

# REVISTA COLOMBIANA DE CIRUGÍA

## TRABAJOS LIBRES, CASOS CLÍNICOS, VIDEOS Y PÓSTERES

41° CONGRESO NACIONAL AVANCES EN CIRUGÍA

*12° INTERNATIONAL MEETING of ICYLS*

JOSÉ FÉLIX PATIÑO RESTREPO

11 A 14 DE AGOSTO DE 2015

CENTRO DE CONVENCIONES Y EVENTOS

GONZALO JIMÉNEZ DE QUESADA

BOGOTÁ, D.C., COLOMBIA





---

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

---

## COMITÉ EDITORIAL

GABRIEL CARRASQUILLA, MD, PhD (Bogotá)	ENRIQUE MORENO, MD, MSc, PhD (España)
RODOLFO DENNIS, MD, MSc, PhD (Bogotá)	GUSTAVO PRADILLA, MD, MSc (Bucaramanga)
JOHN DUPERLY, MD, PhD (Bogotá)	ÁNGELA RESTREPO, MD, PhD (Medellín)
FABIÁN EMURA, MD, PhD (Bogotá)	DIEGO ROSSELLI, MD, MEd (Bogotá)
GABRIEL HORTOBAGYI, MD, MSc (Estados Unidos)	ÁLVARO SANABRIA, MD, MSc, PhD (Medellín)
FABIÁN MÉNDEZ, MD, MSc, PhD (Cali)	GUSTAVO VALBUENA, MD, PhD (Estados Unidos)
ÁLVARO MONCAYO, MD, MPH (Bogotá)	

---

## COMITÉ CIENTÍFICO

JUAN ASENSIO, MD, MSc (Estados Unidos)	CARLOS PELLEGRINI, MD, PhD, MSc (Estados Unidos)
ITALO BRAGHETTO, MD, MSc (Chile)	PATRIZIO PETRONE, MD MSc (Estados Unidos)
JORGE CERVANTES, MD, MSc (México)	MIGUEL RODRÍGUEZ-BIGAS, MD, MSc (Estados Unidos)
Atila Csendes, MD, MSc (Chile)	RICARDO ROSSI, MD, MSc (Chile)
JAIME ESCALLÓN, MD, MSc (Canadá)	

# ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA

## JUNTA DIRECTIVA 2013 - 2015

---

**Presidente**

WILLIAM SÁNCHEZ, MD - Bogotá

**Vicepresidente**

JESÚS VÁSQUEZ, MD - Medellín

**Fiscal Médico**

CARLOS HERNANDO MORALES, MD - Medellín

**Secretaria**

LILIAN TORREGROSA, MD - Bogotá

**Secretaria suplente**

ADRIANA CÓRDOBA, MD - Bogotá

**Tesorero**

GUSTAVO LANDAZÁBAL, MD - Bogotá

**Tesorero suplente**

ÁLVARO GRANADOS, MD - Bogotá

**Vocales principales**

FERNANDO QUIROZ, MD - Cali

JOSÉ EDMAR REAL, MD - Barranquilla

ROOSEVELT FAJARDO, MD - Bogotá

GILBERT MATEUS, MD - Ibagué

RAMIRO GÓMEZ, MD - Cúcuta

**Vocales suplentes**

JULIÁN MORALES, MD - Armenia

JOSÉ CARLOS POSADA, MD - Cartagena

HÉCTOR LÓPEZ, MD - Pasto

LUIS E. SANABRIA, MD - Neiva

EDUARDO VALDIVIESO, MD - Bucaramanga

**Revisor Fiscal**

JORGE ANTONIO MONTERO - 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

OSWALDO BORRÁEZ, MD - Bogotá

---

## COMITÉS CONSULTIVOS

---

### COMITÉ EJECUTIVO

WILLIAM SÁNCHEZ, MD - Presidente  
JESÚS VÁSQUEZ, MD - Vicepresidente  
LILIAN TORREGROSA, MD - Secretaria  
GUSTAVO LANDAZABAL, MD - Tesorero  
CARLOS HERNANDO MORALES, MD - Fiscal Médico  
HERNANDO ABAÚNZA, MD - Director Ejecutivo

### COMITÉ DE RECERTIFICACIÓN

OSWALDO BORRÁEZ G, MD - Bogotá  
HUMBERTO ARISTIZABAL, MD - Medellín  
ÁLVARO SANABRIA, MD - Medellín

### 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 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

LUIS IGNACIO LONDOÑO, MD - Medellín (Coordinador)  
SERGIO ADOLFO HERNÁNDEZ, MD - Medellín  
HÉCTOR ADOLFO POLANÍA, MD - Neiva  
RAFAEL POLO, MD - Santa Marta  
JOSÉ HUMBERTO BÁEZ, MD - Bogotá  
JESÚS RODRÍGUEZ, MD - Bogotá

### 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 TRAUMA

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



# CONTENIDO

---

Presentación .....	6
01 - Trabajos libres.....	7
02 - Casos clínicos .....	38
03 - Videos .....	71
04 - Pósteres.....	93
Índice de autores .....	101

# PRESENTACIÓN

---

## Presentación del Foro Quirúrgico Colombiano

Cerca de 300 contribuciones, entre trabajos libres y casos clínicos, fueron inscritas para presentarse en este **41° Congreso Nacional “Avances en Cirugía”**; es la mayor contribución de los últimos años a este congreso, innegablemente el foro mayor de la cirugía colombiana, la mayoría de un gran nivel académico lo que nos habla indiscutiblemente del grado de maduración a que ha llegado la cirugía colombiana.

El **41° Congreso Nacional “Avances en Cirugía”** está dedicado por primera vez a una figura insigne de la cirugía colombiana, el doctor José Félix Patiño Restrepo, hijo del profesor Luis Patiño Camargo, profesor titular de Medicina Interna y Tropical de la Universidad Nacional, reconocido internacionalmente por sus estudios sobre el paludismo, la fiebre amarilla y otras endemias de los países tropicales. El doctor Patiño Restrepo comenzó sus estudios médicos en la Universidad Nacional culminándolos en la Universidad de Yale, donde también hizo su educación de posgrado, especializándose en Cirugía General y Cardioráquica; se vinculó a la cátedra quirúrgica de la Universidad Nacional de Colombia una vez regresó al país en 1958.

Cuando fue rector de la Universidad Nacional en 1964, llevó a cabo la llamada *Reforma Patiño* que definitivamente –como muchos la han llamado– creó “la universidad del desarrollo”; la reforma, indiscutiblemente, le dio nuevos rumbos a la educación universitaria del país y sirvió para que la Universidad Nacional llegara a constituirse en el primer claustro universitario de Colombia, en su honor la Universidad Nacional creó la “cátedra José Félix Patiño Restrepo”

El doctor Patiño también ha ocupado, entre muchos otros cargos, el de ministro de Salud de Colombia, director de la Federación Panamericana de Facultades de Medicina, FEPAFEM, presidente de la Federación Latinoamericana de Cirugía, FELAC, presidente de la Academia Nacional de Medicina, presidente de nuestra Asociación Colombiana de Cirugía, jefe de Cirugía de la Fundación Santa Fe de Bogotá y fundador de la nueva Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes.

Hace poco, el doctor Patiño Restrepo donó su biblioteca de cerca de 12.000 volúmenes a la Universidad Nacional de Colombia entre los cuales se encuentran verdaderas joyas bibliográficas como es la primera edición de la “Historia Natural” (1624) de Cayo Plinio II y muchas otras obras que son de un valor incalculable para la biblioteca de la Universidad.

Es conocido su amplio conocimiento por la música operática y su pasión por María Callas de la cual tiene varios libros escritos, ¡qué interesante que ha sido la vida del doctor José Félix Patiño! Me atrevo a decir que hemos sido afortunados los médicos que hemos tenido la oportunidad de conocerlo y de trabajar con él y que las generaciones pasadas, presentes y futuras tengan en cuenta que él ha sido siempre un profesor y maestro, pero también un mentor y un amigo.

HERNANDO ABAÚNZA, MD, FACS  
Director Ejecutivo, Asociación Colombiana de Cirugía  
Fellow, American College of Surgeons



# TRABAJOS LIBRES

## CABEZA Y CUELLO

01 - 018

### Lecciones aprendidas después de 300 traqueostomías percutáneas en la UCI

Uriel Ovidio Cardona, Ivo Siljic, Juan Carlos Valencia, Mauricio Zuluaga

Clínica Cali Norte SaludCoop Cali  
Cali, Colombia  
urielcardona24@yahoo.com

**Introducción.** La traqueostomía percutánea reemplazo el procedimiento abierto en quirófano y ofrece múltiples ventajas para el paciente y la institución con un perfil de riesgos bajos con la utilización de una técnica estandarizada

**Objetivo.** Se revisan las variables demográficas, la técnica de la traqueostomía percutánea realizada en la cama del paciente así como la morbilidad y mortalidad

**Material y método.** Durante un periodo de 30 meses realizamos 300 traqueostomías en la UCI de la clínica Cali norte de SaludCoop de la ciudad de Cali. La indicación más frecuente del procedimiento fue intubación prolongada, se utilizó un kit de traqueostomía percutánea de Cook mediante técnica Ciaglia, la sedación fue administrada por el personal médico de la UCI y todas fueron realizadas en la cama del paciente

**Resultados.** El tiempo promedio del procedimiento fue 10 minutos, la complicación más frecuente fue sangrado del estoma, la tasa de complicaciones fue 3% y hubo una mortalidad del 0,5%

**Conclusión.** La traqueostomía percutánea realizada en la cama del paciente de la UCI es un procedimiento rápido, seguro y costo-efectivo que se puede realizar con un margen de seguridad alto, disminuyendo la utilización del quirófano y mejorando la oportunidad quirúrgica.

01 - 034

### Datos actuales en tumor de cuerpo carotídeo en el Hospital San José

Oswaldo Ceballos, Jorge Márquez, Manuel Pabón  
Hospital de San José. Fundación Universitaria Ciencias de la Salud Bogotá D.C., Colombia  
ocbvascular@hotmail.com - mgpp84@hotmail.com

**Introducción.** Los paragangliomas de la cabeza y el cuello son tumores muy raros que tienen una incidencia de 1 en 30000 hasta 1 en 100000. El tumor de cuerpo carotídeo es el más común contabilizándose un 65% al 80% de estos tumores. El diagnóstico se

establece en promedio a los 55 años con un rango comprendido entre los 18 y los 94 años con un radio hombre:mujer de 1: 1.19. La mayoría de tumores (57%) se localizan en el lado derecho, 25% en el lado izquierdo.

**Objetivo.** Determinar las características de la población con diagnóstico de tumor de cuerpo carotídeo llevados a corrección quirúrgica en el hospital de San José.

**Material y método.** Estudio de serie de casos de pacientes con diagnóstico de tumor de cuerpo carotídeo llevados a corrección quirúrgica de forma electiva en el servicio de cirugía vascular del hospital de San José, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá Colombia.

**Resultados.** Se incluyeron 53 pacientes. El diagnóstico se realizó sumando los hallazgos clínicos con los de las imágenes obtenidas por AngioTAC de cuello. El 70% de los pacientes presentaban un tumor clasificado Shamblin II, el 25% Shamblin III, y solo el 5% Shamblin I. La mayoría de los pacientes eran de sexo femenino (97%). El principal motivo de consulta de estos pacientes fue masa cervical y en el menor de los casos disfagia o vértigo. En 4 de los pacientes llevados a cirugía se presentó parálisis facial como complicación.

**Conclusión.** El tumor de cuerpo carotídeo o quemodectoma es una patología cuya incidencia está en aumento, por lo cual se requiere tener un conocimiento apropiado de la misma para darle el manejo apropiado. El estándar de oro para el diagnóstico es el angioTAC para determinar su indicación quirúrgica.

01 - 038

### Cirugía cooperativa para el manejo del bocio intratorácico

Luis Gerardo Villota, Edgard Eduardo Gutiérrez, Francisco Herrera, Andys Rafael Gómez  
Universidad de Cartagena  
Cartagena de Indias, Colombia  
lugevigo@gmail.com

**Introducción.** La presentación de la patología tiroidea es variable y el manejo quirúrgico de masas tiroideas de gran tamaño proyectadas hacia el tórax constituye un desafío que puede obligar al cirujano a efectuar una esternotomía para completar la disección y excéresis de bocios gigantes. Se presenta una alternativa de abordaje para este tipo de enfermedad.

**Objetivo.** Presentar como alternativa quirúrgica para el abordaje y manejo operatorio del bocio intratorácico la cirugía cooperativa de cuello y toracoscópica para minimizar el trauma quirúrgico y tener una alternativa a la esternotomía clásica.

*Material y método.* Trabajo descriptivo, tipo presentación de casos y revisión de la técnica quirúrgica.

*Resultados.* Se presentan tres casos de manejo exitoso de bocios con componente intratorácico con diferentes diagnósticos histopatológicos: cáncer folicular, tiroiditis de Hashimoto y bocio coloide en quienes el abordaje mixto: cervical y por toracoscopia suprimió la realización de esternotomía. Se propone la técnica quirúrgica por incisión de Kocher cervical y 2 puertos de toracoscopia usada en los casos.

