, grandes hernias hiatales y hernias paraesofágicas. Actualmente la hernia paraesofágica es una de las patologías más frecuentemente corregidas vía laparoscópica.

Se clasifica en tres tipos:

- Tipo I o hernia hiatal por deslizamiento (axial) donde se presenta desplazamiento superior de la unión esofagogástrica hacia el mediastino posterior.
- Tipo II o hernia para esofágica caracterizado por desplazamiento superior del fondo gástrico, anterior y lateral al esófago, con la unión esofagogástrica localizada en su posición intraabdominal normal.
- Tipo III o mixta donde hay desplazamiento superior tanto de la unión esofagogástrica como del fondo gástrico.

Objetivo. Ilustrar técnica quirúrgica de reparo de hernia paraesofágica vía laparoscópica.

Material y método. Grabación del procedimiento quirúrgico durante el tiempo operatorio y posteriormente se realizó edición del vídeo con fines académicos.

Resultados. La técnica laparoscópica permite la corrección de la hernia paraesofágica tipo III.

Conclusión. La vía laparoscópica de la corrección de hernia paraesofágica permite una visualización más amplia de los reparos anatómicos, clave en la corrección de la misma y genera

menor incapacidad posoperatoria para el paciente, así como una oportunidad de reintegración a las actividades diarias de forma más pronta.

03-043

Gastrectomía subtotal con reconstrucción en Y de Roux: alternativa quirúrgica para hernia hiatal y reflujo gastroesofágico severo

Liliana Cuevas, José Gonzalo Moros, Andrés Felipe Salazar
Hospital Universitario San Ignacio; Pontificia Universidad Javeriana
Bogotá, D.C., Colombia
lcl92@hotmail.com

Introducción. La hernia hiatal es la anomalía anatómica más frecuente del tubo digestivo alto, en la mayoría de los casos, es asintomática, suele ser un hallazgo casual al realizar estudios abdominales radiológicos o de otro tipo y cuando se manifiesta, presenta síntomas de reflujo gastroesofágico.

Cuando se presenta de forma reproducida como en este caso, la vía laparoscópica ofrece la ventaja de permitir un segundo tiempo quirúrgico como abordaje terapéutico sin perder el grado de efectividad y los resultados globales del procedimiento quirúrgico.

En casos de reflujo gastroesofágico intratable médicamente y con antecedente de cirugía previa, como en este caso, procedimientos radicales como la gastrectomía subtotal en Y de Roux, es una alternativa viable para el manejo definitivo de esta entidad.

Objetivo. Ilustrar técnica quirúrgica de reparo de hernia hiatal reproducida, vía laparoscópica.

Material y método. Grabación del procedimiento quirúrgico durante el tiempo operatorio y posteriormente se realizó edición del vídeo con fines académicos.

Resultados. El antecedente de corrección de hernia hiatal vía laparoscópica no es una contraindicación para un segundo abordaje laparoscópico y este segundo tiempo asegura igual efectividad del procedimiento en la corrección de la misma. Técnicas más complejas como la gastrectomía subtotal con reconstrucción en Y de Roux siguen siendo válidas hoy en día para el manejo de esta patología.

Conclusión. Un segundo tiempo en paciente con antecedente de cirugía antireflujo por vía laparoscópica, mantiene mínima mortalidad y baja morbilidad, con igual seguridad y efectividad que los procedimientos por técnica abierta, además de menor dolor posquirúrgico, menor estancia hospitalaria, menor incapacidad laboral y ofrece la mejor opción quirúrgica para aquellos pacientes con antecedente de corrección quirúrgica de la misma.

03-047

Hernia hiatal reproducida y encarcelada al tórax, manejo laparoscópico

Carlos Felipe Perdomo, María Isabel Rizo, Roosevelt Fajardo,
Manuel Cadena, Margarita Ramírez
Fundación Santa Fe de Bogotá
Bogotá, D.C., Colombia
pacientesdrfelipeperdomo@gmail.com

Introducción. La cirugía bariátrica a pesar de generar amplios beneficios en los pacientes con hernia hiatal para prevenir compli-

caciones asociadas a esto. Se presenta un vídeo de un paciente de 22 años en pop tardío de hernioplastia hiatal y funduplicatura de Nissen, consulta a urgencias con abdomen agudo y disnea. Se documenta UL vólvulo gástrico al tórax.

Objetivo. Caracterizar una de las complicaciones tardías de la hernia hiatal y la funduplicatura gástrica.

Material y método. Se presenta un vídeo clínico de la cirugía por laparoscopia.

Resultados. El paciente presenta evolución satisfactoria.

Conclusión. Existe una amplia gama de complicaciones asociadas a la funduplicatura de Nissen.

03-049

Cirugía de Ivor Lewis por laparoscopia

Fernando Arias, Amy del Mar Piñeres, Luis Gerardo García-Herreros, Natalia Cortés, Camilo Bautista
Fundación Santa Fe de Bogotá,
Bogotá, D.C., Colombia
farias00@hotmail.com

Introducción. La incidencia del adenocarcinoma esofágico ha aumentado en la última década siendo esta 400 veces mayor en los países occidentales y en Latinoamérica, Colombia es uno de los de mayor incidencia. Está relacionado con condiciones como la ERGE, esófago de Barrett y uso de IBPs.

Objetivo. Describir el procedimiento realizado a un paciente con adenocarcinoma de la unión esofagogástrica con antecedente quirúrgico abdominal a quien se le realizó cirugía de Ivor Lewis por laparoscopia.

Material y método. Paciente de 63 años de sexo masculino con antecedente de poliposis múltiple familiar y carcinoma de colon izquierdo, a quien se le realizó una colectomía total e ileostomía definitiva en dos tiempos quirúrgicos. Se diagnostica adenocarcinoma de esófago en tercio distal y en estudios de extensión se identifica carcinoma papilar de tiroides en lóbulo izquierdo.

Resultados. Se realiza gastrectomía proximal y esofagectomía distal por laparoscopia, con disección transhiatal del esófago y anastomosis esofagogástrica por toracotomía derecha sin complicaciones. Se encuentra severo síndrome adherencial que compromete el estómago y adhiere la curvatura mayor y arteria gastroepiploica derecha a la pared abdominal. Se realiza liberación preservando esta última. Se lleva a cabo esofagectomía subtotal y anastomosis término terminal en tórax.

Conclusión. Se puede realizar cirugía de Ivor Lewis con técnica mínimamente invasiva de forma segura, logrando márgenes oncológicos y una rápida recuperación, además de las otras bondades ya conocidas de esta técnica. En este caso se planeó dicho abordaje pensando en una futura tiroidectomía

03-052

Adenocarcinoma de yeyuno, resección exitosa por laparoscopia

Óscar David Rubio, José Gonzalo Moros, Andrés Felipe Salazar
Hospital Universitario San Ignacio; Pontificia Universidad Javeriana
Bogotá, D.C., Colombia
oscardavid2@hotmail.com

Introducción. Los tumores malignos del intestino delgado son infrecuentes, representan tan solo el 1 al 3% de todos los cánceres del tracto gastrointestinal, son sus variedades histológicas más frecuentes los adenocarcinomas, tumor carcinoide, linfomas, y sarcomas. Desde el inicio sus síntomas son pobres y el diagnóstico preoperatorio suele hacerse difícil por lo que muchos pacientes son diagnosticados en estadios avanzados de la enfermedad con un pobre pronóstico. Más recientemente se han desarrollado nuevas técnicas endoscópicas para el estudio del intestino delgado y sin embargo, no se ha favorecido el diagnóstico en estadios precoces, por lo que la sospecha clínica, los estudios contratados del tránsito gastrointestinal y la tomografía axial computarizada con contraste son los elementos diagnósticos con los cuales aún contamos para descubrir la enfermedad. Dado lo infrecuente de la patología presentamos un caso de adenocarcinoma del intestino delgado tratado en nuestro hospital con resección intestinal y tumoral radical por vía laparoscópica.

Objetivo. Ilustrar técnica quirúrgica de resección tumoral de yeyuno con mínima invasión quirúrgica en un paciente operado en nuestra institución exitosamente.

Material y método. Grabación del procedimiento quirúrgico durante el tiempo operatorio y posteriormente se realizó edición y discusión académica.

Resultados. Paciente con adecuada evolución posquirúrgica, se da egreso a los 3 días posteriores a la cirugía sin complicaciones y con todas las ventajas ya conocidas de la cirugía mínimamente invasiva.

Conclusión. La cirugía laparoscópica para resección de tumores de intestino delgado es una excelente alternativa para el cirujano de hoy por todas sus ventajas en más rápida recuperación, menos dolor, y más pronto retorno a vida laboral, razón por la que presentamos este caso clínico en forma de vídeo ilustrando la técnica quirúrgica realizada..

03-053

Corrección de intususcepción intestinal con enteroscopia total de doble balón intraoperatoria asistida por laparoscopia en el tratamiento de síndrome de Peutz-Jeghers

Oscar David Rubio, José Gonzalo Moros, Andrés Felipe Salazar
Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana
Bogotá, D.C, Colombia
oscardavid2@hotmail.com

Introducción. El síndrome de Peutz-Jeghers es una condición autosómica dominante caracterizada por el desarrollo de pólipos hamartomatosos a lo largo del tracto gastrointestinal y pigmentación mucocutánea. Es un trastorno raro. Es menos común que la poliposis adenomatosa, con una incidencia de 1 en 8300 a 29.000 nacidos vivos. A pesar de que los pólipos hamartomatosos son típicamente lesiones benignas, son los responsables de las mayorías de las complicaciones en el síndrome de Peutz-Jeghers como la intususcepción, obstrucción intestinal y el sangrado.

Presentamos paciente de 14 años de sexo femenino, con diagnóstico conocido de síndrome de Peutz-Jeghers desde los 10 años, en quien se programó resección de pólipos de intestino delgado no complicados. Se lleva a cirugía mínimamente invasiva encontrando intususcepción por pólipo en intestino delgado.

Objetivo. Ilustrar técnica quirúrgica realizada de con mínima invasión combinada con enteroscopia a través de yeyunostomía intraquirúrgica en un paciente operado exitosamente en nuestra institución.

Material y método. Grabación del procedimiento quirúrgico durante el tiempo operatorio y posteriormente se realizó edición y discusión académica.

Resultados. Se realiza laparoscopia diagnóstica más liberación de adherencias por laparoscopia, corrección de intususcepción y yeyunostomía por laparoscopia, y a través de esta yeyunostomía se realiza enteroscopia intraoperatoria por donde se resecan los pólipos hamartomatosos causantes de las múltiples reintervenciones quirúrgicas.

Conclusión. Consideramos importante reportar este caso, ya que en la búsqueda de literatura con respecto al tema, en Colombia no han sido reportados casos de pacientes con síndrome de Peutz-Jeghers a quienes se les haya realizado polipectomía electiva por enteroscopia de doble balón asistido por yeyunostomía laparoscópica.

03-054

Enucleación de insulinoma por vía laparoscópica

Fernando Alvarado, José Gonzalo Moros, Andrés Felipe Salazar
Hospital Universitario San Ignacio
Bogotá, D.C., Colombia
falvarado@husi.org.co

Introducción. La enucleación de masas pancreáticas benignas por laparoscopia es un procedimiento poco común en nuestro medio, que han mostrado buenos resultados en casos selectivos de tumores sólidos, benignos del páncreas ubicados en la cara anterior (superficial) y superior (por estar distantes al conducto pancreático y por lograrse mejor exposición quirúrgica).

Es nuestra intención presentar el caso de un paciente de 25 años de sexo masculino con diagnóstico previo de epilepsia refractaria al manejo médico.

En los estudios posteriores por parte de neurología documentaron hipoglucemia.

Ante este hallazgo se iniciaron estudios encontrando paraclínicos sugestivos de insulinoma, con TAC y RMN de abdomen negativas para masas en páncreas.

Por medio de ultrasonografía endoscópica identificaron masa en cuerpo del páncreas, superficial de 1 cm.

Durante el estudio el paciente requirió hospitalización por requerimientos altos y continuos de dextrosa, por lo que se realizó enucleación de la masa por vía laparoscópica.

Objetivo. Presentar en vídeo la resección de un insulinoma por laparoscopia, procedimiento poco común en nuestro medio.