*Conclusión.* La compleja patología tiroidea y la resección de masas de tamaño considerable con extensión torácica dependientes de la glándula se ve beneficiada por el advenimiento de nuevas tecnologías y la disponibilidad de medios menos invasivos para el manejo como la toracoscopia. Se logra con éxito en los 3 casos presentados la resección de bocios intratorácicos con abordaje combinado cervical y toracoscópico por un equipo cooperativo, lo que se presenta como una alternativa a la esternotomía clásica.

#### 01 - 048

### **Cirugía de tiroides en el paciente geriátrico, una década de experiencia en el departamento del Cauca**

*Valentina Agredo-Delgado, Jorge Herrera-Chaparro, Hernando Vargas-Uricoechea*  
Universidad del Cauca  
Popayán, Colombia  
agredo.delgado.valentina@gmail.com

*Introducción.* Teniendo en cuenta que la edad en sí no constituye una contraindicación para la cirugía de tiroides, el porcentaje de pacientes mayores de 75 años sometidos a este tipo de procedimiento es reducido, a pesar de la alta prevalencia de patología tiroidea en esta población.

*Objetivo.* Caracterizar al paciente geriátrico con patología tiroidea en el departamento del Cauca. Analizar morbi-mortalidad, determinando estrategia quirúrgica, complicaciones y diagnóstico histológico, comparando la población geriátrica con pacientes más jóvenes.

*Material y métodos.* Se realizó una búsqueda de los resultados de la patología de todos los pacientes sometidos a tiroidectomía en el Departamento del Cauca durante 2004-2013, seleccionando del total de los mismos, aquellos pacientes de 75 años o más para realizar análisis exploratorio y calcular medidas de ocurrencia.

*Resultados.* De las 463 tiroidectomías realizadas, 28 (6.0%) corresponden a pacientes de 75 años o más, de las cuales 14 (50%) se diagnosticaron con patología cancerígena en sus respectivos subtipos y el otro 50% con patología distinta al cáncer de tiroides. Un 75% fueron mujeres. Con una tasa de complicaciones respecto a hipocalcemia, lesión del nervio laríngeo recurrente, hematoma, infección del sitio operatorio y mortalidad temprana postoperatoria igual a pacientes más jóvenes. Una mortalidad tardía (a los 3 años del diagnóstico) del 25% (7 casos).

*Conclusión.* La cirugía de tiroides en mayores de 75 años puede realizarse con baja morbilidad, de forma segura y eficaz con un análisis de riesgo-beneficio individual. No se encontraron complicaciones mayores respecto a pacientes de menor edad.

#### 01 - 055

### **Neuromonitorización del nervio laríngeo recurrente y prevención de su lesión iatrogénica en tiroidectomía.**

*Sergio Díaz, María Clara Arroyave, Carlos Fernando Yepes, Ana María Naranjo, Luz Andrea Naranjo, Camilo Vásquez*  
Universidad CES, Clínica CES.  
Medellín, Colombia  
sergiolap@yahoo.com

*Introducción.* Una de las complicaciones más importantes de la tiroidectomía es la lesión iatrogénica del nervio laríngeo recurrente con tasas de lesión nerviosa transitoria hasta del 11% y de lesión permanente de 0 a 7.1%. El gold standard para la prevención de esta lesión es la identificación visual del nervio recurrente pero el neuro-monitoreo intraoperatorio está tomando fuerza como una alternativa para mejorar la preservación del nervio.

*Objetivo.* Describir la técnica que utilizamos para monitoreo del nervio laríngeo recurrente durante la tiroidectomía. Analizar la frecuencia de lesión del nervio laríngeo recurrente en un grupo de pacientes en quienes utilizamos una técnica simple y económica de neuromonitoreo.

*Material y método.* Estudio descriptivo. Análisis retrospectivo de historias clínicas de pacientes sometidos a tiroidectomía con neuroestimulación bajo visión directa de las cuerdas vocales y de la tasa de lesión del nervio laríngeo recurrente.

*Resultados.* De 220 pacientes sometidos a tiroidectomía a 65 se les realizó neuroestimulación. Se realizaron 40 (61.5%) tiroidectomías totales, 25 (38.5%) hemitiroidectomías y 12 (18.5%) vaciamientos. Se encontraron dos lesiones de nervio laríngeo recurrente: una lesión transitoria y una parálisis unilateral (1.5%). Hallazgos histológicos más frecuentes: 33 (50.7%) hiperplasia folicular, 18 (27.6%) carcinoma papilar, 6 (9.2%) carcinoma folicular.

*Conclusión.* La identificación del nervio laríngeo recurrente y la documentación de su integridad en cirugía se han asociado con una reducción de la posibilidad de lesión temporal y definitiva. Pensamos que la neuromonitorización con visualización directa con fibrobroncoscopio ofrece ventajas ya que es un examen seguro, económico y de fácil reproducción que permite evitar lesiones del nervio laríngeo recurrente.

#### 01 - 072

### **Resección de cáncer tiroideo infiltrante a tráquea más resección y anastomosis traqueal**

*Juan Carlos Martínez, Edgard Eduardo Gutiérrez, Laura Carolina Loaiza*  
Universidad de Cartagena  
Cartagena de Indias (Bolívar), Colombia  
onek17@hotmail.com

*Introducción.* La mayoría de paciente con carcinoma de tiroides se presenta en un estadio temprano y con tumores intratiroides. Sin embargo, en aproximadamente 10 a 15% de los casos hay extensión extratiroidea con alto impacto en el pronóstico y las tasas de supervivencia, siendo las estructuras más comúnmente involucradas

músculos infrahioideos (53%), nervio laríngeo recurrente (47%), tráquea (30%), esófago (21%) y laringe (12%).

**Objetivo.** Presentar dos casos clínicos de pacientes con carcinoma de tiroides avanzados con invasión a la tráquea, a quienes exitosamente se realizó resección y reconstrucción traqueal.

**Material y método.** Se presenta 2 casos de pacientes diagnosticados imaginológicamente y con estudios endoscópicos que correspondían a lesiones tumorales de tiroides que infiltraban la tráquea a los cuales se les practicó tiroidectomía total, vaciamiento ganglionar central y resección más anastomosis traqueal.

**Resultados.** Resección completa de lesiones tumorales tiroideas infiltrantes a tráquea con completo vaciamiento ganglionar y resección y anastomosis traqueal.

**Conclusión.** Aproximadamente el 30% de pacientes con carcinoma de tiroides localmente extendido presentan invasión de la tráquea, los cuales tienen alto riesgo de morir de hemorragia u obstrucción de la vía aérea. En estos pacientes, es objetivo fundamental la cirugía con resección completa y bordes negativos, requiriendo anastomosis traqueal, siendo un procedimiento de alta complejidad con consideraciones críticas como la preservación del laríngeo recurrente, la longitud del segmento afectado y el suministro sanguíneo.

01 - 078

### Colgajos libres microvasculares, experiencia del grupo de cirugía de cabeza y cuello de la Fundación Valle del Lili

Luis Fernando Tintinago, Efraín Andrés Revelo, Julián Molano, William Victoria, Federico Espinoza, Roger Bonilla, José Fernando Guitarrero  
Fundación Valle del Lili  
Cali, Colombia  
andresrevelom@yahoo.es

**Introducción.** El cáncer y las enfermedades severas de cabeza y cuello son patologías que aporta gran mortalidad, pero sobretodo 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 2009-2015.

**Resultados.** 127 pacientes cumplieron los criterios de inclusión; 56.5% (72) fueron masculinos y el 43.5% (55) femeninos, con edad entre 8-89 años (media de 56.7).

Los sitios anatómicos resecados fueron: Tercio inferior de la cara 43.3% (55); Tercio medio de cara 21.2% (27); Orofaringe 13.3% (17); Piel-parótida 11.8% (15). El 89% (114) fueron de carácter oncológico.

Los colgajos libres compuestos fueron: Fasciomiocutáneo Anterolateral de muslo 40.1%(n=51); osteofasciomiocutáneo de peroné 32.2% (n=41); radial 13.3% (n=17); de yeyuno 10.2% (n=13);

osteomiofasciocutáneo de cresta iliaca 3.1%(n=4); miofacial de musculo gracilis 0.7%(n=1).

Las complicaciones fueron del 35.5% (n=22): Isquemia parcial 13% (n=8), Fistulas 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.** La literatura reporta el colgajo anterolateral de muslo como uno de los mas usados por su versatilidad y funcionalidad para corregir defectos amplios, las complicaciones en sitio receptor son entre el 16 y 28% y con una perdida del 8 a 12%, que es similar a la reportada en este estudio.

**Conclusión.** 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.

## TORAX

01 - 001

### Validación de un sistema de estratificación de riesgo de ingreso a UCI en pacientes con resección pulmonar mayor

Mauricio Velásquez, María Paula García, Alberto Federico García  
Fundación Valle del Lili  
Cali, Colombia  
mariape90@hotmail.com

**Introducción.** El desarrollo tecnológico y envejecimiento poblacional han incrementado la demanda postoperatoria de Unidades de Cuidado Intensivo (UCI). Actualmente no se dispone de un sistema confiable de estratificación de riesgo para ingreso a UCI después de resecciones pulmonares mayores.

**Objetivo.** Validar el sistema de predicción de permanencia en UCI propuesto por Brunelli.

**Material y método.** Estudio retrospectivo en adultos llevados a lobectomía o neumonectomía por toracoscopia o toracotomía (2009-2014). Se calculó el índice de Brunelli (IB) para cada paciente. Se analizó la capacidad discriminadora del riesgo de hospitalización en UCI>1 día (est-UCI>1). Se evaluó la asociación con el desenlace de cada uno de los componentes del IB con regresiones logísticas simples y multivariadas.

**Resultados.** Se incluyeron 93 pacientes, entre 18-80 años [mediana=61, RIC (48-68)], 49 (52.6%) mujeres. Los diagnósticos más frecuentes fueron cáncer en 55 pacientes (59.1%) e infecciones/procesos inflamatorios en 13 (13.9%). Requirieron est-UCI>1 día 35 sujetos (37.6%). En el análisis univariado de los componentes del IB, el VEF1ppo<65% y la necesidad de neumonectomía mostraron asociación con est-UCI>1. En el análisis multivariado el VEF1ppo<65% mostró asociación independiente [OR 3.33, IC<sub>95%</sub> (1.22 – 9.08)]. La capacidad discriminadora del VEF1ppo<65% mostró un área bajo la curva (AUC) ROC de 0.71 [IC<sub>95%</sub> (0.60 – 0.82)]. El AUC-ROC del IB fue 0.64 (IC<sub>95%</sub> 0.53 – 0.75).

**Conclusión.** El IB mostró un desempeño subóptimo en la población observada. Solamente el VEF1ppo<65% demostró asociación independiente para est-UCI>1 día. Se necesitan más estudios para

identificar un sistema de estratificación de riesgo para ingreso a UCI post-RPM aplicable a diferentes poblaciones.

**01 - 059**

### **Linfangioleiomiomatosis pulmonar: caso clínico**

*Carlos Augusto Castro, Luis Felipe Guarín, Fernando Becerra, Pedro Chaparro*  
Clínica Nueva  
Bogotá D.C., Colombia  
luisfguarin@gmail.com

*Introducción.* La linfangioleiomiomatosis pulmonar es una enfermedad rara, predominante en mujeres en edad fértil que se caracteriza por el crecimiento anormal de las células de musculo liso en la vía aérea. Los pacientes cursan con disnea y presencia de neumotórax recurrentes. El artículo expone un caso clínico de una paciente con un neumotórax espontáneo en quien se documenta esta enfermedad, además se hace una revisión acerca de la patología.

*Objetivo.* Exponer el caso de una paciente con linfangioleiomiomatosis pulmonar y revisar acerca de esta patología teniendo en cuenta la literatura actual.

*Material y método.* Se presenta el caso de una paciente de 41 años que ingreso a la clínica nueva por un cuadro de neumotórax sin causa aparente, en los estudios que se realizaron (tomografía de tórax, patología e inmunohistoquímica) se encontraron hallazgos en relación con la linfangioleiomiomatosis.

*Resultados.* El cuadro de la paciente se trato con toracostomía derecha, resolviendo adecuadamente.

*Conclusión.* La linfangioleiomiomatosis pulmonar es una rara enfermedad que afecta al sexo femenino, cuyas principales manifestaciones son pulmonares y su manejo es sintomático dado que en la actualidad el mismo trasplante pulmonar es cuestionado, teniendo en cuenta que este tejido puede verse comprometido.

## **HÍGADO Y VÍAS BILIARES**

**01 -003**

### **Los programas de especialización en Cirugía General no aumentan las complicaciones de la colecistectomía laparoscópica**

*Luis Sanabria, Sergio Sanz, Jesús Poveda, Fernando Escobar, Rafael Silva, José Charry*  
Universidad Surcolombiana, Hospital Universitario de Neiva  
Neiva, Colombia  
riar@gmail.com

*Introducción.* Las colecistectomía laparoscópica están asociadas con la curva de aprendizaje de los cirujanos. Se supone que en los Hospitales Universitarios se presenta, en general más complicaciones, conversiones y mayores tiempos quirúrgicos cuando se comparan con otros hospitales y clínicas. Se comparan la colecistectomía laparoscópica en un Hospital Público Universitario con residentes permanentes, un Hospital Público con residentes ocasionales, un Hospital Público sin residentes y una Clínica Privada sin residentes en el sur colombiano.