Material y método. Vídeo de un caso de insulinoma pancreático resuelto por vía laparoscópica, con modificación de la técnica para la exposición de la superficie pancreática.

Resultados. El paciente presentó mejoría de sintomatología glicopénica tras la resección de masa pancreática con reporte de patología que confirma resección total de tumor endocrino benigno del páncreas.

Conclusión. En el caso a presentar, la enucleación por vía laparoscópica del insulinoma fue un procedimiento sin morbilidad, seguro, reproducible, en donde se lograron los objetivos de la intervención quirúrgica: resección completa de la lesión, además de resolución de los signos y síntomas presentados por el paciente.

03-055

Esplenectomía laparoscópica por puerto único

José Gonzalo Moros, Andrés Felipe Salazar, Fabio Eduardo Pinzón

Pontificia Universidad Javeriana; Hospital Universitario San Ignacio Bogotá, D.C., Colombia
 afsalazar@husi.org.co

Introducción. La esplenectomía continúa siendo un procedimiento frecuentemente realizado en cirugía general. Actualmente con el desarrollo de las nuevas tecnologías la vía laparoscópica se ha convertido en un procedimiento en la primera vía de elección. Sin embargo, el avance de esta herramienta hace que exista la disponibilidad de nuevas tecnologías para su realización como la cirugía laparoscópica por puerto único.

Objetivo. Mostrar la factibilidad técnica de la realización de la esplenectomía por vía laparoscópica, utilizando un dispositivo de puerto único.

Material y método. Mostrar un procedimiento quirúrgico que fue realizado en el HUSI por el grupo de cirugía mínimamente invasiva, el cual se encuentra sólidamente conformado, y posee la experiencia en cirugía laparoscópica avanzada, a la vez que cuenta con los equipos e instrumental requeridos para este tipo de procedimiento.

Resultados. Se realizó esplenectomía laparoscópica por puerto único con la utilización de dispositivo "SILS" e instrumental convencional, que asociado al conocimiento y dominio de la técnica, permite que dicha cirugía sea realizada con un tiempo quirúrgico de acuerdo a lo descrito en la literatura y con evolución posoperatoria favorable y el beneficio para el paciente.

Conclusión. La técnica laparoscópica es actualmente la primera vía de elección para la esplenectomía, siempre y cuando cumpla con los requerimientos mínimos para ser realizado por esta vía. Sin embargo, con las nuevas tecnologías de cirugía mínimamente invasiva la técnica por puerto único es una interesante y llamativa alternativa. De esta manera se puede ofrecer una opción de abordaje a los pacientes, con una estancia hospitalaria corta y un adicional beneficio estético y funcional en la recuperación del paciente.

03-060

Ileocelectomía laparoscópica fallida en enfermedad de Crohn

Julio César Molina, Manuel Mosquera, Akram Kadamani, Gabriel Sánchez

Fundación Cardio Infantil; Universidad de la Sabana Bogotá, D.C., Colombia

Introducción. La enfermedad de Crohn es una condición crónica en la que el intestino se inflama y ulcera. Junto con la colitis ulcerativa, es parte de un grupo de enfermedades conocido como enfermedad inflamatoria intestinal.

Afecta comúnmente la porción inferior del intestino delgado, aunque puede ocurrir en cualquier parte del intestino delgado o grueso, estómago, esófago o boca. Puede suceder a cualquier edad, siendo más común entre los 15 y 30 años.

La cirugía a veces es necesaria para pacientes con síntomas que no responden a medicamentos. La cirugía puede realizarse para reparar perforaciones, obstrucciones o hemorragia en el intestino.

Objetivo. Presentar un vídeo de un paciente con enfermedad de Crohn íleo cólica sintomático por obstrucción y su manejo. A propósito de este caso evaluar la resección íleo cólica laparoscópica por esta patología como una herramienta útil en el manejo quirúrgico de los pacientes; precisando indicaciones, contraindicaciones y resultados con base en la literatura.

Material y método. Paciente de 31 años con diagnóstico de enfermedad de Crohn desde 2010, en manejo médico con Azatioprina 50 mg cada 12 horas y Mesalazina 1 gr cada 12 horas, que consulta en varias ocasiones al servicio de urgencias, por cuadros de dolor abdominal asociado a distensión y disminución o ausencia de flatos y deposiciones. Como antecedentes apendicectomía y drenaje de peritonitis por cirugía convencional.

Última colonoscopia en febrero de 2013, muestra lesión en la unión íleo cólica parcialmente obstructiva de aspecto polipoide mamelonada que sugiere origen inflamatorio.

Ante este hallazgo se programa para ileocelectomía por laparoscopia.

Resultados. Hallazgos quirúrgicos: síndrome adherencial peritoneal severo resuelto por laparoscopia, con plastrón ileal adherido a pelvis y retroperitoneo que obliga a conversión. Colon colapsado y compromiso ileal de 1 mt manejado con resección íleo cólica y anastomosis latero lateral por cirugía convencional.

Conclusión. La laparoscopia en Crohn es un recurso válido en casos seleccionados, teniendo en cuenta las indicaciones y contraindicaciones mencionadas por la literatura. En este caso específico la distensión marcada del intestino proximal a la obstrucción y el antecedente de cirugía previa fueron las principales limitaciones para el éxito del procedimiento laparoscópico.

03-061

Vídeo de un quiste esplénico tratado con cirugía laparoscópica

Hernán Restrepo, Juliana Restrepo

Universidad Pontificia Bolivariana
 Medellín, Colombia
 julirpo85@gmail.com

Introducción. Los quistes esplénicos son una entidad poco común con alrededor de 1000 casos reportados en la literatura. Se dividen en primarios y secundarios. Los quistes mayores de 5 cm deben ser manejados quirúrgicamente por el alto riesgo de ruptura. Actualmente se recomienda el manejo laparoscópico de estos pacientes ya sea con marzupialización del quiste o con fenestración de la pared del mismo.

Objetivo. Describir el caso de una paciente con un quiste esplénico de 9 cm de diámetro que fue tratado con marzupialización por técnica laparoscópica; y mostrar el vídeo de la técnica quirúrgica realizada.

Materiales y métodos. Se revisó la historia clínica, y se editó el vídeo para mostrar las imágenes más relevantes en 5 minutos.

Resultados. Se trata de una paciente que consultó por un cuadro clínico de 3 meses de evolución de dolor lumbar izquierdo. Se realizaron estudios complementarios y se diagnosticó un quiste esplénico por medio de ultrasonografía y tomografía. Se realizó el manejo por laparoscopia con marzupialización del quiste e interposición de epiplón en la cavidad de la lesión, sin complicaciones. Hasta ahora el seguimiento es de pocos días por lo reciente de la intervención.

Conclusión. Mostramos el vídeo de una paciente con un quiste esplénico de 9 cm que fue manejado de manera exitosa con marzupialización por laparoscopia.

03-062

Tumor desmoide en el mesenterio: video y análisis del caso clínico

Hernán Restrepo, Juliana Restrepo
Universidad Pontificia Bolivariana
Medellín, Colombia
julirpo85@gmail.com

Introducción. Los tumores desmoides son neoplasias miofibroblásticas benignas. Son el 0,03% de todas las neoplasias y su incidencia es de 2-4/1.000.000 habitantes/año. Los tumores desmoides intra-abdominales están descritos en la literatura y se pueden presentar con obstrucción intestinal o isquemia intestinal. Su etiología es multifactorial.

Objetivo. Presentar el caso clínico de una paciente a quien se le diagnosticó un tumor desmoide en el mesenterio del asa alimentaria de la Y de Roux, luego de un bypass gástrico; y mostrar el video de la técnica quirúrgica.

Material y método. Se revisó la historia clínica de la paciente y se hizo la correlación del con la literatura actual. Se editó el vídeo de la cirugía para mostrar las imágenes más relevantes en 5 minutos.

Resultados. Se trata de una paciente que a los 3 años posoperatorios de un bypass gástrico como tratamiento para obesidad mórbida, se presentó con una obstrucción intestinal alta. En las imágenes durante la hospitalización se le encontró una estenosis en el asa alimentaria de la Y de Roux y se llevó a revisión por laparoscopia donde se encontró una lesión en el mesenterio. Dada la dificultad para una resección completa por su localización se decidió hacer un puente de la lesión con una nueva anastomosis yeyuno-yeyunal. La paciente ha tenido una evolución satisfactoria. La patología de la lesión mostró un tumor desmoide.

Conclusión. Presentamos el caso de un tumor desmoide en la base del mesenterio del intestino delgado que fue manejado con un puente yeyuno-yeyunal, sin resección intestinal, con resultados satisfactorios.

CIRUGÍA BARIÁTRICA

03-017

Fístula en plicatura gástrica

Hugo Bosch, Hugo Díaz, Mario Henríquez, Carolina Jiménez
Hospital de Urgencia Asistencia Pública,

Santiago, Chile
hubosch@yahoo.es

Introducción. La plicatura gástrica está considerada como cirugía bariátrica de bajo riesgo en relación al resto de las aceptadas, con descripción de muy pocas complicaciones.

Objetivo. Mostrar un caso y tratamiento de fístula gástrica en plicatura gástrica.

Material y método. Paciente obesa en quien se realiza plicatura gástrica, con imbricación de curvatura mayor esqueletizada con 1° plano de puntos separados de seda 2-0 y 2° plano con pds 2-0 corrido invaginante. Prueba de hermeticidad con azul de metileno negativa.

Resultados. Se muestra operación de fístula gástrica en plicatura reciente, aseo de peritonitis, retiro puntos gástricos previos, uso azul de metileno, gastrorrafia, doble drenaje. UTI. Buena evolución.

Conclusión. Cirugía que puede tener complicaciones.

03-018

Hernia hiatal paraesofágica posmanga

Hugo Bosch, Hugo Díaz, Mario Henríquez, Carolina Jiménez
Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Santiago, Chile
hubosch@yahoo.es

Introducción. La hernia hiatal es una complicación poco frecuente en pacientes operados de gastrectomía en manga.

Objetivo. Mostrar el tratamiento laparoscópico de hernia hiatal paraesofágica posgastrectomía en manga.

Material y método. Paciente obesa mórbida IMC 41 con 106 kg, con varias copatologías asociadas, operada hace un año realizándose gastrectomía en manga. Consulta con 60 kg y mejoría de sus enfermedades, con vómitos frecuentes y dificultad para comer. Se realiza radiografía de esófago, estómago duodeno con medio de contraste que muestra hernia hiatal paraesofágica y panendoscopia. Se realiza reparación videolaparoscópica.

Resultados. Radiografías muestran gran hernia hiatal paraesofágica, endoscopia no muestra lesiones y buen paso a duodeno. Se realiza cirugía laparoscópica disección adherencias, liberación estómago y esófago, existen varios puntos por intento de reparación hiatal anterior, adherencias a gran hiato esofágico, reducción estómago, herniorrafia hiatal a puntos separados (dos anteriores, cinco posteriores). Buen resultado clínico y radiológico a los 6 meses del posoperatorio.

Conclusión. Factibilidad de reparación laparoscópica de complicación poco frecuente. Debe prevenirse esta complicación.

03-019

Azul de metileno en gastrectomía en manga

Hugo Bosch, Hugo Díaz, Mario Henríquez, Carolina Jiménez
Hospital de Urgencia Asistencia Pública
Santiago, Chile
hubosch@yahoo.es

Introducción. Se discute si usar o no azul de metileno durante la realización de gastrectomía vertical en manga, en consenso argentino 2013 se utiliza solo en un 30% las pruebas de hermeticidad.

Objetivo. Mostrar casos de filtración de azul de metileno en gastrectomía en manga y resolución.

Material y método. Dos gastrectomías en manga por obesidad realizadas por un autor, con sutura invaginante de Monocryl 2-0 del stapler usado, clampeo del duodeno y uso de 60 a 100 de azul de metileno, filtración positiva, resutura, doble drenaje.

Resultados. Buena evolución en posoperatorio.

Conclusión. Se aconseja el uso rutinario de azul de metileno para evitar fístula en gastrectomía en manga.