*Objetivo.* Comparar las complicaciones, causas de conversión, estancias, tiempos quirúrgicos, morbilidad y mortalidad de las colecistectomías laparoscópicas realizadas en 4 centros de atención de III nivel público (3) y privado (1) con la participación o no de residentes de Cirugía General del sur colombiano.

*Material y método.* Serie de casos compuesta por 800 pacientes (200 últimos realizado en cada centro de referencia) en el periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2012 electivos y urgentes. Se describen las características clínicas, sociodemográficas y se realiza un análisis univariado y multivariado, calculando las medidas de tendencia central y de dispersión para las variables continuas así como frecuencias y proporciones para las categóricas. Se utilizó la prueba de Chi<sup>2</sup> para evaluar significancia estadística utilizando el software estadístico en línea R versión 2.15.2.2.

*Resultados.* Con una edad promedio de 44.6 años (13-89 años), se operaron 78.5 % en forma electiva y 21.5% de urgencias siendo en orden la colelitiasis, la colelitiasis con colecistitis, el piocolecisto, la coledocolitiasis y el hidrocolecisto las causas de intervención. La conversión a cirugía abierta varió entre el 3 y 10% siendo el síndrome adherencial (67%) seguido del sangrado (21%) las principales causas. Se reportan complicaciones generales 5,25%, lesiones de la vía biliar de 0.6% y mortalidad del 0.3%, sin diferencias estadísticamente significativa entre los 4 centros. El tiempo operatorio promedio fue de 75 minutos con rango entre 35 y 200 minutos, teniendo el centro público con residentes permanentes el más alto ( $p:0,0378$ ).

*Conclusión.* La colecistectomía laparoscópica es el estándar de oro para el manejo de la patología biliar y el inicio de los programas de cirugía mínimamente invasiva en los Departamentos de Cirugía General de todas las instituciones. No existen diferencias estadísticamente significativas en complicaciones, conversiones, morbilidad y mortalidad en 4 centros 3 públicos y 1 privado del sur colombiano con diferentes características docentes. Encontramos un mayor tiempo quirúrgico, con significancia estadística, en el Hospital Público con residentes permanentes que puede ser explicado por este hecho y/o por la estandarización en el reporte de los tiempos quirúrgicos para efectos de programación. Los reportes son similares con lo descrito en otras series de casos de la literatura mundial.

**01-019**

### **Abordaje laparoscópico de coledocolitiasis complicada**

*Uriel Ovidio Cardona, Ivo Siljic, Juan Carlos Valencia, Mauricio Zuluaga*  
Clínica SaludCoop Cali y Clínica Farallones de Cali  
Cali, Colombia  
urielcardona24@yahoo.com

*Introducción.* La enfermedad biliar complicada incluyendo la coledocolitiasis que no puede ser resuelta mediante métodos endoscópicos puede ser manejada de manera efectiva y segura por vía laparoscópica

*Objetivo.* Se describe la técnica laparoscópica para el manejo de coledocolitiasis que no fue posible resolver por CPER. Se describe el seguimiento clínico a 6 meses.

*Material y método.* Quince pacientes con diagnóstico confirmado de coledocolitiasis y CPER fallida fueron llevados a exploración de la vía biliar por laparoscopia. Se describen las variables demográficas, la técnica y el seguimiento a 6 meses de estos pacientes.

**Resultados.** Se utilizó técnica abierta, neumoperitoneo de 15 mmHg, 2 trocáres umbilical y epigástrico de 10 mm y 2 trocáres subcostales derechos de 5 mm. Se realizó coledocotomía longitudinal y extracción de los cálculos con instrumental convencional, la vía biliar fue evaluada intraoperatoriamente con Coledoscopia y/o Colangiografía y la coledocorráfía se realizó con sutura de PDS 3.0. El seguimiento clínico mostro una fistula fecal que se manejo de manera conservadora y hubo una mortalidad por neumonía nosocomial en la UCI.

**Conclusión.** El abordaje laparoscópico de la coledocolitiasis complicada que no puede resolverse mediante métodos endoscópicos es seguro, efectivo y reproducible y puede realizarse con el instrumental convencional de la colecistectomía.

#### 01 - 020

### Ligadura infundibular de la vesícula: una estrategia eficaz para evitar lesión del conducto biliar en colecistectomía laparoscópica difícil

Uriel Ovidio Cardona, Ivo Siljic, Juan Carlos Valencia, Mauricio Zuluaga  
Clínica SaludCoop Cali y Clínica Farallones de Cali  
Cali, Colombia  
urielcardona24@yahoo.com

**Introducción.** La colecistitis aguda con inflamación severa del triángulo de Calot o la fibrosis de estas estructuras anatómicas implica un mayor riesgo de lesiones de la vía biliar. En este estudio prospectivo proponemos la ligadura del infundíbulo vesicular con sutura endoscópica para evitar la disección de las estructuras del triángulo de Calot y disminuir las complicaciones.

**Objetivo.** Evaluar la ligadura infundibular de la vesícula como un método seguro y definitivo que evita la disección exhaustiva de las estructuras del Calot cuando hay inflamación severa o fibrosis, disminuyendo el riesgo de lesiones de la vía biliar.

**Material y método.** Presentamos una serie prospectiva de 30 pacientes con colecistitis aguda o crónica con inflamación severa de las estructuras de las estructuras del triángulo de Calot. se realizó disección fundocística hasta identificar la bolsa de Hartman o el infundíbulo evitando la disección del conducto y de la arteria cística y se realizó una doble ligadura de polipropileno 2.0 o sutura laparoscópica con PDS 3.0. En la mayoría de los casos se utilizaron 3 puertos.

**Resultados.** En esta serie no se registró ninguna lesión del conducto biliar; un paciente evolucionó con fistula que se resolvió espontáneamente. Durante el seguimiento no se ha reportado ningún caso de coledocolitiasis o colecistitis del remanente vesicular. Ningún paciente fue convertido a cirugía abierta ni reintervenido.

**Conclusión.** En este estudio se concluye que la ligadura y/o sutura de la vesícula en una “zona segura” cerca al infundíbulo o a la bolsa de Hartman es factible de realizar en colecistectomía difícil evitando así la disección de las estructuras del triángulo de Calot lo cual puede aumentar el riesgo de lesión del conducto biliar. Se necesitan estudios adicionales y seguimiento a largo plazo para evaluar coledocolitiasis residual y colecistitis del remanente.

#### 01 - 022

### Factores predictores de coledocolitiasis. Análisis de regresión logística en una cohorte de 739 pacientes en el Hospital de San José, Bogotá, Colombia

Guillermo Aldana, Jorge Vélez, Camilo Cetares, Juan Pablo Molina, William Ríos, Jorge Tovar, Arley Cortés, Oscar Reyes, Luis Mejía  
Hospital San José  
Bogotá D.C., Colombia  
galdana1@hotmail.com

**Introducción.** La morbimortalidad de la coledocolitiasis va a estar determinada por su forma de presentación o por sus complicaciones, ya sea como pancreatitis aguda con una mortalidad global del 2.1% - 7.8% y del 14 - 25% para las pancreatitis severas o colangitis.

**Objetivo.** Diseñar un modelo predictivo para la identificación del riesgo de coledocolitiasis en pacientes con cólico biliar recurrente teniendo en cuenta datos clínicos, paraclínicos e imágenes diagnósticas en una población de 739 pacientes.

**Material y método.** Un estudio de pruebas diagnósticas en el cual se evaluaron las historias clínicas de los pacientes que ingresaron por el servicio de urgencias con cólico biliar recurrente, desde enero del 2011 hasta marzo del 2013.

**Resultados.** Se identificaron como variables asociadas a coledocolitiasis, la presencia de fosfatasa alcalina mayor o igual a 161 mg/dl, OR= 5,71 (IC<sub>95%</sub> 2,95 – 11,03) y la bilirrubina directa mayor o igual a 0.82mg/dl, OR= 11,74 (IC<sub>95%</sub> 6,1 – 22,6). La AST mayor o igual a 74 mg/dl tuvo significancia estadística con un OR=2,19 (IC<sub>95%</sub> 1,1 – 4,3). El diámetro del colédoco mayor o igual a 5,2 mm también se identificó como factor pronóstico de coledocolitiasis OR=4,4 (IC<sub>95%</sub> 2,3 – 8,2).

**Conclusión.** En el estudio se obtuvo como mejor modelo probabilístico, la combinación entre fosfatasa alcalina, bilirrubinas totales y directas, AST, diámetro del colédoco y visualización del cálculo por ecografía con un área bajo la curva de 0,94 el cual es mayor al punto de corte establecido por el análisis de regresión logística de 0,34, con un valor predictivo positivo de 88,9%.

#### 01 - 023

### Predictores de complicaciones en colecistectomía por laparoscopia en una cohorte de 1237 pacientes. Hospital San José, Bogotá D.C.

Guillermo Aldana, Luis Eduardo Martínez, Manuel Augusto Hosman, Diego Alejandro Ardila, Iván Mariño, Michael Ricardo Sagra  
Hospital San José. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.  
Bogotá D.C., Colombia  
galdana1@hotmail.com

**Introducción.** La colecistectomía por laparoscopia se ha convertido en el procedimiento de elección en el manejo de la patología litiasica de la vesícula biliar. Con esto se han abierto nuevos interrogantes con respecto a los factores que pueden determinar complicaciones durante el procedimiento y en el posoperatorio.

**Objetivo.** Determinar los factores clínicos, bioquímicos y quirúrgicos que puedan predecir complicaciones de la colecistectomía por laparoscopia.

**Material y método.** Estudio de cohorte retrospectivo en que se analizaron 1237 pacientes llevados a colecistectomía por laparoscopia en el Hospital San José en un periodo de 18 meses.

**Resultados.** Se analizaron los factores de riesgo de los pacientes, el perfil bioquímico pre quirúrgico, los hallazgos quirúrgicos y los desenlaces primarios tales como conversión a cirugía abierta, lesión de vía biliar, infección de sitio operatorio, sangrado, lesión intestinal, estancia hospitalaria y muerte.

**Conclusión.** Los factores asociados a mayores tasas de complicaciones y conversión a cirugía abierta están en relación con lo reportado en la literatura mundial.

## 01 - 037

### **Stent biliar, experiencia institucional**

*Robín Germán Prieto, Viviana Parra, Germán Carvajal, Fanny Acero, Eligio Álvarez, Gustavo Reyes*  
Clínica Universitaria Colombia  
Bogotá D.C., Colombia  
rgprietoo@hotmail.com

**Introducción.** La patología biliar es una de las enfermedades más comunes ante las que a diario debe enfrentarse el cirujano general o hepatobiliar. En décadas anteriores, los procesos obstructivos benignos o malignos requerían manejo quirúrgico como única opción terapéutica. Con la evolución de las técnicas imagenológicas y con la invención de las técnicas endoscópicas y el desarrollo de las mismas, se cuenta actualmente con importantes métodos tanto diagnósticos como terapéuticos.

La colocación de *stent* biliares mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), se constituye actualmente en un importante método para el manejo de fugas biliares luego de colecistectomía laparoscópica o de cirugía hepatobiliar, así como de la patología biliar obstructiva, presentando unas indicaciones muy bien definidas, lo cual evita que algunos pacientes deban ser llevados a tratamiento quirúrgico abierto o laparoscópico o a otro tipo de tratamientos derivativos.

**Objetivo.** Presentar una revisión de las indicaciones de *stent* biliar, su manejo y la experiencia institucional de la Clínica Universitaria Colombia.

**Materiales y métodos.** Se realiza una revisión de los pacientes llevados a CPRE y colocación de *stent* biliar en la Clínica Universitaria Colombia analizando la indicación de los mismos. Se realiza una revisión de la literatura.

**Resultados.** Se presenta la experiencia del Servicio de Gastroenterología de la Clínica Universitaria Colombia en el manejo de fistulas biliares y de patología biliar obstructiva mediante la colocación de *stent* biliares.

**Conclusión.** Actualmente se dispone de un importante número de métodos, tanto diagnósticos como terapéuticos, para el tratamiento de la patología biliar obstructiva, los cuales evitan en un gran número de casos someter al paciente a procedimientos quirúrgicos abiertos o laparoscópicos. El principal método diagnóstico y terapéutico

continúa siendo la CPRE, mediante la cual se puede además realizar la colocación de *stent* biliares que facilitan la resolución de fistulas, y de procesos obstructivos biliares, tanto benignos como malignos.

## 01 - 039

### **Complicaciones de la colecistectomía laparoscópica en el Hospital Universitario del Caribe**

*Walter Andrés Puello, Sandra Milena Galindo, Hernando Coba, Arturo Hernández*  
Universidad de Cartagena  
Cartagena de Indias (Bolívar), Colombia  
walterpuello@yahoo.com.ar

**Introducción.** Las complicaciones graves que se producen con la colecistectomía laparoscópica, incluyendo lesiones del conducto biliar, fugas biliares, sangrado y lesión intestinal son el resultado en parte de la selección de pacientes, la falta de experiencia quirúrgica y las limitaciones técnicas que son inherentes al abordaje mínimamente invasivo. Un porcentaje importante de lesiones son las quemaduras calor, que pueden pasar desapercibidas. Si una disección segura no se puede garantizar por vía laparoscópica, la conversión temprana a cirugía abierta debe ser realizada rápidamente.