03-021

Cirugía bariátrica: reto en un paciente con múltiples cirugías abdominales

Nayib Zurita Medrano, Carlos Bustillo, Diego Lozano, Rafael Flórez, Jaillier Sierra

Universidad del Sinú Seccional Cartagena; Clínica Cartagena del Mar Cartagena, Bolívar, Colombia
nazume73@hotmail.com

Introducción. La cirugía bariátrica tipo *sleeve* gástrico por laparoscopia representa una opción válida para el tratamiento de obesidad mórbida, pues se asocia a pérdida de peso a largo plazo y disminución de la morbimortalidad asociada a la obesidad. Esta cirugía implica la eliminación de aproximadamente del 80% del volumen estomacal. La presencia de un síndrome adherencial severo a pesar de no ser una contraindicación absoluta, incrementa considerablemente la dificultad del procedimiento lo que hace que este tipo de procedimiento se convierta en un reto para el cirujano.

Objetivo. El objetivo de este trabajo es compartir nuestra experiencia como grupo de cirugía bariátrica en el manejo en estos casos.

Material y método. El grupo de cirugía bariátrica de la Clínica Cartagena Del Mar sometió a cirugía bariátrica tipo *sleeve* gástrico a una paciente de 47 años de edad, con múltiples antecedentes quirúrgicos, para tratamiento de su obesidad mórbida grado III, con técnica convencional. Fue valorada previamente según protocolo institucional sin encontrar contraindicaciones para su realización.

Resultados. A la paciente se le practicó cirugía tipo *sleeve* gástrico. El procedimiento se llevó a cabo sin complicaciones, con una buena evolución posoperatoria.

Conclusión. Es posible realizar cirugía bariátrica en pacientes con múltiples antecedentes quirúrgicos que cursan con un síndrome adherencial severo en centros con experiencia.

COLON Y RECTO

03-003

Rafia de colon por video laparoscopia posterior a doble trauma abdominal

Hugo Bosch, Mario Henríquez, Carolina Jiménez,
Hospital de Urgencia Asistencia Pública

Santiago, Chile
hubosch@yahoo.es

Introducción. El abordaje clásico del trauma abdominal complicado es la laparotomía, que conlleva dolor abdominal, íleo, riesgo de infección de herida operatoria, riesgo de hernia incisional, etc. En paciente con herida toracoabdominal izquierda más FII requiere una gran laparotomía para explorar diafragma y colon izquierdo. En paciente estable hemodinámicamente puede realizarse vía laparoscópica como se muestra en el vídeo.

Objetivo. Mostrar resolución laparoscópica del trauma abdominal complicada estable, colorrafía, aseo, disección de colon e instalación de drenaje.

Material y método. Paciente de sexo masculino de 23 años de edad, con herida por arma blanca torácica derecha, toracoabdominal izquierda y FII, se realiza pleurostomía derecha que se retira a las 24 horas apareciendo dolor abdominal, vómitos y fiebre, es derivado a HUAP, paciente febril, dolor y blumberg en hemiabdomen izquierdo, la radiografía de tórax muestra neumotórax recidivado derecho y gran neumoperitoneo.

Resultados. Exploración laparoscópica que descarta lesión diafragmática, se realiza colorrafía laparoscópica de lesión única, aseo y drenaje.

Conclusión. Es factible la cirugía laparoscópica en trauma abdominal complicado estable hemodinámicamente.

03-020

Corrección de fístula rectovaginal por colonoscopia

Jhon Freddy Vallejo, Diego Humberto Márquez

Universidad del Valle
Cali, Colombia.
diegothmarquezb@gmail.com

Introducción. La fístula rectovaginal es una complicación del cierre de colostomía tipo Hartmann en pacientes con abdomen hostil y su manejo usualmente requiere reintervención quirúrgica abierta.

Objetivo. Por medio de este video presentamos el cierre de fístula rectovaginal por colonoscopia como tratamiento mínimamente invasivo.

Material y método. Vídeo de procedimiento endoscópico: Paciente de sexo femenino de 50 años de edad quien presenta endometrioma que invade colon sigmoide. Se realiza proctosigmoidectomía más anastomosis colorrectal, histerectomía y salpingo-ouferectomía bilateral por laparoscopia en conjunto con ginecología. En su evolución posoperatoria presenta isquemia de colon descendente requiriendo colostomía tipo Hartmann. Posteriormente se realiza reconstrucción del tránsito intestinal en pelvis hostil con anastomosis colorrectal por laparoscopia. En el día 13 del posoperatorio presenta drenaje de materia fecal por vagina. Se documenta fístula rectovaginal de 1 cm realizándose curetaje y cierre endoscópico con clips.

Resultados. Adecuada evolución posoperatoria, no recurrencia de fístula rectovaginal, adecuado tránsito intestinal.

Conclusión. El cierre de la fístula rectovaginal con clips por colonoscopia es un manejo mínimamente invasivo que puede resultar exitoso en algunos pacientes con esta patología.

03-025

Manejo laparoscópico de peritonitis secundaria a una apendicitis perforada

Nayib Zurita Medrano, Carlos Cruz, Diego Lozano, Jaillier Sierra, Rafael Flórez

Universidad del Sinú Seccional Cartagena; Clínica Cartagena del Mar Cartagena, Bolívar, Colombia
nazume73@hotmail.com

Introducción. La apendicitis aguda afecta al 7% de cualquier población independientemente del sexo, aunque es más frecuente en el sexo masculino. El diagnóstico de apendicitis resulta más difícil en los extremos de la vida, por lo que hay una mayor incidencia de diagnóstico tardío y perforaciones en los pacientes jóvenes y ancianos. La tasa de mortalidad general para apendicitis es menor al 1% pero se incrementa al 3% al perforarse. El manejo laparoscópico de apendicitis perforada reduce la morbimortalidad en pacientes con apendicitis complicada y el tiempo de estancia hospitalaria.

Objetivo. Demostrar que el manejo laparoscópico de apendicitis perforada es una opción en pacientes complicados.

Material y método. Se muestra la técnica laparoscópica para el manejo de apendicitis perforada complicada. Se realiza laparoscopia diagnóstica y terapéutica por múltiples puertos, evidenciando apendicitis perforada con grandes colecciones en cavidad abdominal, se realiza apendicectomía con sutura mecánica y lavado de cavidad abdominal.

Resultados. Se practicó de forma exitosa una laparoscopia diagnóstica y terapéutica, logrando realizar apendicectomía con sutura mecánica y lavado de cavidad en una paciente de 16 años de edad. Había consultado en múltiples instituciones por cuadro de abdomen agudo sin diagnóstico hasta ser valorada en conjunto por ginecología y cirugía laparoscópica. Se consideró realizar laparoscopia diagnóstica. La cirugía se practicó en 60 minutos sin complicaciones.

Conclusión. La apendicectomía laparoscopia se convierte una opción segura y asequible para el manejo mínimamente invasivo de la apendicitis perforada y algunas de sus complicaciones.

03-032

Resección anterior baja de recto laparoscópica utilizando grapadora Endo GIA Radial Reload®

Jorge Bernal, Alexis Manrique, Juan D. Martínez, Juan Pablo Gómez

Universidad CES; Clínica Las Américas
Medellín, Colombia
manriquemarz@gmail.com

Introducción. Presentamos un vídeo de resección anterior baja de recto por cáncer, utilizando la técnica laparoscópica y con grapadora Endo GIA Radial Reload®.

Objetivo. Demostrar la factibilidad de la resección de este tipo de tumores por técnica mínimamente invasiva, y el mayor alcance en margen distal utilizando una nueva tecnología de grapadora mecánica.

Material y método. Paciente de sexo femenino de 82 años con diagnóstico endoscópico de adenocarcinoma de recto ubicado a 8 cm del margen anal. Estadía T2N0M0 preoperatorio.

Resultados. Se logra realizar resección anterior baja de recto con excisión total de meso-recto, seccionando el margen distal con un disparo de grapadora mecánica Endo GIA Radial Reload, y una recarga adicional de grapadora lineal, se hace anastomosis colorrectal con sutura mecánica circular por vía totalmente laparoscópica, se extrae la pieza por ampliación de uno de los puertos, protegiendo la herida con dispositivo retractor-separador Alexis®. Se hace Colostomía derivativa del transverso. Evolución favorable excepto por serohematoma pélvico, el cual fue drenado mediante punción guiada por imágenes, posterior a lo cual egresó. La patología confirma el diagnóstico: adenocarcinoma patrón clásico de bajo grado, sin invasión linfovascular ni perineural de 2,5 cm de diámetro que se extiende hasta la submucosa, con márgenes libres proximal (a 5 cm), distal (a 2 cm) y circunferencial, se recuperaron 12 ganglios, todos negativos para metástasis.

Conclusión. Se demuestra la factibilidad de realizar este procedimiento completamente por vía laparoscópica, y la facilidad de lograr mayor profundidad en la pelvis al seccionar el margen distal con la nueva grapadora radial.

03-051

Manejo laparoscópico de mucocele apendicular por único puerto

Fernando Arias, Amy del Mar Piñeres, Camilo Bautista, Natalia Cortés
Fundación Santa Fe de Bogotá
Bogotá, D.C., Colombia
farias00@hotmail.com

Introducción. Los tumores del apéndice cecal son raros, con una incidencia de 0.12 casos por un millón de habitantes. Son poco sintomáticos y generalmente se evidencian como hallazgo incidental en cirugía e imágenes. El manejo es quirúrgico (abierto o laparoscópico) con el fin de realizar apendicectomía, cequectomía o hemicolectomía derecha. En caso de ruptura el manejo es más agresivo, requiriendo resección y quimioterapia hipertérmica intraperitoneal en un centro especializado.

Objetivo. Describir un caso clínico de mucocele apendicular tratado mediante cirugía mínimamente invasiva por puerto único.

Material y método. Paciente de sexo masculino de 68 años con antecedente de cáncer de próstata llevado a prostatectomía abierta. En estudios de extensión, le encuentran en tomografía de abdomen un apéndice cecal de 2.4 x 2.6 x 7 cm la cual presenta líquido denso en su interior. Con dichos hallazgos se lleva a apendicectomía más cequectomía por vía laparoscópica.

Resultados. Se realiza apendicectomía laparoscópica por incisión única umbilical sin complicaciones. El tiempo quirúrgico fue de 95 minutos. Presentó evolución posoperatoria satisfactoria, adecuado control del dolor y tolerancia a la vía oral. Fue dado de alta a las 4 horas, control a los 8 días con adecuada evolución y reanudación normal de actividades diarias. La patología reportó neoplasia apendicular de bajo grado con margen de sección libre de malignidad.

Conclusión. La cirugía mínimamente invasiva es segura para el manejo de la neoplasia mucinosa del apéndice. Se logra mantener la integridad de la lesión sin extensión a órganos vecinos, protegiendo adecuadamente la herida y de ser necesario realizando la resección colónica en el mismo acto quirúrgico.

TRAUMA E INFECCIONES

03-015

Rafia de colon por laparoscopia posterior a trauma abdominal

Hugo Bosch, Mario Henríquez, Carolina Jiménez
Hospital de Urgencia Asistencia Pública
Santiago, Chile
hubosch@yahoo.es

Introducción. El abordaje clásico del trauma abdominal complicado es la laparotomía, pero conlleva dolor abdominal, íleo, riesgo de infección de herida operatoria, riesgo de hernia incisional, etc. En un paciente con heridas en la región toracoabdominal izquierda y la fosa iliaca izquierda, se requiere una incisión de laparotomía más grande para explorar diafragma y colon izquierdo. En el paciente estable hemodinámicamente esto puede realizarse por vía laparoscópica como se muestra en el vídeo.

Objetivo. Mostrar resolución laparoscópica del trauma abdominal complicado en un paciente hemodinámicamente estable.

Material y método. Paciente de sexo masculino de 23 años de edad, con herida por arma blanca torácica derecha, toracoabdominal izquierda y fosa ilíaca izquierda, a quien se le realiza pleurostomía derecha, que se retira a las 24 horas. Posteriormente aparece dolor abdominal, vómitos y fiebre. Es derivado a HUAP, febril, con dolor blumberg en hemiabdomen izquierdo; la radiografía de tórax muestra neumotórax recidivado derecho y gran hemoperitoneo.

Resultados. Se practica exploración laparoscópica que descarta lesión diafragmática, y se realiza colorrgrafía laparoscópica de lesión única en colon, aseo, drenaje. Buena evolución.

Conclusión. Es factible la cirugía laparoscópica en trauma abdominal complicado en un paciente estable hemodinámicamente.

03-016

Laparoscopia terapéutica en trauma abdominal, enterorrafia

Hugo Bosch, Mario Henríquez, Carolina Jiménez
Hospital de Urgencia Asistencia Pública
Santiago, Chile
hubosch@yahoo.es

Introducción. El abordaje clásico del trauma abdominal complicado es la laparotomía, que conlleva dolor abdominal, íleo, riesgo de infección de herida operatoria, riesgo de hernia incisional, etc. En el paciente con herida abdominal izquierda requiere una gran laparotomía para explorar. En el paciente estable hemodinámicamente puede explorarse y realizarse tratamiento por vía laparoscópica.

Objetivo. Mostrar laparoscopia terapéutica en trauma abdominal complicada hemodinámicamente estable con lesión de intestino delgado.

Material y método. Paciente de 25 años de edad de sexo masculino, derivado a HUAP por herida con arma blanca en fosa iliaca izquierda, estable hemodinámicamente, presenta dolor abdominal, blumberg (+), en la radiografía de tórax muestra hemoperitoneo.

Resultados. Exploración laparoscópica, aspiración de hemoperitoneo Bersi II (5-10 mm), se realiza enterorrafia laparoscópica de lesión única, aseo, drenaje.

Conclusión. Es factible la cirugía laparoscópica terapéutica en trauma abdominal complicado estable hemodinámicamente.

HERNIAS Y PARED ABDOMINAL

03-005

Eventrorrafia con colocación de malla biológica y técnica de separación de componentes

Javier Acuña Barrios, José Salcedo
Clínica Gestión Salud
Cartagena de Indias, Colombia
javiacu@yahoo.com

Introducción: La práctica de eventrorrafas grandes y gigantes es un verdadero reto para el cirujano general. La pérdida del domicilio impone la colocación de mallas grandes y en íntimo contacto con asas intestinales y en ocasiones con sitios potencialmente contaminados o contaminados.

Objetivo. Mostrar una eventrorrafia en la cual se colocó una malla biológica con técnica de separación de componentes.

Material y método. Se practicó la filmación de la cirugía y de su control posoperatorio. El paciente requirió de preparación con nutrición inmunomoduladora (Argiment) 7 días antes y 7 días después de la cirugía, antibióticoterapia y preparación colónica. Se colocó una malla biológica no reticulada XCM de 20 x 30 cm.

Resultados. Se trató de un paciente de sexo masculino de 56 años de edad con antecedente de operación de Hartmann en 2011, reconstrucción del tránsito intestinal en 2012; con complicación parietal por infección del sitio operatorio superficial y profunda. Consulta con herida granulante y visualización directa de peristaltismo intestinal, lo cual hacía suponer eventual apertura de asa intestinal durante la eventrorrafia con eventual contaminación del campo operatorio. Por lo anterior se solicitó malla biológica y dado el gran defecto parietal se practicó técnica de separación de componentes. El paciente no presentó complicaciones intraoperatorias ni posoperatorias.

Conclusión. Las mallas biológicas se deben tener en cuenta en defectos aponeuróticos potencialmente contaminados o contaminados. A su vez, la técnica de separación de componentes se puede practicar en defectos aponeuróticos grandes.

03-006

Eventrorrafia con técnica de separación de componentes

Javier Acuña Barrios, Jaime Bonfante, Rubén Carrasquilla
Clínica Gestión Salud
Cartagena de Indias, Colombia
javiacu@yahoo.com

Introducción. Con el advenimiento de las laparostomías en el manejo de pacientes con peritonitis y/o trauma la incidencia de eventraciones grandes y gigantes ha aumentado en las últimas décadas. El tratamiento diferido de estas eventraciones es complejo, requiriendo de la colocación de mallas especiales, técnicas que ayuden a disminuir la

tensión parietal y del concurso de otras especialidades como cirugía plástica y reconstructiva.

Objetivo. Mostrar un vídeo donde se practica una eventrorrafia con técnica de separación de componentes.

Material y método. Filmación de paciente al cual se le practicó una eventrorrafia con técnica de separación de componentes. En la Clínica Gestión Salud de Cartagena. Se utilizó una malla Parietex Composite.

Resultados. Paciente de sexo masculino de 55 años de edad con antecedente de laparotomía por peritonitis apendicular y lavados peritoneales terapéuticos ulteriores y cierre parietal por segunda intención. Se muestra la colocación de una malla subaponeurótica, subperitoneal, previa a la práctica de técnica de separación de componentes por vía abierta. Dicho paciente evolucionó satisfactoriamente.

Conclusión. En la técnica de separación de componentes se debe tener en cuenta en defectos aponeuróticos grandes para disminuir la tensión parietal.

03-009

Herniorrafia inguinal por vía laparoscópica. Técnica TAPP

Javier Acuña, Jaime Bonfante, Rubén Carrasquilla
Clínica Gestión Salud
Cartagena de Indias, Colombia
javiacu@yahoo.com

Introducción. En la actualidad las técnicas de herniorrafias que han demostrado menos índices de recidivas, menos dolor y recuperación más rápida son aquellas en las cuales se colocan mallas. En la herniorrafia inguinal por vía laparoscópica la malla se puede colocar por delante del peritoneo sin entrar a la cavidad abdominal (técnica TEP) o entrando a la misma; o sea en forma transabdominal (técnica TAPP).

Objetivo. Mostrar un vídeo en el cual se practica una herniorrafia inguinal por vía laparoscópica utilizando la técnica TAPP.

Material y método. Se filmó una cirugía en la cual se practicó una herniorrafia inguinal laparoscópica con técnica TAPP. La misma se llevó a cabo en un paciente de sexo masculino, en la Clínica Gestión Salud de Cartagena.

Resultados. Se muestra la posición del paciente y del equipo quirúrgico, se detalla la técnica de disección empleada al igual que la forma y fijación de la malla.

Conclusión. La herniorrafia inguinal por vía laparoscópica es una técnica segura y se relaciona con bajos índices de recidiva.

03-027

Hernia inguinoescrotal gigante, reparo laparoscópico por técnica TAPP

Carlos Villa, Charles Bermúdez
Clínica V.I.P.
Bogotá, D.C., Colombia
carlos.r.villa@gmail.com

Introducción. El manejo de la hernia inguinoescrotal por vía laparoscópica tiene ventajas evidentes con respecto a las técnicas abiertas,

permitiendo por incisiones mínimas, una mejor visualización del área quirúrgica y órganos comprometidos, con menor manipulación de los mismos.

Objetivo. Presentar un caso de hernioplastia inguinoescrotal laparoscópica por técnica transabdominal preperitoneal (TAPP).

Material y método. Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino con hernia inguinoescrotal gigante que contenía el colon derecho y transversal y el epiplón dentro del saco herniario, a quien se realiza una hernioplastia laparoscópica por técnica TAPP.

Resultados. El abordaje laparoscópico de la hernia inguinoescrotal tiene evidentes ventajas técnicas sobre los abordajes abiertos, en manos de cirujanos con el debido entrenamiento.

Conclusión. En manos de especialistas con entrenamiento adecuado y experiencia suficiente en la técnica, el abordaje de elección para la corrección de la hernia inguinoescrotal gigante, debe ser la vía laparoscópica.

03-034

Corrección de hernia paraestomal con malla por laparoscopia

Jesús Vásquez, Alexis Manrique, Andrea Hernández
Universidad CES; Hospital Manuel Uribe Ángel,
Medellín, Colombia
manriquemarz@gmail.com

Introducción. Presentamos un vídeo con la técnica para cierre de hernia paraestomal con malla por laparoscopia.

Objetivo. Demostrar la factibilidad del procedimiento por técnica mínimamente invasiva.

Material y método. Paciente con antecedente de colostomía izquierda definitiva, que fue realizada debido a proctitis actínica secundaria a radioterapia por cáncer de cérvix, quien desarrolló tardíamente hernia paraestomal sintomática.

Resultados. Se realiza corrección de esta hernia por vía totalmente laparoscópica iniciando con cierre primario del defecto aponeurótico en su aspecto medial con sutura no absorbible asistido con aguja de cierre fascio-cutáneo, no se reseca el saco herniario. Posteriormente se reduce parcialmente el asa de colostomía y se fija a la pared abdominal con sutura absorbible, para luego instalar malla de Physiomesh® alrededor del asa de ostomía y fijarla con dos suturas de espesor total y adicionalmente doble corona de fijadores tipo Securestrap®. Evolución favorable, egresa al segundo día sin complicaciones.

Conclusión. Se presenta la técnica utilizada y demostramos la factibilidad de su realización sin complicaciones, con estancia hospitalaria corta.

03-044

Hernia inguinal reproducida y estrangulada, manejo laparoscópico

Carlos Felipe Perdomo, Margarita Ramírez, Roosevelt Fajardo, Manuel Cadena, Carlos Andrés Villa
Fundación Santa Fe de Bogotá
Bogotá, D.C., Colombia
pacientesdrfelipeperdomo@gmail.com

Introducción. La tendencia actual es realizar la corrección de las hernias inguinales por el abordaje laparoscópico por los beneficios que claramente se tienen. Se presenta el abordaje por laparoscopia de una paciente con una hernia inguinal reproducida y encarcelada.

Objetivo. Mostrar por medio de un vídeo el abordaje de la hernia reproducida por laparoscopia.

Material y método. Se presenta un vídeo clínico de la cirugía por laparoscopia.

Resultados. La paciente presenta evolución satisfactoria.

Conclusión. Es totalmente factible el abordaje laparoscópico de la hernia inguinal reproducida.

03-045

Hernia del ligamento ancho del útero estrangulado, manejo laparoscópico

Carlos Felipe Perdomo, Margarita Ramírez, Roosevelt Fajardo, Manuel Cadena, Carlos Andrés Villa
Fundación Santa Fe de Bogotá
Bogotá, D.C., Colombia
pacientesdrfelipeperdomo@gmail.com

Introducción. Existen algunos tipos hernias de la cavidad abdominal con muy baja incidencia. Uno de estos tipos son las hernias del ligamento ancho del útero. Se presenta un vídeo de una paciente con obstrucción intestinal sin antecedente quirúrgico.

Objetivo. Caracterizar un tipo de hernia de la cavidad abdominal de muy baja incidencia.

Material y método. Se presenta un vídeo clínico de la cirugía por laparoscopia.

Resultados. La paciente presenta evolución satisfactoria.

Conclusión. El paciente con obstrucción intestinal sin antecedente quirúrgico debe ser llevado a cirugía con algunas excepciones.

03-046

Hernia obturatriz por laparoscopia

Francisco Díaz, Carlos Felipe Perdomo, Margarita Ramírez
Fundación Santa Fe de Bogotá
Bogotá, D.C., Colombia
pacientesdrfelipeperdomo@gmail.com

Introducción. Existen algunos tipos de hernias de la cavidad abdominal de rara presentación. Se muestra el vídeo de una hernia obturatriz estrangulada por laparoscopia.

Objetivo. Mostrar por medio de un vídeo el abordaje de la hernia obturatriz por laparoscopia.

Material y método. Se presenta un vídeo clínico de la cirugía por laparoscopia.

Resultados. El paciente presenta evolución satisfactoria.

Conclusión. Es totalmente factible el abordaje laparoscópico de la hernia obturatriz.

03-048

Uso de sutura de autorretención en el reparo de hernia ventral por vía laparoscópica único puerto

Fernando Arias, Natalia Cortés, Amy del Mar Piñeres, Camilo Bautista, Gabriel Herrera, Adolfo Torres
Fundación Santa Fe de Bogotá
Bogotá, D.C., Colombia
farias00@hotmail.com

Introducción. El reparo de la pared abdominal después de una hernia ventral es un desafío constante debido a su alta tasa de recurrencia de 25% con el uso de material protésico y de hasta un 50% con reparo primario. En los últimos años la cirugía laparoscópica está en auge y la técnica por incisión única umbilical se practica en procedimientos cada vez más complejos siendo una opción para su tratamiento.

Objetivo. Mostrar el manejo de una hernia ventral por vía laparoscópica único puerto con afrontamiento de la línea media.