**Objetivo.** Determinar cuáles son las complicaciones más frecuentes de la colecistectomía laparoscopia en el Hospital Universitario del Caribe (HUC).

**Material y método.** Se realiza revisión sistemática de la historia clínica de pacientes que se llevaron a colecistectomía laparoscópica en el HUC en el periodo de agosto 1 de 2014 a 31 de marzo de 2015; se toman 122 casos.

**Resultados.** En nuestra experiencia en el manejo laparoscópico de la colecistectomía, se encontró una incidencia de hemorragia 0,8%, de absceso 0,25%, de fugas de bilis 0,3 %, de lesión biliar 0,5% y lesión intestinal 0%. La incidencia de infecciones del sitio quirúrgico es menor con el abordaje laparoscópico que con el enfoque abierto, no hubo ventajas en los pacientes con proceso inflamatorio severo en cuanto a este enfoque.

**Conclusión.** Las complicaciones graves de la colecistectomía laparoscópica, incluyendo lesiones del conducto biliar, fugas biliares, sangrado y lesión intestinal son el resultado en parte de la selección de pacientes; en este trabajo son congruentes con las estadísticas mundiales tratándose de un Hospital Universitario.

## 01 - 046

### **Resección de quistes del colédoco mas reconstrucción de la vía biliar totalmente laparoscópico**

*Oscar Palacios, Diego Dávila, David Rodríguez, Sebastián Portillo, Víctor Valencia*  
Universidad CES  
Medellín, Colombia  
david\_rod90@hotmail.com

**Introducción.** Los quistes del colédoco son una entidad rara, que consiste en dilataciones quísticas a lo largo de la vía biliar. La resección de los quistes con reconstrucción en y de Roux es un procedimiento común para esta patología. La cirugía mínimamente invasiva se ha

convertido en el estándar de manejo de muchas patologías por las ventajas en cuanto a dolor, estadía hospitalaria y recuperación más rápida. Sin embargo los reportes de la literatura siguen siendo escasos.

**Objetivo.** Por medio del presente estudio queremos describir la experiencia y resultados que se obtuvieron luego de la resección de quistes del colédoco más reconstrucción totalmente laparoscópicas en 3 pacientes.

**Material y método.** Se analizaron los datos clínicos de 3 casos que se intervinieron desde noviembre de 2014 hasta marzo de 2015, realizándose resección de quistes del colédoco más reconstrucción de la vía biliar totalmente laparoscópicas.

**Resultados.** En los 3 casos se completó satisfactoriamente la resección de quistes de colédoco y reconstrucción de la vía biliar totalmente laparoscópica. El tiempo quirúrgico tuvo una media de 290 minutos. El tiempo de inicio de vía oral fue aproximadamente al segundo día. La estadía hospitalaria tuvo una media de 5 días y la estancia en UCE tuvo una media de 2 días. Un paciente presentó una colección subhepática manejada únicamente con antibioticoterapia y otro paciente presentó disfunción del dren biliar con ictericia secundaria requiriendo CTPH y colocación de dren biliar interno - externo

**Conclusión.** La resección de quistes del colédoco y reconstrucción totalmente laparoscópica es una técnica segura, comparable a la técnica abierta, conllevando todas las ventajas de la cirugía laparoscópica.

#### 01 - 057

### Resección hepática en metástasis de tumores neuroendocrinos y no colorectales no neuroendocrinos

Jaime Chávez, Sergio Hoyos, Álvaro Duarte, Isabel Arenas  
Hospital Pablo Tobón Uribe  
Medellín, Colombia  
jchavez@hptu.org.co

**Introducción.** La resección hepática de metástasis de tumores neuroendocrinos ha demostrado beneficios aunque hay controversias por definir, entre ellas la resección de metástasis hepáticas de tumores no colorectales no neuroendocrinos.

**Objetivo.** Evaluar los desenlaces de la resección hepática en pacientes con tumores neuroendocrinos y no colorectales no neuroendocrinos

**Material y método.** Estudio descriptivo de una serie consecutiva de pacientes a los que se les realizó resección hepática por metástasis de tumores neuroendocrinos y no colorectales no neuroendocrinos en el período comprendido entre junio de 2004 y diciembre de 2014 en el hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín.

**Resultados.** De un total de 325 hepatectomías, se realizaron 32 resecciones hepáticas en 31 pacientes. El promedio de edad fue 55 años, el 37.5 % fueron resecciones hepáticas mayores. La mediana de sangrado intraoperatorio fue 200 ml y la mediana del tiempo quirúrgico fue 180 minutos. La estancia hospitalaria tuvo una mediana de 3.5 días. Se presentaron complicaciones en 12.5 % de los pacientes. La mortalidad postoperatoria fue 0. Se realizó protocolo de fast track en 50 % de los pacientes. El 59.4 % de los tumores fueron no colorectales no neuroendocrinos y 40.6 % fueron neuroendocrinos. La sobrevida actuarial fue de 59 % a 80 meses para todos, 51.6 % para no colorectales no neuroendocrinos y 66.7 % para neuroendocrinos. En el análisis bivariado no se encontraron factores con significancia estadística para sobrevida, tampoco en el multivariado.

**Conclusión.** La resección hepática en pacientes con metástasis de tumores neuroendocrinos y no colorectales no neuroendocrinos se puede realizar en nuestro medio de manera segura, con morbilidad, mortalidad y desenlace oncológico comparable a las otras series del mundo

#### 01 - 058

### Resección hepática en metástasis de cáncer colorectal

Jaime Chávez, Sergio Hoyos, Álvaro Duarte, Isabel Arenas  
Hospital Pablo Tobón Uribe  
Medellín, Colombia  
jchavez@hptu.org.co

**Introducción.** La resección hepática continúa siendo la mejor opción terapéutica con potencial curativo para pacientes con metástasis hepáticas de cáncer colorectal.

**Objetivo.** Evaluar los desenlaces de la resección hepática en pacientes con metástasis de cáncer colorectal.

**Material y método.** Estudio descriptivo de una serie consecutiva de pacientes a los que se les realizó resección hepática por metástasis de cáncer colorectal en el período comprendido entre junio de 2004 y diciembre de 2014 en el hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín. Se realizó análisis bivariado y multivariado a los factores asociados a la sobrevida.

**Resultados.** De un total de 325 hepatectomías, se realizaron 86 resecciones hepáticas en 80 pacientes por metástasis de cáncer colorectal. El promedio de edad fue 58 años, el 48 % fueron resecciones hepáticas mayores. La mediana de sangrado intraoperatorio fue 200 ml y la mediana del tiempo quirúrgico fue 150 minutos. La estancia hospitalaria tuvo una mediana de 3 días. Se presentaron complicaciones en 18.6 % de los pacientes.

La mortalidad postoperatoria fue 0.8 %. Se realizó protocolo de fast track en 41.9 % de los pacientes. La recurrencia global fue 51 % y la sobrevida actuarial a 5 años fue 30 %. En el análisis bivariado el único factor con significancia estadística para sobrevida fue trasfusión de glóbulos rojos (p 0.01), en el multivariado ninguno.

**Conclusión.** La resección hepática en pacientes con metástasis de cáncer colorectal se puede realizar en nuestro medio de manera segura, con morbilidad, mortalidad y desenlace oncológico comparable a las otras series del mundo

#### 01 - 061

### Pólipos vesiculares: experiencia en la Fundación Santa Fé de Bogotá

María Elena Velásquez, Manuel Cadena, Eduardo Londoño,  
Carlos Felipe Perdomo, Roosevelt Fajardo, Ricardo Nassar,  
Fernando Arias  
Fundación Santa Fe de Bogotá  
Bogotá D.C., Colombia  
me.velasquez.acosta@gmail.com

**Hipótesis.** Los polipos vesiculares son masas que protruyen en la mucosa vesicular. La incidencia en individuos sanos varía entre 0.3-12% y su prevalencia desconocida. Su diagnóstico ha aumentado con el uso de la ecografía abdominal. Los individuos con esta patología son usualmente asintomáticos y muchas veces los pólipos son hallazgo

incidental. Algunos tipos de polipos son lesiones premalignas. Son factores de riesgo para malignidad edad mayor de 50 años y pólipos mayores de 10mm. Edad >50 años y pólipos >10mm.

*Materiales y métodos.* Identificar los pacientes cuya ecografía reportó pólipos vesiculares y fueron sometidos a colecistectomía laparoscópica en la Fundación Santa Fe de Bogotá desde Julio de 2013 hasta Abril de 2014 para conocer las características demográficas, el cuadro clínico y el reporte de patología.

*Resultados.* Hubo 19 casos de pólipos por ecografía 7 hombres y 12 mujeres. El examen anatómico-patológico identificó: 14 colesterosis, 1 metaplasia pilórica y 4 coledocitis. La edad de los pacientes osciló entre 19-67 años. De los 15 pacientes con pólipos vesiculares confirmados en patología, 3 estaban asintomáticos en el momento de la cirugía y 12 referían dolor abdominal. La razón para llevar estos pacientes a cirugía fue la presencia de pólipos vesiculares. Seis pacientes no tenían ninguna comorbilidad.

*Conclusiones.* La mejoría en las imágenes diagnósticas pone en evidencia las alteraciones de la pared vesicular. Actualmente hay una baja incidencia en las complicaciones de la colecistectomía. El 20% de nuestras vesículas operadas con diagnósticos prequirúrgico de pólipos vesiculares, no tenían pólipos sino cálculos. Tras el diagnóstico de pólipos vesiculares, los pacientes presentan ansiedad por la incertidumbre del diagnóstico y solicitan la colecistectomía.

#### 01 - 068

### **Colecistectomía laparoscópica por 3 puertos, experiencia en Clínica Amiga, Cali. Diciembre 2011-diciembre 2014**

*Claudia Ximena Millán, Mónica Patricia Torres*  
Clínica Amiga, – Universidad Javeriana Cali  
Cali, Colombia  
claumillan26@gmail.com - mptorresd@gmail.com

*Introducción.* Desde que se describieron hace aproximadamente 30 años las primeras colecistectomías laparoscópicas se han realizado modificaciones a la técnica estándar. Innovadoras formas de abordaje como la cirugía a través de orificios naturales o abordajes transumbilicales han sido descritas.

La técnica estándar segura más aceptada, ha sido bajo el uso de 4 puertos pero recientemente algunos grupos de trabajo han venido mostrando resultados adecuados con el uso de 3 puertos. Se mostrara la experiencia de uno de estos.

*Objetivo.* Describir los resultados de una cohorte retrospectiva (3 años) de un grupo de pacientes llevados a colecistectomía laparoscópica por tres puertos en Clínica Amiga, Cali. Analizar tiempos quirúrgicos, tasa de conversión, complicaciones perioperatorias y tardías, incluyendo la lesión de la vía biliar.

*Material y método.* Análisis descriptivo y retrospectivo de pacientes llevados a colecistectomía laparoscópica usando 3 puertos desde diciembre de 2011 a diciembre de 2014 (3100 pacientes). Recolección de datos en un formato denominado *REC3PORT* enfatizando en epidemiología, tasa de conversión a cirugía abierta, tiempo quirúrgico y complicaciones. Posteriormente trasladados a una base digital para su interpretación.

*Resultados.* El tiempo quirúrgico promedio fue similar al de las series que usan técnicas estándar; la tasa de conversión y las complicaciones perioperatorias son equiparables a otras series. La estancia hospitalaria y el seguimiento posoperatorio fueron similar al abordaje por 4 puertos.

*Conclusión.* La colecistectomía laparoscópica por tres puertos en nuestra serie de pacientes evidencio ser una técnica segura, adecuada y reproducible en un grupo entrenado de cirujanos generales.

#### 01 - 074

### **Lesión iatrogénica de la vía biliar, una perspectiva del problema: serie de casos Fundación Valle del Lili**

*Oscar J. Serrano, Angie Sabogal, Luis A. Caicedo, Gabriel J. Echeverri, Mauricio Duque, Jimmy Gallego*  
Fundación Valle del Lili- Universidad ICESI  
Cali, Colombia  
gjecheverri@icesi.edu.co

*Introducción.* La lesión iatrogénica de la vía biliar constituye un problema importante en cirugía. Generalmente es causada durante la colecistectomía laparoscópica, uno de los procedimientos más comunes a nivel mundial. Aunque es poco frecuente es catastrófica y para su tratamiento requiere de manejo interdisciplinario evitando complicaciones futuras.

*Objetivo.* Evaluar la evolución clínica, diagnóstico, tratamiento y desenlace de las lesiones iatrogénicas de vía biliar manejadas en la Fundación Valle de Lili (centro de remisión del suroccidente colombiano) durante el 2011–2015.

*Material y método.* Análisis retrospectivo de 82 pacientes con diagnóstico de lesión iatrogénica de la vía biliar a partir de historias clínicas del 2011-2015. Se incluyeron: 1) Variables demográficas y antecedentes clínicos (evento); 2) Herramientas diagnósticas e intervenciones; 3) Tratamiento quirúrgico; 4) Desenlace. Se usó la clasificación Hannover y Mc Donalds.