Material y método. Paciente de sexo femenino de 57 años con antecedente de cáncer de cuello uterino tratado con histerectomía radical abierta. Consulta a urgencias por dolor abdominal de 2 días de evolución que ha aumentado de intensidad y se localiza en cuadrante inferior izquierdo. La TAC abdominal evidencia defecto en la pared con asa intestinal en su interior sin cambios isquémicos.

Resultados. Se realiza hernioplastia ventral con cierre primario del defecto con sutura de autorretención y colocación de malla de poliéster compuesta por vía laparoscópica único puerto sin complicaciones. Se encuentra defecto de 8 x 10 cm, adherencias del epiplón a la pared abdominal y asas intestinales sin signos de sufrimiento. El tiempo operatorio fue de 121 minutos. La evolución posoperatoria fue adecuada, con dolor controlado y estancia hospitalaria de 25 horas.

Conclusión. El cierre primario junto con la colocación de prótesis por vía laparoscópica único puerto es factible en casos seleccionados. La técnica busca una reconstrucción más fisiológica de la pared abdominal con las ventajas que ofrece una aproximación mínimamente invasiva.

03-050

Hernioplastia inguinal por vía laparoscópica único puerto: uso de malla PROGRIP

Fernando Arias, Natalia Cortés, Amy del Mar Piñeres, Camilo Bautista
Fundación Santa Fe de Bogotá
Bogotá, D.C., Colombia
farias00@hotmail.com

Introducción. El reparo de la hernia inguinal colocando una malla en posición preperitoneal representa una síntesis entre las técnicas operatorias convencionales y las ventajas del abordaje mínimamente invasor. Los beneficios incluyen menor riesgo de complicaciones de la herida, pronta recuperación y buen resultado estético, entre otros.

Objetivo. Presentar el manejo de una hernia inguinal por vía laparoscópica por incisión única umbilical empleando una malla de autofijación (Parietex PROGRIP™).

Material y método. Paciente de 43 años de sexo masculino con diagnósticos de hernia umbilical y hernia inguinal derecha, anticoa-

gulado de forma crónica con warfarina con antecedentes de remplazo de válvula aórtica por fiebre reumática en la infancia, portador de marcapaso, hipotiroidismo y herniorrafia inguinal izquierda.

Resultados. Se realiza herniorrafia umbilical y hernioplastia inguinal derecha TEP SILS con malla de 15 x 9 cm de autofijación (PROGRIP). Se encuentra hernia umbilical de 1 cm y hernia inguinal directa Nyhus IIIa de 3 cm con grasa preperitoneal en su interior. La evolución posoperatoria es satisfactoria con dolor controlado, sin hematomas o seromas. Se anticoagula con heparina no fraccionada mientras se alcanzan rangos aceptables de anticoagulación con la warfarina. Se realizan controles de PT y PTT hasta alcanzarlos y se da salida a los 3 días.

Conclusión. La hernioplastia inguinal por vía laparoscópica se presenta como una técnica adecuada en el tratamiento de una condición común. En este caso, se logró un lecho quirúrgico limpio con una disección por balón controlando el sangrado y requiriendo en pocas ocasiones hemostasia con electrocoagulación debido al marcapasos presente en el paciente.

03-059

Hernioplastia laparoscópica totalmente extraperitoneal (TEP) con uso de malla de autofijación

Ricardo Nassar, Anwar Medellín, Juan David Linares, Eduardo Londoño, Fernando Arias, María Isabel Rizo, Juan David Hernández

Hospital universitario Fundación Santa Fe de Bogotá
Bogotá, D.C., Colombia
rnassarmd@hotmail.com

Introducción. La hernia inguinal es una patología cuyo manejo quirúrgico ha cambiado ante diversas teorías, generando el desarrollo de diversas técnicas quirúrgicas para su reparación. Hoy son causa de controversia la vía abordaje y la utilización de diferentes tipos de mallas en busca de disminuir de manera eficiente la tensión, el dolor, complicaciones inmediatas, tardías y recidiva.

Objetivo. Describir como alternativa para hernioplastia inguinal la técnica laparoscópica totalmente extraperitoneal (TEP) con malla de autofijación.

Material y método. Por un acceso laparoscópico totalmente extraperitoneal (TEP) se diseña el espacio hasta permitir acomodar una malla de 15 x 12 cm de autofijación, que queda situada en correctamente sin el uso de elementos de anclaje a la pared.

Resultados. Se muestra por medio de un vídeo detallado la técnica de hernioplastia laparoscópica totalmente extraperitoneal (TEP) con uso de malla de autofijación. Se explica la técnica que permite introducirla sin que los elementos que la fijan dificulten su acomodación en el sitio apropiado.

Conclusión. El uso de mallas de autofijación en la hernioplastia TEP es posible, segura y reproducible y corrige adecuadamente la hernia inguinal. Existen métodos de fijación como grapas, pegantes y también hay técnicas en donde no se fijan sin comprometer la tasa de reproducción disminuyendo la incapacidad por dolor.

Ya que las tasas de reproducción en nuestra institución son bajas con las técnicas actuales, es posible buscar la reducción del dolor empleando una malla que evita el uso de elementos de fijación, cuyos resultados deberán demostrarse en el futuro

OTROS

03-041

Nefrectomía radical robótica

Alexander Ramírez, Soni Chousleb, Joel Ricci, Pierre F. Saldinger, Gerald Wang
New York Hospital Queens, Flushing
New York, United States
alr9071@nyp.org

Introducción. El tratamiento de elección de los tumores renales sigue siendo la extirpación quirúrgica. El procedimiento está siendo realizado por laparoscopia más frecuentemente y con el creciente uso de la cirugía robótica, muchos carcinomas renales localizados pueden ser tratados mediante nefrectomía radical robótica reduciendo la curva de aprendizaje.

Objetivo. Documentar las ventajas de la cirugía robótica en casos de tumores renales localizados.

Material y método. Se realizó una revisión retrospectiva de un solo caso. Se recogieron datos de la historia clínica y se utilizó Adobe Premier 5.5 para la edición del vídeo.

Resultados. Paciente de 55 años de sexo masculino con un hallazgo incidental en un CT scan del abdomen de una masa renal izquierda de 8 centímetros. El paciente fue programado para una nefrectomía radical robótica debido a la ubicación central del tumor. Durante el procedimiento ocurrió una laceración accidental del bazo que fue fácilmente controlada con surgicell y compresión, pudiendo completarse el procedimiento sin problemas. Su estada hospitalaria fue sin complicaciones y fue dado de alta el segundo día posoperatorio. Patología confirmó un carcinoma renal con bordes de resección libres de tumor.

Conclusión. Este caso demuestra que el uso del robot es una estrategia de manejo quirúrgico seguro y confiable en casos de carcinomas renales localizados, haciendo posible realizar procedimientos menos invasivos en estos pacientes.



PÓSTERES

04-001

Hernia obturatriz: causa inusual de obstrucción intestinal en la unidad de cuidados intensivos

Jorge Alexander Solarte

Fundación Valle del Lili; Universidad CES

Cali, Valle del Cauca, Colombia

jorgesolarte1@gmail.com

Introducción. La hernia obturatriz se conoce desde 1724 cuando Arnaud de Ronsil la describió. Posteriormente Henry Obre en 1851 realiza un reparo quirúrgico exitoso. Se produce por el foramen para el nervio y vasos obturatrizes ubicado entre la rama púbica y borde libre de la membrana obturatriz. Es una entidad muy inusual con incidencia de 0,073-2,2% respecto a todas las hernias de la pared abdominal representando la 0.2-1,6% de las obstrucciones intestinales altas. Son difíciles de diagnosticar por lo cual tienen tasas altas de estrangulación y mortalidad.

Objetivo. Describir el caso de una paciente hospitalizada en cuidados intensivos quien presenta clínica de obstrucción intestinal que mediante ayudas diagnósticas como radiografía de abdomen y tomografía se hace diagnóstico de hernia obturatriz con posterior manejo quirúrgico obteniéndose buenos resultados clínicos.

Material y método. Revisión de la literatura, revisión de la historia clínica, revisión de las imágenes diagnósticas y archivo fotográfico del procedimiento quirúrgico.

Resultados. Lo más difícil es hacer el diagnóstico etiológico por la gran cantidad de patologías que pueden causar íleo u obstrucción intestinal en un paciente hospitalizado. Así encontramos en la revisión de la literatura que la tomografía tiene buena sensibilidad y especificidad para hacer el diagnóstico.

Conclusión. La hernia obturatriz en una causa inusual de consulta en el servicio de urgencias pero es excepcional en la UCI sin encontrar ningún caso reportado que se desarrolle durante la hospitalización en este servicio.

La cirugía oportuna es la mejor alternativa para estos pacientes evitando malos resultados.

04-002

Carcinoma sarcomatoide pulmonar

Mauricio Velásquez, Mónica Torres

Fundación Valle del Lili; Universidad CES

Cali, Colombia

mptorresd@gmail.com; mauriciovelasq@yahoo.com

Introducción: Los carcinomas sarcomatoides son tumores mixtos poco frecuentes, considerándose bifásicos, porque están compuestos por la combinación de tejido epitelial y mensequimatoso.

En pulmón, su localización es considerada de suma rareza, incluyéndose en los tumores de células no pequeñas.

Las series de casos publicadas reportan: una incidencia menor al 1% en la población mundial, siendo más frecuentes en el sexo masculino, y estando asociados al tabaquismo.

Objetivo: Presentar el caso de un tumor de este tipo, sus características clínicas, imágenes diagnósticas, fotografías del acto quirúrgico, evolución y desenlace. Contribuir con un caso más a los pocos reportados en la literatura mundial.

Material y método. Paciente de sexo masculino de 65 años de edad con antecedente de tabaquismo pesado, con historia de 4 meses de evolución, con dolor en hipocondrio derecho, asociado a disnea progresiva. El dolor evolucionó hasta tornarse muy severo (10 puntos escala numérica). Escanografía mostró gran masa intratorácica con atelectasia total derecha.

Resultados. Se llevo a cirugía encontrando gran lesión en el hemitórax derecho de 27x19x20 cm infiltrando el diafragma, la grasa mediastinal y la pleura parietal. Adenopatías mediastinales aumentadas de tamaño. Peso de la masa 2800 gm, se realiza extracción. Reporte de patología informa: carcinoma sarcomatoide variedad fusocelular.

Conclusión. Este tipo de tumor pulmonar es muy poco frecuente y su comportamiento biológico sigue siendo controvertido. Se reconoce que son altamente agresivos. Los datos de la literatura coinciden con las características del paciente y su evolución clínica. Paciente fallece en su día veinte posquirúrgico.

04-003

Adenocarcinoma de páncreas, qué raro es encontrarlo en estadios tempranos

Luis Armando Caicedo, Mónica Torres

Fundación Valle del Lili, Universidad CES

Cali, Colombia

mptorresd@gmail.com; caicedo.luis7@gmail.com

Introducción. El cáncer de páncreas es altamente letal. En los Estados Unidos se diagnostican 45.220 pacientes anualmente, y casi todos se espera que mueran de esta enfermedad. En Colombia las tasas de incidencia son equiparables a las de muerte. La enfermedad es rara antes de los 45 años.

Objetivo. Presentar un caso manejado en nuestra institución, de una paciente de 42 años diagnosticada de adenocarcinoma de páncreas temprano: estadio clínico IA, mostrar su presentación clínica, imágenes diagnósticas, tratamiento y evolución.

Material y método. Paciente de sexo femenino de 42 años, previamente sana. Sin factores de riesgo. Se presentó con cuadro de

dolor en mesogastrio. (20 días de evolución) lipasas normales. Tac abdominal: masa hipodensa en cola del páncreas de 20x24x18 mm. Recibió manejo quirúrgico, adyuvancia con quimioterapia y radioterapia. Estudios de extensión negativos para metástasis a distancia.

Resultados. Se realizó pancreatectomía distal y esplenectomía. La patología reportó adenocarcinoma ductal, moderadamente diferenciado, 2x1.8x1 cm, márgenes de resección negativos, ganglios linfáticos negativos 0/10, invasión vascular, linfática y perineural ausente. Un año de sobrevida hasta el momento asintomática, sin evidencia de recurrencia de la enfermedad.