*Resultados.* Solo el 40% provenían de Cali, el 65,8% fueron sometidos a colecistectomía laparoscópica y requirieron conversión. El reconocimiento de la disrupción de la vía biliar intra-operatoriamente ocurrió en el 28%. Mayormente se realizó más de un estudio imagenológico antes de la reintervención; el promedio de tiempo de la lesión a la remisión fue de 8 días. La variante más frecuente de lesión en la escala de Hannover fue D3. Se indicó reconstrucción mediante hepaticoyeyunostomía en el 91% de los casos; no hubo mortalidad relacionada con las intervenciones quirúrgicas. Se presentó un 13% de estenosis durante el seguimiento. De acuerdo a la clasificación Mc' Donalds el 60% fue clase A. Para recalcar la severidad, se requirió hepatectomía derecha en dos paciente y se presentó una muerte por la severidad de la lesión biliar y vascular, así mismo en nuestra serie una paciente requirió que le realizáramos un trasplante hepático posterior a presentarse cirrosis biliar secundaria posesional.

*Conclusión.* Las lesiones iatrogénicas de la vía biliar son alteraciones complejas que deben ser abordadas con un enfoque interdisciplinario y de forma temprana en centros de referencia.

01 - 083

**Técnica de colecistectomía laparoscópica segura: ¿cómo estamos enseñando?**

Juan Pablo Toro, Juan Carlos Serna, Álvaro Sanabria, Carlos Morales

Universidad de Antioquia  
Medellín, Colombia  
Juankar2687@hotmail.com

**Introducción.** Existen varias estrategias que los cirujanos pueden emplear para adoptar una cultura universal de seguridad en colecistectomía y minimizar el riesgo de lesión de la vía biliar.

**Objetivo.** Investigar si los docentes aplican las estrategias de colecistectomía laparoscópica (CL) segura propuestas por SAGES (*Safe Cholecystectomy Program 2014*) y corroborar la percepción del residente.

**Material y método.** Encuesta realizada a cirujanos y residentes mayores de los 4 principales centros de nuestro programa de residencia. El objetivo es investigar si los docentes aplican las estrategias de colecistectomía laparoscópica (CL) segura propuestas por SAGES (*Safe Cholecystectomy Program 2014*) y corroborar la percepción del residente.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 32 cirujanos y 12 residentes. El 50% de los cirujanos llevan menos de 5 años como profesores de cirugía, realizan (n) CL por año y el 46% ha tenido al menos una lesión de vía biliar durante su carrera. El 75% respondió que siempre aplica el método de visión crítica de seguridad en la disección del hilio vesicular, sin embargo, solo el 18% emplea siempre las tres estrategias recomendadas para lograr este objetivo (1. Despejar todo el tejido adiposo y fibroso del triángulo hepato-cístico, 2. Separar el tercio inferior de la vesícula del lecho hepático antes de clipar o cortar cualquier estructura, y 3. Confirmar con vista anterior y posterior que sólo hay dos estructuras entrando a la vesícula). Solo el 12% hace uso liberal de la colangiografía intraoperatoria. El 68% de los cirujanos respondió que buscan ayuda de otro cirujano cuando la disección es difícil mientras que los residentes respondieron que cuando esto pasa solo un 25% solicita ayuda.

**Conclusión.** En nuestro medio tenemos una incidencia aumentada de lesiones de la vía biliar que podría ser en parte explicada porque solo la minoría tiene una adecuada adherencia y enseña las estrategias de la cultura universal de colecistectomía segura. Este hallazgo debe ser confirmado con estudios posteriores. Los residentes perciben que muy pocas veces se busca ayuda de otro cirujano cuando esta es requerida.

**GASTROINTESTINAL**

01 - 005

**Acalasia, manejo quirúrgico laparoscópico, a propósito de 82 casos**

Henry Hernando Martínez, Mauricio Chona  
Hospital Universitario de La Samaritana, Hospital Universitario Mayor Méderi, Clínica Palermo, Clínica Infantil Colsubsidio  
Bogotá D.C., Colombia  
henryhmartinez@gmail.com

**Introducción.** La acalasia es un trastorno motor para la cual se han desarrollado múltiples opciones de tratamiento incluyendo entre otros, farmacológico, endoscópico y quirúrgico, con variabilidad en los resultados.

**Objetivo.** Definir y resaltar el valor real del manejo quirúrgico laparoscópico en los pacientes con acalasia después de diez años de experiencia con la técnica empleada y un juicioso seguimiento clínico de estos pacientes a largo plazo, evaluando la tasa de recidiva de síntomas, así como su mejoramiento en la calidad de vida.

**Material y método.** Estudio observacional, prospectivo, descriptivo de serie de casos de pacientes con diagnóstico de acalasia, sometidos a tratamiento quirúrgico laparoscópico en las siguientes instituciones: Hospital Universitario de la Samaritana, Hospital Universitario Mayor Mederi, Clínica Palermo y Clínica Infantil Colsubsidio, todos intervenidos por el autor en el periodo comprendido entre enero de 2004 y enero de 2015.

**Resultados.** En un período de once años, se recolectaron en forma secuencial y prospectiva un total de 82 pacientes con diagnóstico de acalasia, a quienes se les realizó una esofagocardiomiectomía de Heller en combinación con un procedimiento antirreflujo por vía laparoscópica; el síntoma cardinal en el 100% de los pacientes fue la disfagia para sólidos y en grado variable para líquidos; hubo ocho reoperaciones, de las cuales, dos fueron casos nuestros y seis de otras instituciones; todas las reintervenciones se llevaron a cabo por vía laparoscópica con resultado exitoso. La totalidad de los pacientes tuvieron mejoría de los síntomas desde las 24 horas del posoperatorio con adecuada tolerancia a la dieta líquida. El seguimiento clínico osciló entre tres meses y diez años, con mejoría sostenida de los síntomas en más del 90% de los pacientes intervenidos.

**Conclusión.** Con los datos presentados, la experiencia recopilada durante más de diez años con el manejo quirúrgico laparoscópico y el juicioso seguimiento de los casos, podemos afirmar que la esofagomiectomía de Heller por laparoscopia es actualmente la mejor alternativa para el manejo de pacientes con diagnóstico de acalasia.

01 - 050

**Estrategias quirúrgicas en pacientes que requieren resecciones intestinales en emergencias abdominales no traumáticas**

Carlos Ordoñez, Álvaro Sánchez, Paola Osa, David Mejía, José Julián Serna  
Universidad del Valle  
Cali, Colombia  
josejserna77@hotmail.com

**Introducción.** El uso selectivo de las anastomosis intestinales en pacientes sometidos a laparotomía de control de daños ha sido una estrategia reconocida para los pacientes de trauma. Sin embargo no hay evidencia sobre la utilidad y el tiempo de realización de la anastomosis en pacientes sometidos a laparotomía de control de daños en peritonitis secundaria no traumática.

**Objetivo.** Determinar los desenlaces y las opciones terapéuticas después de resecciones intestinales y laparotomía de control de daños en peritonitis secundaria no traumática.

**Material y método.** Estudio retrospectivo realizado entre 2003 y 2013 en pacientes mayores de 16 años con peritonitis secundaria no

traumática severa a los que se les realizó resección intestinal por perforación. Se dividieron en 2 grupos: al grupo 1 se le realizó cirugía definitiva con anastomosis u ostomía y al grupo 2 laparotomía de control de daños más resección intestinal, ligadura y cierre temporal de la cavidad con anastomosis u ostomía diferida.

**Resultados.** Se incluyeron 182 pacientes, con una edad promedio de 60.2 años, el 55.5% eran hombres, 77 pacientes tenían perforación de intestino delgado y 105 de colon. El 37.4% ingresaron con choque séptico. El APACHE II fue 17 para ambos grupos. Diecinueve (19) pacientes en el grupo 1 y 16 del grupo 2 requirieron ostomía. La mortalidad global fue de 21.4%. La incidencia de fístula en el grupo 1 fue 37.2% y de 26.7% en el grupo 2.

**Conclusión.** La severidad al ingreso de ambos grupos fue similar. La incidencia de ostomía fue menor en el grupo de laparotomía de control de daños ( $p < 0.01$ ), con una incidencia de fístula y mortalidad similares en ambos grupos. Estos datos muestran que la laparotomía de control de daños es una buena estrategia quirúrgica en pacientes con peritonitis secundaria no traumática que requieren resección intestinal.

## CIRUGIA BARIATRICA

### 01 - 045

#### **Abdominoplastia en flor de lis: experiencia clínica en pacientes sometidos a cirugía bariátrica por obesidad mórbida**

*Hugo A. Aguilar, Rachid G. Maloof, Christian Salem Zamorano, Giseth Bustos, Aylinn González, John Vargas, Juan F. Camacho, Adriana González, Felipe González, Juan S. Barajas-Gamboá*  
ESE - Hospital Universitario de Santander (HUS)  
Bucaramanga, Colombia  
drhugomd@hotmail.com

**Introducción.** Pacientes sometidos a procedimientos bariátricos, tienen en promedio una pérdida de 40-60% de su peso original, requiriendo en la mayoría de los casos procedimientos para la corrección de remanentes de piel. La abdominoplastia en flor de lis (AFL) se presenta como alternativa quirúrgica para estos pacientes, sin embargo sus aplicaciones y resultados clínicos a largo plazo están bajo estudio.

**Objetivo.** Analizar los resultados y complicaciones de pacientes sometidos a AFL luego de procedimientos bariátricos.

**Material y método.** Con la aprobación del comité de Ética, se realizó un estudio prospectivo observacional entre Enero de 2010 y Enero de 2012. Se incluyeron pacientes que asistieron al servicio de cirugía plástica para la realización de AFL de manera consecutiva y quienes cumplieron los criterios de inclusión. El seguimiento se realizó al mes 1,3 y 6 del estudio. Los datos recolectados se analizaron por software XLSTAT.

**Resultados.** Se analizaron 20 pacientes (16 mujeres y 4 hombres) con un rango de edad entre 25-64 años, rango de pérdida de peso preoperatoria entre 23-58 kg y rango de IMC en el momento de la abdominoplastia entre 25-32 kg/m<sup>2</sup>. No se presentaron complicaciones intraoperatorias. Se presentaron complicaciones post-operatorias en 3 (15%) pacientes. Se encontraron 2 (10%) deshiscencias de la herida y 1 (5%) necrosis en colgajo, 2 (10%) pacientes desarrollaron

cicatrices hipertróficas. El grado de satisfacción fue bueno o excelente en un 100% de los pacientes.

**Conclusión.** La AFL es una técnica quirúrgica reproducible con una baja tasa de complicaciones post-operatorias, con un alto grado de satisfacción en los pacientes.

### 01 - 047

#### **Evaluación de la calidad de vida en pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica. Popayán febrero 2012-febrero 2015**

*Jorge Augusto Herrera, Luis Fernando Álvarez, Carlos Felipe Chaux, Catalina Isabel Quilindo, Kimberly Carolina Morales, Henry Muñoz, James Adrian Moreno*  
Universidad Del Cauca  
Popayán, Colombia  
kimberlymoralesm@gmail.com

**Introducción.** La cirugía bariátrica constituye una alternativa eficaz para tratar la obesidad; es imperativo conocer el impacto en la calidad de vida de los pacientes sometidos a esta intervención.

**Objetivo.** Describir el impacto en la calidad de vida de pacientes sometidos a cirugía bariátrica en Clínica La Estancia y Hospital Universitario San José de Popayán en el periodo comprendido entre Febrero de 2012 a Febrero de 2015.

**Material y método.** Estudio descriptivo, cohorte transversal de 24 pacientes sometidos a cirugía bariátrica en el periodo mencionado. Se obtuvieron datos demográficos y antropométricos. Se aplicó la escala de calidad de vida Nottingham Health Profile, por vía telefónica; consta de 38 ítems agrupados en 6 dominios: capacidad física, dolor, sueño, aislamiento social, reacciones emocionales y nivel de energía. Se interpretó considerando el número de preguntas en que el individuo se encuentra afectado mediante Microsoft Excel.

**Resultados.** La mayoría (91,6%) son mujeres, edad promedio 38 años, 79,1% sin antecedentes patológicos. En promedio, talla 1,61mts, peso e IMC prequirúrgico 118.12 kg y 45,27 Kg/m<sup>2</sup> respectivamente, peso e IMC posquirúrgico 79,66 kg y 30,59 Kg/m<sup>2</sup> respectivamente. La escala Nottingham reveló una evaluación promedio de: capacidad física 97%, dolor 92%, sueño 93%, aislamiento social 96%, reacciones emocionales 96%, nivel de energía 91%. La diferencia estadística entre el peso y IMC previo y posterior a la intervención quirúrgica fue significativa con una  $p=0,000$ .

**Conclusión.** La escala Nottingham refleja que el impacto en la calidad de vida de los pacientes fue cercano al 100% en la mayoría de los casos.

### 01 - 063

#### **Trombosis porto mesentérica poscirugía bariátrica en el manejo de la obesidad mórbida: reporte de 3 casos y revisión de la literatura**

*Pedro Fernando Duque, Luis Felipe Cabrera, Carlos Luna, Rubén Luna*  
Fundación Salud, Clínica Universidad el Bosque  
Bogotá D.C., Colombia  
pedrofdoduquevasquez@icloud.com

**Introducción.** Una de las complicaciones posoperatorias de mayor prevalencia es la trombosis venosa profunda con una incidencia después de cirugía bariátrica de alrededor del 3% y la del trombo embolismo pulmonar hasta de un 1%.