Conclusión. La resección quirúrgica es el único tratamiento potencialmente curativo. El pronóstico es malo, incluso después de una resección completa. La supervivencia a cinco años después de la pancreatoduodenectomía es 25 a 30% con ganglios negativos y 10% con ganglios positivos. Desafortunadamente la presentación clínica de este cáncer hace tardío su diagnóstico. Es raro detectar pacientes en estadios tempranos como es el de este caso.

04-004

Quiste del colédoco en el adulto

Mónica Torres, Luis Armando Caicedo
Fundación Valle del Lili, Universidad CES
Cali, Colombia
mptorresd@gmail.com

Introducción. Desde que Vater reconoció el primer caso de quistes del colédoco (1723), hasta nuestros días se estiman no más de 1500 casos en la literatura mundial. Estos quistes en el adulto son muy raros, ya que la mayoría se diagnostica antes de los 10 años de edad. Los síntomas más frecuentes son dolor abdominal e ictericia, y se presenta principalmente en mujeres.

Objetivo. Mostrar el caso de una mujer adulta que presentó quiste del colédoco intrapancreático, su presentación clínica, imágenes diagnósticas (resonancia nuclear magnética), imágenes del acto quirúrgico y de histopatología. Contribuir con un caso más a la literatura mundial.

Material y método. Paciente de sexo femenino de 26 años de edad, con historia de 1 año de evolución de dolor abdominal intermitente, sin ictericia, por ecografía se diagnostica coledocitis por lo cual es llevada a colecistectomía donde se evidencia incidentalmente el quiste del colédoco.

Resultados. Se llevó a cirugía a resección de quiste del colédoco, y reconstrucción de vía biliar con Y de Roux. Buena evolución posquirúrgica, sin morbilidades ni complicaciones, seguimiento actual 3 meses.

Conclusión. Con respecto a su presentación clínica, nuestra paciente no evolucionó con la triada clásica, ictericia, masa palpable y dolor. El diagnóstico no fue realizado en el preoperatorio, y fue un hallazgo incidental. En cuanto al tratamiento se hizo exéresis total satisfactoria, sin reporte de complicaciones hasta la fecha.

04-005

Efectividad de la terapia de presión negativa en el tratamiento de fístulas enterocutáneas

Raphael Hernando Parrado, Manuel Cadena
Universidad de los Andes
Bogotá, D.C., Colombia
raphaelpar393@gmail.com

Introducción. La terapia de presión negativa es un sistema que provee condiciones favorables para la cicatrización utilizándose en el manejo de heridas complejas. Su uso en fístulas enterocutáneas es aún controversial y todavía no es una práctica popular. El presente trabajo busca responder ¿cuál es la efectividad de la terapia de presión negativa en pacientes con fístula enterocutánea?

Objetivo. El objetivo del presente estudio es evaluar la efectividad y los factores relacionados con el cierre de fístulas enterocutáneas tratadas con terapia de presión negativa.

Materiales y métodos: Se analizaron retrospectivamente los casos entre los años 2000 a 2013 en el servicio de Cirugía de la Fundación Santa Fe de Bogotá, en pacientes con fístula enterocutánea manejados con terapia de presión negativa. Se tomaron las variables: edad, comorbilidades, gasto de la fístula, causa y localización de la fístula y visibilidad de la mucosa. El desenlace fue cierre de la fístula (espontáneo o quirúrgico). Se evaluó significancia con un t-test o análisis de contingencia dependiendo del tipo de variable.

Resultados. Se identificaron 25 pacientes de los cuales 15 (60%) eran hombres con edad media de 45 años. Se obtuvo un cierre espontáneo en 12 (48%) con un tiempo promedio de 20 días de cierre (10-60 días). El cierre espontáneo se correlacionó positivamente solo con la variable de mucosa visible ($p < 0,01$).

Conclusión. La terapia de presión negativa es efectiva en mejorar y acelerar la cicatrización en fístulas enterocutáneas permitiendo un cierre asociado a disminución de la mortalidad y morbilidad de la enfermedad.

04-006

Evaluación abdominal laparoscópica a través del saco herniario: una alternativa segura en hernias femorales o inguinales encarceladas

Alexander Ramírez, Soni Chousleb, Joel Ricci, Pierre F. Saldinger, Howard Tiszenkel
New York Hospital Queens, Flushing
New York, United States
alr9071@nyp.org

Introducción. Las hernias femorales con encarcelamiento y obstrucción intestinal suelen ser tratadas con la reparación de la hernia y la exploración de la cavidad peritoneal para garantizar la viabilidad del intestino. Presentamos un caso con evaluación laparoscópica del contenido abdominal a través del saco herniario.

Objetivo. Documentar una alternativa quirúrgica menos invasiva en la evaluación del contenido abdominal en casos de hernias femorales encarceladas.

Material y método. Se realizó una revisión retrospectiva de un solo caso. Se recogieron datos de la historia clínica y fotos del procedimiento quirúrgico.

Resultados. Se presenta el caso de una paciente de 64 años de edad, con una hernia femoral derecha encarcelada, asociada a una obstrucción del intestino delgado, que fue tratada con éxito con una reparación de hernia femoral abierta con malla. Al mismo tiempo se realizó una laparoscopia a través del saco de la hernia para evaluar la viabilidad del intestino delgado previamente reducido. La hernioscopia se realizó con un lente de 5 mm y 0 grados permitiendo una evaluación

confiable de la cavidad peritoneal. La paciente fue dado de alta el día siguiente sin complicaciones.

Conclusión. La hernioscopia es un procedimiento seguro y fácil de realizar, proporcionando información útil para la adecuada evaluación del contenido abdominal de las hernias femorales/inguinales encarceladas.

04-007

Cáncer de mama en hombres: epidemiología institucional Hospital Militar Central

Ángela María Díaz, Diego Vanegas, Julián Andrés Camargo, William Sánchez

Hospital Militar Central
Bogotá, D.C., Colombia

Introducción. El cáncer mamario en hombres es una neoplasia de rara presentación. Existen actualmente controversias en el mundo acerca de si su comportamiento clínico es igual o diferente al cáncer de mama en mujeres.

Objetivo. Descripción de una serie de pacientes atendidos en el Hospital Militar Central, por esta patología para poder estudiar un perfil del comportamiento biológico.

Material y método. Se describe una serie de 9 pacientes con cáncer de mama en hombres, recolectados en los últimos 5 años, en nuestra institución con el análisis de los factores generales, tales como el TNM, receptores hormonales y el análisis del HERB2.

Resultados. Se describieron 9 pacientes de un total de 394 correspondientes al 2,2% de los tumores mamarios. En el TNM se presentó *in situ* 2, T1 2, T2 2, T3 1, T4 3. La presencia de ganglios linfáticos en 5 de los 9 pacientes (55,5%) predominantemente en los estadios de T4 en el 100%. Los receptores HERB2 fueron positivos en 5 de 9 pacientes (55,5%), sin presentar correlación con el TNM. Con receptores hormonales para estrógenos en 7 de 9 pacientes (77,7%), igual comportamiento para receptores de progestágenos sin relación con el TNM.

Conclusión. En nuestra serie el cáncer de mama en hombres se presenta por lo general en etapas tempranas con alta positividad de receptores hormonales y una tendencia del HERB2 positivo el cual se correlaciona con etapas avanzadas.

04-008

Mastectomía profiláctica bilateral subcutánea y reconstrucción inmediata con utilización de matriz dérmica acelular autóloga humana

John Sandoval, Diego Vanegas, Luis E. Bermúdez, William Sánchez

Hospital Militar Central
Bogotá, D.C., Colombia
srjohnk@gmail.com

Introducción. La mastectomía subcutánea profiláctica es una herramienta útil en la prevención del cáncer de mama heredo-familiar, así como en el tratamiento de tumores tempranos bilaterales o unilaterales de alto riesgo. Las complicaciones del procedimiento pueden ser locales con pérdida del injerto o extrusión de la prótesis y regionales en el área de donación del tejido de reparación con presencia de hernias, limitaciones funcionales y defectos estéticos.

Objetivo. Describir la técnica quirúrgica con utilización de prótesis bilaterales y recubrimiento con matriz dérmica autóloga para disminuir la probabilidad de complicaciones locales y omitir las complicaciones regionales.

Descripción. Paciente de 35 años con antecedente de cáncer de mama heredo-familiar con BRCA 1 positivo a quien se practica mastectomía subcutánea profiláctica bilateral con prótesis expansora y recubrimiento con matriz acelular humana (dermamatriz), evolución posoperatoria satisfactoria con integración total sin complicaciones.

Conclusiones. La utilización de matriz autóloga de aloinjerto es una herramienta quirúrgica muy útil para disminuir las complicaciones locales y omitir las posibles complicaciones regionales en la cirugía de reconstrucción de mama.

04-009

Tricobezoar gástrico en mujeres jóvenes: patología poco frecuente en aumento

Karen Nicole Moreno, Juan Arturo Martínez, William Sánchez, Víctor Guillermo Ramírez, Edwin Alberto Pinto

Hospital Militar Central, Servicio de Cirugía General
Bogotá, D.C., Colombia
nicoletta_moreno@hotmail.com

Introducción. Los bezoares son colecciones de material extraño, que se acumulan en cualquier segmento del tracto gastrointestinal, de preferencia en estómago. Pueden cursar de forma asintomática. Los tricobezoares son bezoares compuestos por cabello. Estos pueden descender desde el estómago hacia el intestino, incluso hasta el colon transverso, constituyendo el síndrome de Rapunzel. Se observa en su mayoría en mujeres (90% de los casos) y en menores de 30 años (80% de los casos): La causa principal se asocia a desórdenes psiquiátricos como la tricomanía o tricrofagia (aproximadamente 50% de los casos). En el mundo se encuentra reportado aproximadamente 50 casos.

Objetivo. Adicionar a la literatura el reporte de 5 casos de pacientes de sexo femenino con esta patología.

Material y método. Describimos 5 pacientes de sexo femenino con rango de edad entre los 15 y 24 años con trastornos psicológicos o psiquiátricos no previamente documentado; la sintomatología fue intolerancia a la vía oral, dolor abdominal, y en algunos casos síndrome constitucional con anemia y pérdida de peso que hacen sospechar el diagnóstico de cáncer. Todas fueron diagnosticadas con endoscopia y se manejó quirúrgicamente con laparotomía y extracción del tricobezoar sin complicaciones con evolución favorable y posteriormente apoyo psiquiátrico.

Resultados. El tratamiento quirúrgico es de elección para esta condición cuando el tamaño es grande y de consistencia compacta; constituyen una patología poco frecuente que requiere un índice de sospecha alto; en pacientes sin morbilidades la EVDA es el método diagnóstico de elección que permite la correcta visualización del bezoar. Un seguimiento psiquiátrico ayudará en el tratamiento adecuado subyacente para prevenir la recurrencia.

Conclusión. El tricobezoar es una enfermedad psiquiátrica como se demostró en nuestra serie; se recomienda en lesiones voluminosas el tratamiento quirúrgico y el apoyo psiquiátrico.

04-010

Injuria diafragmática durante nefrectomía robótica

Alexander Ramírez, Soni Chousleb, Joel Ricci, Pierre F. Saldinger, Gerald Wang
New York Hospital Queens, Flushing
New York, United States
alr9071@nyp.org

Introducción. El tratamiento de elección de los tumores renales sigue siendo la extirpación quirúrgica. Con el creciente uso de la cirugía robótica, muchas masas renales incidentales están siendo tratadas mediante nefrectomía parcial o radical robótica. Aunque es poco común, una lesión diafragmática puede ocurrir durante la nefrectomía laparoscópica o robótica.

Objetivo. Documentar inusuales complicaciones y su manejo durante cirugía robótica.

Material y método. Se realizó una revisión retrospectiva de un solo caso. Se recogieron datos de la historia clínica y fotos del procedimiento quirúrgico.

Resultados. Paciente de sexo masculino de 55 años con masa renal derecha detectada incidentalmente durante una tomografía abdominal. Una nefrectomía parcial robótica se realizó sin incidentes. Para las lesiones del lado derecho, que habitualmente colocamos un trocar subxifoideo de 5 mm adicional para separar el hígado. Una pinza laparoscópica se hace pasar a través de este puerto y se utiliza para levantar el hígado anteriormente y se fija lateralmente en el diafragma para lograr una exposición renal adecuada. Al final del procedimiento, se observaron dos lesiones diafragmáticas de 1 cm en el sitio de fijación. Estas lesiones fueron reparadas con dos puntos de sutura intracorpórea colocados con el robot en forma de ocho. Después de la operación se realizó una radiografía de tórax sin evidencia de neumotórax y el paciente fue dado de alta sin complicaciones en el cuarto día posoperatorio.

Conclusión. Diferentes complicaciones intraoperatorias durante cirugía robótica han sido descritas, la lesión del diafragma es poco frecuente pero una vez identificada es susceptible de ser corregida con el uso del robot.

04-011

Manejo endoscópico con Over-The-Scope-Clip (OTSC) de una fístula tardía después de manga gástrica: reporte de un caso

Alexander Ramírez, Soni Chousleb, Joel Ricci, Stephen Merola, Pierre F. Saldinger
New York Hospital Queens, Flushing
New York, United States
alr9071@nyp.org

Introducción. La Manga Gástrica Laparoscópica (LSG) se ha convertido recientemente en uno de los procedimientos bariátricos más populares. Una de las complicaciones más devastadoras después LSG es una fuga, la cual de acuerdo a la información ocurre en aproximadamente el 2,7% de los pacientes.

Objetivo. Presentar una alternativa terapéutica no invasiva para casos de fístulas en LSG.

Material y método. Se realizó una revisión retrospectiva de un caso. Se recogieron datos de la historia clínica y fotografías del procedimiento quirúrgico.

Resultados. Paciente de sexo femenino de 39 años de edad, con BMI 40,2 (kg/m²) que se sometió a un LSG por obesidad mórbida.

La paciente tuvo una evolución posoperatoria normal. Sin embargo, a las diez semanas después de la cirugía, ingresó por dolor abdominal intenso e incapacidad de tolerar líquidos. Se sometió a tomografía computarizada y un esofagograma contraste que demostraron una fístula desde el extremo proximal, así como las líneas de grapa distal. La paciente estuvo en tratamiento médico para el cierre de la fístula sin éxito. La paciente se sometió a un procedimiento endoscópico y fluoroscópico combinado y un Over The Scope Clip (OTSC) se aplicó a la abertura vista en el lumen gástrico. Seis meses después de la cirugía y a los 3 meses después del procedimiento endoscópico la paciente estaba libre de dolor y comiendo sin dificultad.

Conclusión. Fístulas tardías después de manga gástrica, reportes más frecuentes. Cuando fracasan las medidas conservadoras para controlar una fuga se sugiere considerar la colocación de OTSC en fístulas pequeñas, como alternativa a las intervenciones más agresivas y mucho más mórbidas.

04-012

Tratamiento quirúrgico de divertículo yeyunal gigante con diverticulitis aguda y múltiples cálculos

Alexander Ramírez, Soni Chousleb, Joel Ricci, Pierre F. Saldinger, Howard Tiszenkel
New York Hospital Queens, Flushing
New York, United States
alr9071@nyp.org

Introducción. Los divertículos intestinales son poco frecuentes y generalmente asintomáticos. Se encuentran incidentalmente durante cirugía o en tomografías abdominales ordenadas por otras causas. Se han reportado complicaciones asociadas como sangrado, intususcepción, obstrucción, perforación, diverticulitis y vólvulo.

Objetivo. Documentar una inusual presentación de diverticulitis intestinal y su manejo quirúrgico.

Material y método. Se realizó una revisión retrospectiva de un solo caso. Se recogieron datos de la historia clínica y fotos del procedimiento quirúrgico.

Resultados. Paciente de sexo masculino de 65 años, sin cirugías previas con la aparición repentina de dolor en la región suprapúbica asociado con fiebre alta y escalofríos. Su recuento de glóbulos blancos fue de 18.000 y la TAC de abdomen mostró diverticulitis en un divertículo yeyunal gigante. Después que el paciente fue reanimado se inició el tratamiento antibiótico de amplio espectro, se le practicó una laparotomía exploratoria. Hallazgos operatorios mostraron un divertículo yeyunal gigante con inflamación y sin absceso. El divertículo tenía un cuello estrecho y fue resecado mediante la colocación transversal de TA grapadora en su base. Al abrir la muestra, múltiples cálculos fueron encontrados en su interior. El paciente tuvo una recuperación sin complicaciones y fue dado de alta del hospital tres días después de la operación. La patología del espécimen mostró necrosis transmural del divertículo y cálculos.

Conclusión. Aunque la diverticulosis yeyunal y sus complicaciones son poco frecuentes, se debe considerar en el diagnóstico diferencial de dolor abdominal especialmente en pacientes de edad avanzada.

La resección quirúrgica del divertículo puede realizarse en forma segura usando grapas sin necesidad de realizar resección intestinal.

04-013

Tumor sólido pseudopapilar del páncreas, una entidad rara y enigmática

Mónica Patricia Torres, Luis Armando Caicedo

Fundación Valle del Lili, Universidad CES

Cali, Colombia

pmtorresd@gmail.com ; Caicedo.luis7@hotmail.com

Introducción. La neoplasia pseudopapilar sólida (SPN) del páncreas es poco frecuente, representa el 0,2 a 2,7% de los cánceres de páncreas. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres jóvenes y muestra un comportamiento indolente y solo en raros casos es recurrente o metastásica. Se define como una neoplasia pancreática maligna de bajo grado. Aproximadamente en un 15% de los casos puede sufrir degeneración maligna, sobre todo en pacientes mayores de sexo masculino. Alrededor de 700 casos han sido reportados. La etiología y el estado de diferenciación de SPN se mantienen desafiantes y aun enigmáticos.

Objetivo. Presentación clínica de un caso de esta patología, acompañada de imágenes diagnósticas (tomografía abdominal pre y posquirúrgica), imágenes histológicas, tratamiento, evolución y seguimiento.

Material y métodos. Póster: Paciente de sexo femenino de 22 años de edad que ingresó con dolor en flanco y región lumbar izquierdo de tres meses de evolución, marcadores tumorales negativos. La tomografía abdominal mostró masa heterogénea en cola de páncreas de 8 x 8 x 4 cm. Se remitió a cirugía, se realizó pancreatectomía distal sin complicaciones.

Resultados. El informe de patología mostró tumor sólido-quistico pseudopapilar, ganglios mesentéricos negativos para malignidad. La paciente se encuentra asintomática, sin evidencia de recurrencia de la enfermedad. Sobrevida seis meses.

Conclusión. El SPN se caracteriza por su histogénesis incierta que afecta típicamente a mujeres jóvenes, como es el caso de nuestra paciente, la apariencia en las imágenes es característica, la cola del páncreas es la más afectada. La resección quirúrgica completa del tumor es la única opción de tratamiento eficaz.

04-014

Terapia target en cáncer de pulmón

Rafael José Beltrán, Miguel Ricardo Buitrago, Óscar Iván

Méndez, Maikel Adolfo Pacheco

Instituto Nacional de Cancerología

Bogotá, D.C., Colombia

omendez@unbosque.edu.co

Introducción. El cáncer de pulmón es responsable en el mundo entero de la mayor cantidad de muertes por cáncer si se suman hombres y mujeres. El cáncer de pulmón de células no pequeñas constituye aproximadamente el 85% de todos los cánceres de pulmón y el 40% de los pacientes tienen enfermedad metastásica al momento del diagnóstico.

A pesar de la respuesta en mejoría de calidad de vida en estadios avanzados con manejo de quimioterapia sistémica basada en platino la sobrevida de estos pacientes es aproximadamente 1 año y solo 35% sobreviven 5 años después del diagnóstico. La identificación de

proteínas relacionadas con el crecimiento, especialmente tirosin-kinasas que juegan un papel importante en las vías de transducción, proliferación celular, diferenciación y otros mecanismos reguladores, han permitido el desarrollo de inhibidores específicos (terapia “target”). En pulmón los dos más estudiados son el receptor del factor de crecimiento epidérmico y la cinasa del linfoma anaplásico.

Objetivo. Presentar un caso de adenocarcinoma de pulmón estadio IV con excelente respuesta a terapia target.

Material y método. Se presenta un caso de una paciente con adenocarcinoma de pulmón estadio IV portadora de mutación para el gen del receptor del factor de crecimiento epidérmico y tratado con Erlotinib.

Resultados. Se ha logrado una dramática resolución de las lesiones metastásicas pulmonares con una sobrevida superior a la esperada para su estado.

Conclusión. El desarrollo de la terapia target en los pacientes con cáncer de pulmón ofrece resultados alentadores en calidad de vida y sobrevida.

04-015

El diagnóstico de las hernias de la pared abdominal

Manuel Cadena, Juan José Santivañez, Arturo Vergara, Juliana

Ocampo, Diego Aguirre

Universidad de los Andes; Fundación Santa Fe de Bogotá

Bogotá, D.C., Colombia

jj.santivanez46@uniandes.edu.co; manuelcade@gmail.com

Introducción. Las hernias de la pared abdominal forman un grupo de condiciones quirúrgicas comúnmente encontrado, varían en su presentación desde asintomático hasta emergencias que amenazan la vida. La historia clínica y el examen físico son los métodos primarios para el diagnóstico; sin embargo, en un porcentaje significativo de pacientes se puede encontrar un examen físico normal. Debido a esto durante los últimos años han venido ganando terreno las imágenes diagnósticas, que, además de identificar los casos de hernias abdominales que el examen clínico no detecta, brindan datos adicionales.

Objetivo. Revisar la información disponible con respecto a la utilidad de las imágenes diagnósticas como **herniografía, ultrasonido, tomografía axial computadorizada y resonancia magnética** para el diagnóstico de las hernias de la pared abdominal.

Material y método. Revisión bibliográfica sobre la utilidad de imágenes diagnósticas en hernias de la pared abdominal.

Resultados. El ultrasonido está ampliamente disponible con relativamente bajos costos, es operador dependiente y su uso en ciertas poblaciones es limitado. La herniografía es un examen invasivo y presenta exposición a radiación. La TAC caracteriza de manera excelente la anatomía y es capaz de identificar complicaciones. La RNM provee excelente detalle anatómico, no es útil en procesos agudos.

Conclusión. La evaluación imagenológica es importante para una adecuada caracterización anatómica en pacientes con sospecha de hernias de la pared abdominal. La TAC y el ultrasonido son las principales modalidades usadas para la descripción y caracterización del defecto herniario. La TAC está recomendada cuando hay incertidumbre en el diagnóstico luego del examen físico o ultrasonido inicial, o como una primera opción en caso que se sospechen complicaciones.



ÍNDICE DE AUTORES

A

Abadía, Mario
 Abelló, Laura
 Abisambra, Nadim
 Acevedo, Juan Javier
 Acevedo, Yulieth
 Acevedo, Verónica
 Acosta, Juan David
 Acuña, Javier
 Agrado, Martha
 Aguilar, Carlos Darío
 Aguirre, Beatriz Bibiana
 Aguirre, Diego
 Aguirre, Gustavo
 Aldana, Guillermo
 Alvarado, Fernando
 Álvarez, Alejandra
 Albis, Rosario
 Alzate, Edgar Darío
 Alzate, Sandra Milena
 Anaya, Marlon
 Ángel, Cristina
 Arboleda, Diego
 Arenas, Juan Carlos
 Arévalo, Joel
 Arias, Carlos
 Arias, Fernando
 Aristizábal, Humberto
 Ariza, Aníbal
 Arroyave, Gabriel
 Arroyave, María Clara
 Ayala, Juan Carlos
 Azula, Camila

B

Badiel, Marisol
 Bahamón, Carlos Mauricio
 Ball, Chad
 Barajas-Gamboa, Juan S.
 Barrios, Arnold
 Barrios, Rodolfo
 Bathe, Oliver
 Bautista, Camilo
 Baquero, David Ricardo
 Becerra, Jorge Andrés
 Bejarano, Juliana
 Beltrán, Rafael José
 Benítez, Federico
 Bermeo, Lina Andrea
 Bermúdez, Luis E
 Bermúdez, Mauricio

Bernal, Felipe
 Bernal, Jorge Alberto
 Bernal, Raúl
 Betancourt, Akileffs
 Bonfante, Jaime
 Bosch, Hugo
 Barrera, Mario
 Barrera, Luis Manuel
 Barrios, Javier Acuña
 Bermúdez, Charles
 Bolaños, Eduardo
 Bonilla, Ana Deise
 Bonilla, Roger Orlando
 Bonfante, Jaime
 Borráez, Oswaldo
 Botero, Juan Esteban
 Buitrago, Miguel Ricardo
 Bustamante, Eliseo
 Bustamante, Luis
 Bustillo, Carlos