**Objetivo.** Presentar la incidencia de trombosis porto-mesentérica, crear preguntas de investigación para futuras complicaciones, desarrollar consenso acerca del manejo con trombo profilaxis.

**Material y método.** Presentación de los casos clínicos en formato digital y revisión de la literatura

**Resultados.** Diseño de estrategias para prevenir nuevos eventos de trombosis porto-mesentérica en pacientes sometidos a cirugía bariátrica

**Conclusión.** Una de las mayores dificultades es la falta de consenso en la dosis óptima de heparina de bajo peso molecular y el tiempo en la duración de la tromboprofilaxis, lo cual creemos que se debe a varios puntos, como lo son: la dosis debe ser ajustada al peso del paciente lo cual implica grandes dosis de medicamento y el ajuste de esta se ve alterado por la pérdida aguda de peso en el posoperatorio, lo que implicaría un reajuste dinámico; la aplicación del fármaco de forma subcutánea afecta su biodistribución debido al importante volumen de masa grasa y no es infrecuente que el paciente obeso mórbido tenga alteraciones en la función renal; además muchos de los cirujanos prefieren disminuir el riesgo de sangrado posoperatorio no empleando estas dosis, pero la mayoría defiende mantener la heparina de bajo peso molecular por el primer mes posoperatorio según el tipo de paciente. La familiaridad con esta entidad y un alto índice de sospecha es lo único que permitirá un diagnóstico y tratamiento oportuno para mejorar los desenlaces de esta complicación en el paciente.

## COLON Y RECTO

01 – 036

### Colostomía por laparoscopia: experiencia en el Hospital San José e Instituto Nacional de Cancerología (INC)

*Maikel Pacheco, Raúl Pinilla, Andrea Hernández*  
Sociedad de Cirugía de Bogotá, Hospital San José  
Bogotá, D.C., Colombia  
Maikel170@hotmail.com

**Introducción.** La realización de colostomía es un procedimiento frecuente en el ámbito quirúrgico y conlleva una serie de complicaciones inherentes al abordaje por laparotomía. La incursión de la laparoscopia en este aspecto ha demostrado una serie de ventajas tanto técnicas como clínicas en el paciente, las cuales incluyen, tanto la disminución de complicaciones, como el cierre y manejo definitivo de la misma.

**Objetivo.** Revisar nuestra experiencia y actualizar los datos de la misma, describiendo una serie de casos de pacientes a los que se les realizó colostomía por laparoscopia, su evolución y las complicaciones asociadas al mismo.

**Material y método.** Estudio observacional y descriptivo mediante la revisión de las historias clínicas y registro imagiográfico de 10 pacientes sometidos al procedimiento descrito.

**Resultados.** Se documentaron 10 pacientes en los cuales la técnica utilizada demostró beneficios con respecto a la técnica convencional, entre ellos, la posibilidad de revisar la cavidad abdominal, realizar un estadiaje en enfermedad maligna, escoger de forma más precisa el segmento colónico a derivar y las ventajas propias de laparoscopia en comparación con laparotomía.

**Conclusión.** La colostomía por laparoscopia ofrece múltiples beneficios a los pacientes dados por su satisfactoria evolución posoperatoria, disminución del dolor, inicio temprano de vía oral en la estancia hospitalaria. Así mismo, esta técnica proporciona una serie de ventajas para el cirujano que concluyen en un manejo posterior más preciso, ya sea la estadificación de la enfermedad, el manejo del estoma o el posible cierre futuro del mismo.

01 - 044

### Análisis histopatológico del apéndice cecal y del mucocele en registros de un centro de referencia de alta complejidad en Popayán, Cauca, periodo 2013-2015. Resultados preliminares

*María del Mar Meza, Jorge Augusto Herrera, Valentina Agredo Delgado, Daniel Mauricio Bolaños*  
Universidad del Cauca  
Popayán, Colombia  
mariadelmar1020@gmail.com

**Introducción.** La apendicitis aguda sigue siendo una de las urgencias quirúrgicas más comunes en los Estados Unidos. El riesgo de presentar apendicitis es 8.6% (hombres) y 6.7% (mujeres). La perforación incrementa el riesgo de mortalidad de 0.0002% a 3% y de morbilidad de 3% a 47%. Se acepta una tasa de apendicectomías en blanco de un 20%, actualmente 4.5% con imágenes diagnósticas, 9.8% sin imágenes.

El mucocele es una enfermedad poco frecuente y se presenta en un 0.2 a 0.3% de todas las apendicectomías. Se puede dar por un proceso benigno o maligno (cistoadenoma o cistoadenocarcinoma)

**Objetivo.** Describir la frecuencia del diagnóstico histopatológico de las apéndices procesadas en un centro de alta complejidad de la ciudad de Popayán, Cauca, además de determinar la edad y el género de las mismas.

**Material y método.** Revisión manual de los registros histopatológicos de la Compañía de Patólogos del Cauca, de los años 2013-2015. Revisión del estado del arte. Análisis de frecuencias, porcentajes.

**Resultados preliminares (punto de corte de revisión hasta el momento diciembre 2014).**

Durante los años revisados se documentaron 840 reportes de apendicectomía, encontrando una edad promedio de 27.8 años, género femenino 51.1%, masculino 48.7%, apendicitis aguda 84%, de las cuales un 24% fueron complicadas (absceso-necrosis), en blanco 3%, hiperplasia linforeticular 11.3%, mucocele 0.2%

**Conclusión.** Los resultados muestran similar comportamiento entre el género y la edad (promedio fue de 27.8 años); hay un importante porcentaje de apendicitis complicada 24%, apendicitis en blanco y el mucocele se correlacionan con el estado del arte.

## 01 - 056

### **Prolapso rectal en el adulto mayor de 70 años, no susceptible de anestesia general y/o cirugía abdominal mayor - técnica de Altmeier**

Carlos Zapata, Enrique Rincón, Nafer Anaya  
Hospital Universitario de la Samaritana  
Bogotá D.C., Colombia  
naferjr@hotmail.com, njanayaa@unal.edu.co

*Introducción.* Es frecuente la consulta a los servicios de urgencias, de pacientes que rodean la octava década de la vida y presentan prolapso rectal de un tamaño considerable. Generalmente este tipo de pacientes plantean un reto al cirujano que pretende intervenirlos dadas sus comorbilidades. En los pacientes que no pueden tolerar una anestesia general y/o cirugía abdominal mayor, el procedimiento de Altmeier es una opción válida.

*Objetivo.* Presentamos la experiencia en el Hospital Universitario de la Samaritana (HUS) utilizando el procedimiento de Altmeier para el manejo del prolapso rectal de un tamaño considerable, en pacientes de edad avanzada y con comorbilidades.

*Materiales y métodos.* Se recolectó en el transcurso de Enero de 2013 hasta Mayo de 2015, los casos de prolapso rectal de un tamaño considerable en el adulto mayor de 70 años, que no presentaba condiciones óptimas para ser llevado a anestesia general y/o cirugía abdominal mayor, razón por la cual fue intervenido mediante vía perineal con la técnica de Altmeier. Se realizó una revisión sistemática de la evidencia disponible a la fecha en el uso de ésta técnica

*Resultados.* Se logró la reducción del prolapso rectal con mejoría sintomática en todos los pacientes. No hubo mortalidad perioperatoria. Se documentó como complicación una mayor incidencia de incontinencia.

*Conclusión.* En el paciente adulto mayor de 70 años con prolapso rectal de tamaño considerable, con comorbilidades que lo hacen un pobre candidato para anestesia general y/o cirugía abdominal mayor, el procedimiento de Altmeier es una opción en el arsenal de manejo terapéutico, que mejora la sintomatología del paciente con un muy bajo riesgo de mortalidad perioperatoria y con disminución en las complicaciones mayores relacionadas al procedimiento, pero con un riesgo teórico mayor de recurrencia del prolapso rectal e incontinencia que con las técnicas para el manejo del prolapso rectal por vía abdominal, sean laparoscópicas o no. No hay a la fecha evidencia epidemiológicamente fuerte que sustente uno u otro procedimiento por vía perineal para el manejo del prolapso rectal, tampoco que sustente que en estos pacientes sean mejor las intervenciones abdominales laparoscópicas que las perineales.

## 01 - 064

### **Es segura la apendicectomía laparoscópica como parte del entrenamiento laparoscópico de los residentes ?**

Luis Carlos Domínguez, Germán Ricardo Molina, Samuel Rey Robledo  
Pontificia Universidad Javeriana  
Bogotá D.C., Colombia  
molinamarroquin@hotmail.com

*Introducción.* La apendicectomía laparoscópica (AL) frente a la apendicectomía abierta (AA) ha incrementado en los últimos años en

Colombia. En general, ambos procedimientos son seguros y efectivos para el manejo de la apendicitis aguda. Junto a la colecistectomía, la AL ha permitido que los residentes de cirugía mejoren sus destrezas laparoscópicas.

*Objetivo.* Se desconocen los desenlaces clínicos que conlleva el cambio en el abordaje quirúrgico como parte del entrenamiento. Este estudio pretende evaluar estos desenlaces durante los últimos 5 años en un hospital universitario en Bogotá.

*Material y método.* Evaluación retrospectiva de una cohorte de pacientes mayores de 14 años con apendicitis aguda, operados por residentes de cirugía bajo supervisión directa entre 2010 y 2014. Se evaluó la tendencia anual de cada procedimiento y se compararon entre los dos grupos las tasas de estancia hospitalaria de acuerdo a información institucional.

Posteriormente se realizó un muestreo proporcional estratificado de la cohorte y se compararon las tasas de infección de sitio operatorio (ISO), reoperación no planeada, reingreso, complicaciones intraoperatorias, tiempo quirúrgico. Se determinó la tasa de conversión a cirugía abierta en los casos de AL. Los desenlaces fueron evaluados hasta el día 30 postoperatorio. Se utilizaron las pruebas de Chi<sup>2</sup> y t-test para las comparaciones (p<0,05).

*Resultados.* Se realizaron 3563 apendicectomías (AL:30,7%). Se presentó un incremento sostenido en el número de AL de 0,72% en 2010 a 73,1% en 2014 y un decrecimiento proporcional en el número de AA de 99,28% a 26,9% en el mismo período. La edad promedio de los pacientes fue de 34±15.3 años (mujeres: 51%).

La tasa de estancia hospitalaria no mostró diferencias significativas (AL: 2.03±2.69 días vs. AA:1.85±3.55 días, p:0,93). La evaluación de los desenlaces clínicos se efectuó sobre una muestra de 377 sujetos (AL: 34%). La tasa de ISO fue menor en el grupo de AL (4,62% versus 10% p: 0,01). Las tasas de complicaciones intraoperatorias, readmisión y reoperación no planeada no demostraron diferencias. No se reportaron casos de conversión a cirugía abierta. El tiempo quirúrgico fue menor en el grupo de AA: 46.68±23.74 min versus AL: 52.14±27.59 min (p<0,001).

*Conclusión.* Existe una tendencia incremental en el número de AL lo cual favorece el entrenamiento quirúrgico de los residentes en cirugía laparoscópica sin incrementar la morbilidad. La AL se correlaciona con menores tasas de ISO, pero mayor tiempo quirúrgico. Se deben realizar nuevos estudios que se focalicen en la evaluación específica del desempeño quirúrgico de los residentes durante la AL.

## 01 - 071

### **Superioridad clínica de la apendicectomía laparoscópica sobre la técnica abierta: ¿Adopción lenta de un nuevo estándar de tratamiento?**

Juan Pablo Toro, Carlos Hernando Morales, Oscar Javier Barrera  
Universidad de Antioquia  
Medellín, Colombia  
md.oscar.barrera87@gmail.com

*Introducción.* La apendicectomía es uno de los procedimientos que más practican los cirujanos generales. La tendencia actual es hacia un mayor uso de la técnica laparoscópica, sin embargo, el debate se centra en la realización de esta técnica para todos los pacientes versus en grupos específicos.

**Objetivo.** Comparar los resultados de las técnicas de apendicectomía laparoscópica y abierta en un centro de atención de tercer nivel.

**Material y método.** Estudio de cohorte con 519 pacientes sometidos a apendicectomía durante 4 años. Se compararon algunas características clínicas, operatorias y posoperatorias. Se hizo un análisis multivariado mediante una regresión logística con el paquete estadístico IBM SPSS versión 22.

**Resultados.** De los 519 pacientes, 135 fueron operados con técnica laparoscópica. Edad, ASA, tipo de herida y fase de apendicitis fueron similares en ambos grupos. La duración promedio del procedimiento quirúrgico fue mayor con la técnica laparoscópica 30 min vs. 24.3 min ( $p < 0.05$ ), aunque no se presentó ningún caso de conversión. Fue mayor el número de complicaciones del procedimiento abierto en comparación con el grupo laparoscópico (15.1% vs 3.7% respectivamente), además de tener una tendencia a mayor estancia hospitalaria y reoperación. Los pacientes sometidos a cirugía abierta presentan mayor riesgo de presentar ISO incisional RR 3,87 (1,21-12,40). Además, los sometidos a técnica laparoscópica no tienen mayor riesgo de desarrollar ISO órgano espacio RR 0,98 (0,97-1,00).

**Conclusión.** La apendicectomía laparoscópica es superior en resultados clínicos en comparación con la técnica abierta, sobre todo en la disminución de la ISO incisional y órgano espacio por lo que se aconseja su uso generalizado.