C

Cabanillas, Mauricio
 Cabaquire, Camilo Andrés
 Cabrera, Luis Felipe
 Cabrera, Paulo Andrés
 Cadena, Jhon Freddy
 Cadena, Manuel
 Caicedo, Liliana
 Caicedo, Luis Armando
 Calvache, José Andrés
 Camargo, Julián Andrés
 Canal, Fermín
 Cantillo, Oswaldo
 Carbonell, Juan Pablo
 Cardona, Juan Paulo
 Cardona, Doris
 Cardozo, Marcos
 Carrasquilla, Rubén
 Carrillo Daniel,
 Carvajal, Alejandro
 Carvajal, Ana María
 Casanova, Lucía
 Castaño, Rodrigo
 Castilla, Jorge Alberto
 Castillo, José Luis
 Castro, Armando
 Castro, Jorge Mario
 Castro, Mónica
 Coba, Hernando

Coutin, Fernando
 Ceballos, Catalina
 Cervera, Sergio Andrés
 Cienfuegos, Alfredo
 Coker, Alisa M.
 Contreras, Daniel Fernando
 Contreras-Borrego, Eusebio Enrique
 Corrales, Félix Mauricio
 Correa, Gonzalo
 Correa, Jessica
 Corso, Claudia
 Cortés, Andrés
 Cortés, Natalia
 Cruz, Carlos
 Cruz, Claudia Elena
 Cruz, William
 Cuevas, Liliana

CH

Chala, Andrés Ignacio
 Chávez, Jaime
 Cheverie, Joslin N.
 Chousleb, Soni

D

Daguer, Ricardo
 Daza, Carmen Ofelia
 Dávila, Diego
 Delgado, Carlos Andrés
 Díaz, Ángela María
 Díaz, Francisco
 Díaz, José,
 Díaz, Sergio
 Dixon, Elijah
 Domínguez, Cristina
 Domínguez, Luis Carlos
 Duarte, Álvaro Andrés
 Dueñas, Juan Pablo
 Duque, Pedro Fernando

E

Echavarría, Adriana
 Echeverri, Carolina
 Escobar, Jorge
 Espinoza, Federico
 Espitia, Erik
 Espitia, Hernando Omar
 Esquivel, Wilmer David

F

Facundo, Helena
 Fajardo, Roosevelt
 Fernández, Alexander
 Ferrada, Ricardo
 Ferlito, Alfio
 Figueras, Joan
 Figueroa, Juan David
 Finkelstein, Eli
 Flórez, Rafae
 Franco, Humberto Ignacio

G

Galeano, Nohemí
 Galindo, Sandra Milena
 Gallego, Juan Guillermo
 García, Alberto
 García, José Fernando
 García, Mauricio
 García, Óscar
 García-Herreros, Luis Gerardo
 Garzón, Horacio
 Giraldo, Isabel
 Giraldo, María Camila
 Goldstein, Andrés Germán
 Gómez, Daniel
 Gómez, Germán
 Gómez, Juan Carlos
 Gómez, Juan Pablo
 Gómez, Sebastián
 Guzmán, Carlos Ernesto
 Gómez, Ximena
 Gutiérrez, Edgard
 Gutiérrez, Jorge Iván
 Guevara, Luis Gonzalo
 Guevara, Oscar A.
 Guitarrero, José Fernando

H

Hemming, Allan W.
 Henao, Jorge Enrique
 Hernández, Andrea
 Hernández, Hernán
 Hernández, Óscar Giovanni
 Henríquez, Mario
 Hernández, Andrea
 Hernández, Dary Luz
 Hernández, Juan David
 Hernández, Saúl
 Herrera, Álvaro
 Herrera, Francisco
 Herrera, Gabriel
 Herrera, Jorge
 Herrera, Jorge Augusto
 Herrera, Leonardo
 Herrera, Sandra
 Holguín, Juan Guillermo
 Hoyos, Sergio Iván
 Horgan, Santiago

I

Idrobo, Anwar Armando
 Iglesias, Jaime
 Isaza, Andrés

J

Jacobsen, Garth R.
 Jaramillo, Juliana Mercedes
 Jaramillo, Rafael
 Jiménez, Carolina
 Jiménez, César Eduardo
 Juliao, Fabián

K

Kadamani, Akram
 Khanna, Ajai
 Khafif, Avi
 Kestenberg, Abraham
 Kowalski, Luiz

L

Lamadrid, Brenda
 Leal, Carlos Alberto
 Leal, Leonel
 Lee, Paul C.
 Lenis, Germán Alfonso
 León, Edgar César
 Liendo, Jonathan
 Lima, Miguel
 Linares, Juan David
 Loaiza, Laura
 Londoño, Amalia
 Londoño, Eduardo
 Londoño, Juan Diego
 Londoño, Mónica Yaneth
 López, Carlos Manuel
 López, Gabriel David
 López, Santiago
 Lora, Alejandro
 Losada, Gina Paola
 Lozano, Diego
 Lugo, Laura

M

Macias, C. Aitor
 McCausland, Rafael
 Maldonado, Sandra
 Manrique, Alexis René
 Manrique, María E.
 Manzano, Cecilia Nisvet
 Manzi, Eliana
 Márquez, Alfonso
 Márquez, Diego Humberto
 Marín, Juan Ignacio
 Mateus, Gilbert
 Martín, Iván
 Martín, Wilmar
 Martínez, Eliana

Martínez, Juan Arturo
 Martínez, Juan Carlos
 Martínez, Juan David
 Martínez, Juan Sebastián
 Medellín, Anwar
 Medina, Marco Antonio
 Mejía, Fernando
 Mejía, Lady Katherine
 Mekeel, Kristin L.
 Mena, Álvaro
 Méndez, Claudia Patricia
 Méndez, Óscar Iván
 Mendoza, Liney
 Mera, Manuela
 Merchán, Alejandra
 Merola, Stephen
 Millán, Mauricio
 Miranda, Asdrúbal
 Molina, Juan Pablo
 Molina, Julio César
 Montoya, Kevin Fernando
 Mora, Mónica
 Morales, Diego
 Moreno, Andrey
 Moreno, Karen Nicole
 Moros, José Gonzalo
 Moscoso, Alejandro
 Mosquera, Manuel
 Mozo, Javier
 Muñoz, Alberto
 Muñoz, Diana Carolina
 Muñoz, Edgar Giovanni
 Muñoz, Guillermo Wilson
 Muñoz, Octavio Germán

N

Naranjo, Ana María
 Naranjo, Andrea
 Naranjo, Fred
 Narváez, Belkys
 Narváez, Jair Enrique
 Nari, Gustavo
 Narváez, Benjamín
 Nassar, Ricardo
 Nieto, Alejandro

O

Olave, Carolina
 Ocampo, Hernán Mauricio
 Ocampo, Juliana
 Olarte, Patricia
 Oliveros, Ricardo
 Orozco, Fernando
 Ordóñez, Carlos
 Ortega, Dauris Johanna
 Ortiz, César Augusto
 Osorio, Camilo
 Osorio, Germán
 Owen, Randal

P

Pacheco, Maikel Adolfo
 Palacios, Óscar
 Palta, Diego Alfredo
 Parra, Juan Fernando
 Parra, Ricardo
 Parrado, Raphael Hernando
 Pastas, Henry
 Pava, Alex
 Pava, Rafael
 Pedraza, Clara
 Perdomo, Carlos Felipe
 Pérez, Juan Camilo
 Pérez, Cristian
 Pinilla, Raúl Eduardo
 Pinto, Edwin Alberto
 Pinzón, Fabio Eduardo
 Pinzón, Nicolás Alejandro,
 Piñeres, Amy del Mar
 Polanía, Héctor Adolfo
 Ponce, Karen Johanna
 Portela, Alix Milena
 Portes, Jhonatan Andrés
 Posada, José Carlos
 Poveda, Gustavo
 Puello, Walter Andrés
 Puerto, Paola
 Pulgarín, David
 Puyana, Juan

Q

Quintero, Laureano
 Quintero, Roberto

R

Ramírez, Adonis Tupac
 Ramírez, Alexander
 Ramírez, Efraín
 Ramírez, Germán Alfredo
 Ramírez, Jorge
 Ramírez, Margarita
 Ramírez, Víctor Guillermo
 Redondo-Bermúdez, César
 Restrepo, Catalina
 Restrepo, Hernán
 Restrepo, Javier
 Restrepo, Juan Carlos
 Restrepo, Juliana
 Revelo, Efraín Andrés
 Rey, Samuel
 Ricaurte, Alberto
 Ricci, Joel
 Rinaldo, Alessandra
 Rincón, David
 Rincón, Francisco Mauricio
 Ríos, Lukas Marcelo
 Ripoll, Juan Guillermo
 Rivera, Claudia Patricia
 Rizo, María Isabel
 Rojas, Álvaro
 Rojas, Edgar Julián

Rodríguez, Carlos Andrés
 Rodríguez, David
 Rodríguez, José Antonio
 Rojas, Alexei Bernardo
 Romero, Andrés
 Romo, William
 Rubio, Óscar David
 Rueda, Roberto
 Rugeles, Saúl
 Russi, Hernando
 Ruiz, Francisco
 Ruiz, Luis Miguel
 Ruiz, Mario Hernán

S

Sabogal, Juan Carlos
 Salamanca, Leidy Marcela
 Salazar, Andrés Felipe
 Salcedo, José
 Saldinger, Pierre F.
 Salcedo, José
 Samaniego, Laura
 Sandler, Bryan J.
 Sample, Jason
 Sanabria, Álvaro Enrique
 Sanabria, Luis Eduardo
 Sánchez, Catalina
 Sánchez de Guzmán, Gabriel
 Sánchez, Gabriel
 Sánchez, William
 Sandoval, John
 Samstein, Benjamin
 Santivañez, Juan José
 Santos, Óscar Mauricio
 Sarmiento, Guillermo Julián
 Savides, Thomas J.
 Serna, Adriana Margarita
 Serrano, Óscar Javier
 Shaha, Ashok
 Sierra, Jaillier
 Sierra, Jhonny Alberto
 Sierra, Sebastián
 Silver, Carl
 Solana, Belisario
 Solarte, Jorge Alexander
 Spector, Anna Melinda
 Suárez, Carlos
 Suaza, María Camila
 Paul, Subroto
 Sutherland, Francis

T

Tabares, Sebastián
 Talamini, Mark A.
 Tarazona, Nick
 Tascón, Marcela Lucía
 Téllez, Diego
 Tintinago, Luis Fernando
 Tiszenkel, Howard
 Tobar, Jorge Felipe
 Toro, Jerónimo

Toro, Oscar
 Torregrosa, Lilian
 Torres, Adolfo
 Torres, César
 Torres, Jorge Luis
 Torres, Luis Alejandro
 Torres, Martha Milade
 Torres, Mónica Patricia
 Torres, Sebastián
 Troncoso de la Ossa, Juan Manuel

U

De Ureña, Camila
 Umaña, Mauricio
 Upegui, Daniel
 Uribe, Carlos Gabriel

V

Valle, Jesús
 Vallejo, Guillermo
 Vallejo, Jhon Freddy
 Valencia, Alejandra
 Valencia, Jaime Mauricio
 Valencia, Víctor
 Vanegas, Diego
 Vargas, Felipe Enrique
 Vargas, Hernando
 Vargas, Jorge
 Vásquez, Jesús
 Vega, Valentín
 Velásquez, Javier
 Velásquez, María Elena
 Velásquez, Mauricio
 Vergara, Arturo
 Victoria, William
 Vides de la Cruz, Pedro
 Villa, Carlos Andrés
 Villamil, Judith Andrea
 Villegas, Jorge Iván
 Villota, Luis Gerardo

W

Wang, Gerald

Y

Yépez-Barreto, Ismael

Z

Zapata, Carlos
 Zarco, Juan
 Zorrilla, José Omar
 Zuleta, Julio Eduardo
 Zuluaga, Juan David
 Zuluaga, Juan Jairo
 Zuluaga, Mauricio
 Zurita Medrano, Nayib