#### 01 - 077

### Reporte de serie de 10 casos de prolapso rectal manejado por laparoscopia con rectopexia ventral más malla

*Abraham Kestenberg, Jessica Capre, Sandra Patricia Molina, Sandra Milena Gutiérrez*  
Universidad del Valle  
Santiago de Cali, Colombia  
sandrapmolina08@hotmail.com

**Introducción.** Prolapso rectal es cuando ocurre protrusión de todo el espesor de la pared del recto a través del esfínter anal. Es una patología frecuente, (incidencia 4/1000), más común en mujeres de edad avanzada. Se han descrito un gran número de técnicas quirúrgicas para el manejo, desde las técnicas abiertas mediante abordaje abdominal y perineal y técnicas laparoscópicas. Las técnicas abdominales con malla son las que han mostrado menor recurrencia (2-3%) y mejores tasas de éxito. Las complicaciones específicas ocurren en 16% de los casos. Las técnicas laparoscópicas han ganado amplia aceptación en los últimos años debido a los excelentes resultados obtenidos y a la baja morbilidad asociada.

**Objetivo.** Mostrar reporte de manejo laparoscópico por vía abdominal de pacientes con prolapso rectal.

**Material y método.** Se presenta el reporte de 10 casos de prolapso rectal manejados con rectopexia ventral con malla por laparoscopia en un periodo de 3 años. Se presenta un video ilustrativo de la técnica.

**Resultados:** 10 casos de prolapso rectal manejados con rectopexia ventral con malla por laparoscopia de forma exitosa.

**Conclusión.** La rectopexia ventral por laparoscópica es una técnica segura, con baja morbilidad y con buenos resultados a largo plazo, que ofrece los beneficios del abordaje abdominal para la co-

rección del prolapso rectal adicionando los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva.

#### 01 - 082

### Reporte de resultados en cirugía de colon y recto con protocolo de recuperación rápida

*Abraham Kestenberg, Jessica Capre, Sandra Patricia Molina, Sandra Milena Gutiérrez*  
Fundación Valle de Lili  
Santiago de Cali, Colombia  
sandrapmolina08@hotmail.com

**Introducción.** La filtración anastomótica en cirugía es una de las complicaciones más importantes y temidas. En cirugía laparoscópica colorectal se presenta entre un 2,5 a 12%, porcentajes comparables con cirugía abierta. Además al aplicar el protocolo de recuperación rápida se optimiza el manejo perioperatorio de los pacientes en cirugía electiva, buscando disminuir la respuesta catabólica, el dolor, el estrés posoperatorio y la estancia hospitalaria, sin incrementar las complicaciones postquirúrgicas ni la rehospitalización.

**Objetivo.** Describir los resultados de cirugía de colon y recto por laparoscopia, las tasas de filtración intestinal y el manejo de protocolo de recuperación rápida.

**Material y método.** Se revisa base de datos de pacientes de cirugía de colon y recto manejados por laparoscopia, en quienes se usó protocolo de recuperación rápida, entre enero de 2011 y abril de 2015. Se evalúan las tasas de filtración intestinal, las causas de hospitalización mayor a 24 horas y las causas de reingreso hospitalario.

**Resultados.** Fueron 150 pacientes con cirugía colorectal, la mayoría con comorbilidades y cirugía abdominal previa. La patología maligna es la primera causa de cirugía, siendo el colon sigmoidees el más comprometido. La tasa de filtración intestinal ha disminuido a través del tiempo, siendo menor en el último año, con porcentajes comparables a la cirugía abierta.

Se realizó protocolo de recuperación acelerada en un alto porcentaje de los pacientes con pocos reingresos.

**Conclusión.** Los porcentajes de filtración intestinal en la cirugía laparoscópica de colon y recto fueron equivalentes a la cirugía abierta, con las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva, que facilita además la realización de protocolo de recuperación rápida con buena tolerancia y aceptación por parte de los pacientes

#### 01 - 087

### Clasificación laparoscópica de hallazgos quirúrgicos en apendicitis aguda

*Fernando Arias, Gabriel Herrera, Carolina Ocampo, Lina Parra, Wilson Riaño, Beatriz Taboada*  
Fundación Santa Fe de Bogotá  
Bogotá, D.C., Colombia

**Hipótesis.** Es posible estandarizar los hallazgos quirúrgicos de las apendicectomías laparoscópicas y correlacionarlas con desenlaces clínicos basados en una clasificación.

**Materiales y métodos.** Se evaluaron todos los pacientes llevados a apendicectomía por laparoscopia entre julio 2008 y mayo 2015 por

nuestro grupo. Los hallazgos se categorizaron utilizando un sistema descriptivo estandarizado basado en la extensión del proceso inflamatorio abdominal y la dificultad de la disección. Se utilizó el test de chi cuadrado para evaluar la correlación entre hallazgos y desenlaces.

*Resultados.* Entre 2008 y 2015 339 pacientes fueron llevados a apendicetomía por laparoscopia por puerto único. Se clasificaron 183 (55.1%) como apendicitis complicada. Se obtuvo correlación entre el tiempo operatorio, el inicio de vía oral y el tiempo de estancia hospitalaria (P 0.0001) y la severidad de la clasificación. No hubo conversiones de único puerto a multipuerto ni cirugía abierta. Dos abscesos intrabdominales se presentaron, 1 dehiscencia de la sutura, hernia umbilical 2.

*Conclusiones.* El sistema descriptivo utilizado para clasificar los hallazgos quirúrgicos muestra una correlación entre la severidad de la apendicitis, el tiempo quirúrgico, el inicio de la vía oral y el tiempo de estancia hospitalario.

## VASCULAR

### 01 - 029

#### **Terapia endovascular en aneurisma de aorta abdominal infrarrenal roto. Protocolo en el Hospital de San José Centro. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, Colombia**

*Jorge Adalberto Márquez, Jorge Luis Vélez, Oswaldo Ceballos, Jorge Felipe Tobar Díaz*

Departamento de Cirugía, Servicio de Cirugía Vascular Periférica del Hospital de San José Fundación universitaria ciencias de la salud Bogotá D.C., Colombia  
jorgmarquez@gmail.com; felipetob@yahoo.es

*Introducción.* Tradicionalmente los aneurismas de aorta abdominal rotos se han manejado mediante laparotomía, generando sangrados masivos, lesión de estructuras vecinas y muchas veces la muerte del enfermo. La terapia endovascular es una alternativa que se ha fortalecido en los últimos años en los servicios de cirugía vascular, ofreciendo reducción significativa de la morbimortalidad en estos pacientes.

*Objetivo.* Describir los resultados obtenidos con la utilización del protocolo institucional de reparo endovascular en paciente con aneurisma roto de la aorta abdominal infra renal en un periodo de 5 años en el Hospital de San José centro de Bogotá Colombia.

*Material y método.* Estudio descriptivo tipo serie de casos, en donde se evaluaron 60 meses en los cuales se desarrolló el protocolo institucional de aneurisma de aorta roto.

*Resultados.* Se incluyeron 10 pacientes, el 80 % hombres. El promedio de edad fue de 73.2 años. El factor de riesgo con mayor prevalencia fue la HTA en un 60 %. Las complicaciones sistémicas se presentaron en el 50 % de la población. El promedio de estancia en unidad de cuidado intensivo fue de 2 días y de hospitalización fue 4 días. La mortalidad temprana fue del 30 % y se presentó en las primeras 24 horas.

*Conclusión.* La terapia endovascular en pacientes con aneurisma roto de la aorta abdominal ha sido, tal vez, la única estrategia que ha

permitido disminuir la mortalidad temprana. El impacto del trauma quirúrgico en los pacientes con aneurisma roto puede ser el segundo golpe fisiológico que determine la morbimortalidad de esta patología.

### 01 - 030

#### **Rescate de acceso vascular para hemodiálisis: experiencia en el Hospital San José Centro, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, Colombia**

*Jorge Adalberto Márquez, Jorge Felipe Tobar, Oswaldo Ceballos*  
Hospital San José, Fundación universitaria ciencias de la salud Bogotá D.C., Colombia

jorgmarquez@gmail.com; felipetob@yahoo.es

*Introducción.* El acceso de diálisis es una línea de vida para el paciente, está línea es un recurso que se agota y debemos cuidar al máximo, la formación del acceso vascular o peritoneal es tan importante como el seguimiento, mantenimiento y la reparación del acceso una vez creado.

*Objetivo.* Describir los resultados obtenidos con la utilización del rescate endovascular de fistulas arterio venosas en pacientes con hemodiálisis en un periodo de 4 años en el Hospital de San José centro Bogotá Colombia.

*Material y método.* Estudio descriptivo tipo serie de casos, en donde se evaluaron 36 meses en los cuales se utilizó la terapia endovascular para el salvamento de fistulas.

*Resultados.* Se incluyeron 18 pacientes, el 77 % fueron hombres. El promedio de edad fue de 58 años. Las estenosis centrales fueron el 63 %, se encontró oclusión en el 19 %, se realizó angioplastia secuencial en el 81% de los pacientes, se colocó stent en el 27 % de los pacientes, con una mediana de diámetro del stent de 14 mm, la permeabilidad primaria a los 3 meses fue del 90 %, el procedimiento fue exitoso en el 100 % de los pacientes en las primeras 24 horas

*Conclusión.* La terapia endovascular en pacientes con disfunción del acceso vascular para hemodiálisis es una alternativa viable que permite salvar y prolongar la vida de los pacientes en falla renal. El alto índice de éxito y la baja morbilidad del manejo endovascular hacen atractivo para el cirujano y el paciente este procedimiento.

### 01 - 031

#### **Complicaciones en pacientes llevados a reparo endovascular de aneurisma de la aorta abdominal infrarrenal en el Hospital San José, Bogotá, Colombia**

*Jorge Adalberto Márquez, Jorge Felipe Tobar Díaz, Oswaldo Ceballos, Luis Torres*

Hospital de San José, Fundación Universitaria Ciencias de la Salud Bogotá D.C., Colombia

jorgmarquez@gmail.com - felipetob@yahoo.es

*Introducción.* El reparo endovascular del aneurisma de la aorta abdominal infra renal (AAA) es el método moderno y de elección para el tratamiento de esta patología en la mayoría de pacientes.

Está técnica reduce la mortalidad temprana, pero se asocia a múltiples complicaciones que generan morbilidad después de los dos años.

**Objetivo.** Determinar la frecuencia de complicaciones en pacientes con reparo endovascular en AAA electivo en un periodo de seguimiento de 60 meses, sobrevida y tiempo libre hasta complicaciones.

**Material y método.** Estudio de cohorte prospectivo, en el cual se evaluaron 6 años en que ingresaron pacientes con AAA que fueron llevados a reparo endovascular de forma electiva en el servicio de cirugía vascular del hospital de San José, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá Colombia

**Resultados.** Se incluyeron 90 pacientes. La mediana de seguimiento fue de 24,5 meses, con un (RIQ 6- 42 meses). El 26.7 % eran mujeres, el promedio de edad fue 73 años (DE 7,2 años), 21 % de los pacientes tenían aneurisma ilíaco. El 25.5 % de los pacientes presentaron alguna complicación, las complicaciones; fatales asociadas al procedimiento ocurrieron en el 4,4 %. Las complicaciones tardías más frecuentes fueron las endofugas y la trombosis arterial.

La mortalidad en el seguimiento fue del 10 % y en el 4,4 % se asoció al procedimiento ocurriendo en las 72 horas.

**Conclusión.** Las complicaciones sistémicas se asocian a la mortalidad temprana; la morbilidad de este procedimiento es del 21 % en el seguimiento.

#### 01 - 032

### Manejo endovascular de aneurisma aislado de arteria ilíaca en el Hospital de San José, experiencia del servicio de Cirugía Vascular

Jorge Adalberto Márquez, Oswaldo Ceballos, Manuel Pabón  
Hospital de San José, Fundación Universitaria Ciencias de la Salud Bogotá D.C., Colombia  
jorgmarquez@gmail.com, mgpp84@hotmail.com

**Introducción.** Los aneurismas aislados de las arterias ilíacas son la segunda ubicación anatómica más frecuente de esta patología después de la aorta abdominal. Sin embargo la frecuencia de presentación es mucho menor a nivel de las arterias ilíacas con una prevalencia comprendida entre el 0.4% y el 1.9%, contabilizando el 2% de todos los aneurismas intraabdominales.

**Objetivo.** Determinar el tiempo transcurrido hasta el desarrollo de complicaciones tempranas y tardías en pacientes que recibieron manejo endovascular para aneurisma aislado de arteria ilíaca en el hospital de San José en el periodo comprendido entre enero de 2010 y diciembre de 2015.

**Material y método.** Se presenta una serie de casos de los pacientes que fueron llevados a reparo endovascular de aneurisma ilíaco aislado en el servicio de cirugía vascular del hospital de San José, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá Colombia

**Resultados.** Se llevaron 13 pacientes a corrección endovascular de aneurisma aislado de arteria ilíaca en un periodo de cuatro años, con baja incidencia de complicaciones, la mayoría de ellas de carácter temprano dado por hematoma de la herida quirúrgica inguinal o seroma. No se han presentado endofugas en el seguimiento de ninguno de los pacientes.

**Conclusión.** Los aneurismas aislados de arterias ilíacas son patologías poco frecuentes que sin embargo representan un riesgo para la vida del paciente. La corrección abierta presenta grandes retos para el cirujano lo que ha hecho incrementar el interés en el manejo endovascular, obteniendo excelentes resultados como en nuestra serie de casos.

#### 01-033

### Manejo actual del síndrome de congestión venosa pélvica. Experiencia del Hospital de San José de Bogotá

Jorge Adalberto Márquez, Oswaldo Ceballos, Manuel Pabón  
Hospital de San José, Fundación Universitaria Ciencias de la Salud Bogotá D.C., Colombia  
jorgmarquez@gmail.com - mgpp84@hotmail.com

**Introducción.** El síndrome de congestión pélvica consiste en visible congestión de venas pélvicas en la flebografía selectiva de las venas ováricas, en mujeres multíparas pre-menopáusicas con dolor pélvico de 6 meses de evolución. Dolor pélvico crónico, no cíclico, de más de 6 meses, sin causa ginecológica conocida, asociado a dispareunia, pesadez perineal, dolor poscoital, disuria, varices atípicas en los miembros inferiores y varices genitales.

**Objetivo.** Determinar las características de la población con diagnóstico de síndrome de congestión venosa pélvica llevados a corrección endovascular en el hospital de San José, Bogotá, Colombia.

**Material y método.** Se presenta la experiencia del servicio de cirugía vascular del Hospital de San José a través de una serie de casos de los pacientes con diagnóstico de congestión venosa pélvica que fueron llevados a reparo endovascular.

**Resultados.** Cuatrocientos pacientes con diagnóstico de síndrome de congestión venosa pélvica fueron llevados a manejo endovascular con embolización con *coils*. Se encontró que en el 76% de los casos la enfermedad provenía de la vena gonadal izquierda y en el 46% de los casos de la vena gonadal derecha, en un menor porcentaje se encontró insuficiencia de las venas hipogástricas. La mayor incidencia de la enfermedad se encontró en la mujeres de 40-49 años con 32% de todos los casos.

**Conclusión.** El síndrome de congestión venosa pélvica es una entidad muy frecuente, algunas veces detectada y pocas veces tratada apropiadamente. La flebografía gonadal y de ejes hipogástricos permite una evaluación completa de la circulación venosa pélvica y determina objetivamente que sitios tratar. La embolización venosa pélvica es un procedimiento seguro y eficaz en manos entrenadas. Los resultados clínicos resultan evidentes en la mayoría de las pacientes.

#### 01 - 035

### Terapia endovascular en aorta torácica en el Hospital San José - FUCS

Jorge Adalberto Márquez, Oswaldo Ceballos, Manuel Hosman, Felipe Tobar, Marcela Díaz  
Hospital San José, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud Bogotá D.C., Colombia  
mahosman@fucsalud.edu.co

**Introducción.** El manejo de la patología de la aorta torácica ha tenido un giro de 180 grados con el advenimiento de diversas tecnologías

que brindan un abordaje mínimamente invasivo, con menos complicaciones posoperatorias y mejores tasas de supervivencia en relación a los procedimientos abiertos, los cuales están asociados a paraplejía y mortalidad cercana al 30%.

**Objetivo.** Describir la experiencia en el Hospital de San de José en el manejo de pacientes con aneurismas de aorta torácica, ruptura de aorta torácica y el síndrome aórtico agudo.

**Material y método.** Serie de casos de pacientes con patología de la aorta torácica que fueron sometidos a manejo endovascular de urgencias en el hospital San José desde el 2011 hasta la actualidad, se realiza el análisis que incluye los factores de riesgo, el tiempo de fluoroscopia, el volumen de medio de contraste, el tiempo de estancia en UCI, estancia hospitalaria, paraplejía posoperatorio y mortalidad.

**Resultados.** El síndrome aórtico agudo representa el principal diagnóstico en los pacientes llevado a TEVAR (75.45%). La edad promedio de los pacientes es 57 años (desviación estándar 20); Tiempo de fluoroscopia (min) 14.05 (3.8 – 54.7); volumen promedio de medio de contraste 86 ml; media de la estancia en UCI 5.3 días; paraplejía POP 0%; mortalidad de 0%

**Conclusión.** El manejo de los pacientes con patología de la aorta torácica por medio de terapia endovascular ha mostrado mejores tasas de supervivencia, menor tiempo de hospitalización y reintegro a la actividad laboral.

Estamos frente a un problema que afecta una población económicamente activa con mayor impacto en la sociedad en caso de presentar complicaciones catastróficas.

Es de anotar que el tiempo promedio de fluoroscopia y el volumen de medio de contraste han disminuido significativamente a medida que se ha adquirido experiencia.

## TUMORES

### 01 - 016

#### **Cáncer de tiroides e indicaciones de tiroidectomía Experiencia de 10 años en el departamento del Cauca, Colombia, periodo 2004-2013**

*Hernando Vargas-Uricochea, Valentina Agredo-Delgado, Jorge Herrera-Chaparro, Ivonne Meza-Cabrera*  
Universidad del Cauca, Facultad de Ciencias de la Salud  
Popayán, Colombia  
agredo.delgado.valentina@gmail.com

**Introducción.** El cáncer tiroideo es el cáncer endocrino más comúnmente diagnosticado. El incremento en su frecuencia se debe al aumento en la incidencia del tipo papilar, especialmente en tumores pequeños.

**Objetivo.** Caracterizar epidemiológica, clínica e histopatológicamente a la población del departamento del Cauca con cáncer de tiroides

**Material y métodos.** Se realizó una búsqueda en los registros de patología en quienes fueron sometidos a tiroidectomía en dos centros de referencia en Popayán, Cauca (2004-2013). Un análisis exploratorio y el cálculo de medidas de ocurrencia se llevaron a cabo.

**Resultados.** Se documentaron 463 tiroidectomías; 205 fueron cáncer de tiroides y 258 fueron patología distinta al cáncer de tiroides. El carcinoma papilar clásico (y sus variedades) sumaron 195 casos (95,1%); 168 correspondieron a carcinoma papilar clásico (81,9%); 22 fueron carcinoma folicular (10,7%); 3 correspondieron a carcinoma de células de Hürthle (1,4%) y 2 se rotularon como mixtos (0,9%). 6 (2,9%) correspondieron a carcinoma pobremente diferenciado; 2 correspondieron a carcinoma medular (0,9%) y hubo 2 anaplásicos (0,9%).

**Conclusión.** El incremento en el número de cirugías en patología tiroidea tumoral y no-tumoral puede explicarse por un aumento real en la frecuencia –por factores medioambientales- y por otra parte, puede ser explicada por un “sobre-diagnóstico” (por un mayor acceso a estudios de imágenes y una mayor frecuencia de ACAF). El incremento en el número de procedimientos puede deberse a conductas/decisiones/creencias por el cirujano y/o el paciente.

### 01-021

#### **Gastrectomía laparoscópica en el tratamiento del cáncer gástrico. Resultados iniciales del Hospital Universitario Erasmus Meoz de Cúcuta**

*Hender Hernández, Deivis López, Guillermo León Labrador,  
Diego Humberto Márquez*  
Universidad Industrial de Santander – UIS  
Bucaramanga, Colombia  
diego.humarquezb@gmail.com

**Introducción.** A principios de la década de los noventa el tratamiento del cáncer gástrico no parecía ser reproducible por laparoscopia debido a la compleja técnica que presentaba y a las dudas en cuanto a obtener una linfadenectomía oncológicamente aceptable. Actualmente se sabe que la gastrectomía laparoscópica es segura y oncológicamente equiparable con la técnica abierta.

**Objetivo.** Exponer nuestra experiencia en gastrectomía laparoscópica.

**Material y método.** Durante el período comprendido entre Octubre de 2014 y Mayo de 2015 hemos tratado a 12 pacientes que presentaban un cáncer gástrico resecable, a los que se les practicó una gastrectomía laparoscópica con criterios oncológicos.

**Resultados.** Nueve pacientes eran varones (75%) y 3 mujeres (25%), la edad media fue de 63,5 años (rango 23-82), se realizaron 7 (58,3%) gastrectomías totales laparoscópicas y 5 (41,7%) subtotales laparoscópicas. La reconstrucción se realizó en Y de Roux totalmente laparoscópica, el tiempo quirúrgico medio fue de 240 minutos (180-360); no se han presentado complicaciones intraoperatorias y hubo un caso de conversión. Reporte patológico del tamaño tumoral con mediana de 50mm (20-80), la mediana de ganglios resecados fue de 21 (15-34), la mediana en cuanto a borde de resección proximal fue de 7cm (5-11), la mediana en cuanto a borde de resección distal 6cm (2-10), la estancia post operatoria fue de 8 días (6-10), hasta el momento no hemos tenido fugas anastomóticas ni mortalidad.

**Conclusión.** La gastrectomía laparoscópica en el tratamiento del cáncer gástrico es técnicamente factible y se perfila como una alternativa a la cirugía abierta en cuanto a morbimortalidad postoperatoria y eficacia oncológica.

01 - 024

### Laparoscopia de órganos sólidos. Adrenalectomía. Experiencia Hospital de San José, 19 casos en el periodo 2008 - 2014

Guillermo Aldana, Andrea Hernández, Jhon Flechas, Jhoanna Paipilla, Andrés Sánchez  
Hospital de San José. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud Bogotá D.C., Colombia  
galdana1@hotmail.com

**Introducción.** Actualmente el manejo quirúrgico de los tumores adrenales se realiza de forma laparoscópica, con indicaciones dadas por el tamaño y el comportamiento histológico, siendo el más frecuente, la lesión benigna y asintomática, denominada “incidentaloma”. En la literatura se han descrito los beneficios del abordaje laparoscópico y el impacto en la calidad de vida del paciente.

**Objetivo.** Revisar nuestra experiencia, describiendo variables correspondientes a datos demográficos, técnica quirúrgica, sangrado intraoperatorio, evolución y complicaciones asociadas, así como mortalidad, en un grupo de pacientes sometidos al procedimiento durante el periodo de 2008 a 2014.

**Material y método.** Estudio observacional, descriptivo de 19 pacientes sometidos a adrenalectomía por laparoscopia durante 7 años, recaudando información mediante revisión de historias clínicas.

**Resultados.** Se realizaron 19 procedimientos (68% mujeres) como primera indicación; tumores no funcionales (62.5%), de los cuales el más frecuente fue el adenoma cortical (66.7%). La lateralidad más frecuente fue izquierdo (72.2%). Se usaron 4 puertos en 84.2% de los casos. Control de pedículo vascular con uso de ligaclip, seguido de endograpadora (13 Vs. 2). Tiempo de hospitalización 4.1 días. Complicaciones posoperatorias en primeros 30 días dadas por infección de sitio operatorio (3) e infección de vías urinarias (3). Un caso de mortalidad por sepsis de origen urinario.

**Conclusión.** La adrenalectomía por laparoscopia ofrece múltiples ventajas dadas por disminución de estancia hospitalaria, mejor visión del campo operatorio, así como el manejo de dolor y complicaciones posoperatorias, cumpliendo de forma exitosa el objetivo inicial que es la resección de la lesión adrenal.

01 - 025

### Laparoscopia de órganos sólidos. Esplenectomía. Serie de 43 casos. Hospital de San José, Bogotá. 2009-2014.

Guillermo Aldana, Adriana Barrera, Iván Mariño  
Hospital de San José. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud Bogotá D.C., Colombia  
galdana1@hotmail.com

**Introducción.** La patología esplénica quirúrgica se encuentra relacionada con desórdenes hematológicos, trauma y lesiones quísticas principalmente. Las indicaciones por trauma se encuentran bien definidas y en relación a enfermedad hematológica existen entidades como la púrpura trombocitopénica idiopática y la esferocitosis con indicaciones precisas.

**Objetivo.** El objetivo de ésta serie de casos es mostrar la experiencia en laparoscopia de órganos sólidos en un Hospital de IV nivel, haciendo un análisis demográfico, indicaciones, técnica quirúrgica empleada, morbilidad y mortalidad posoperatorias, así como las curvas de comportamiento en los recuentos plaquetarios en el grupo de pacientes con PTI.

**Material y método.** Se trata de una serie de casos, prospectiva, descriptiva de 43 pacientes, a quienes se practicó esplenectomía laparoscópica en el Hospital san José en Bogotá, por el mismo cirujano.

**Resultados.** El análisis demográfico muestra 32 pacientes de sexo femenino (74%), edad promedio entre la 3 y 4 década de la vida; 30 pacientes (69%) fueron llevados a cirugía por PTI refractaria, 5 pacientes por esferocitosis y los otros por indicaciones como trauma y quistes esplénicos. Se describe el manejo del hilio esplénico, la utilización de drenes y complicaciones intraoperatorias como sangrado. La morbilidad, principalmente relacionada con colecciones intraabdominales (1 paciente). No hubo mortalidad. Se evalúa el seguimiento, así como recurrencias de la enfermedad hematológica.

**Conclusión.** La esplenectomía laparoscópica es un procedimiento seguro, de baja morbilidad que requiere adecuada evaluación preoperatoria (indicaciones y vacunación entre otros) para asegurar los mejores resultados.

01 - 026

### Laparoscopia de órganos sólidos. Pancreatectomía. Serie de 13 casos en el Hospital de San José de Bogotá, periodo 2009 - 2014

Guillermo Aldana, Diego Ardila  
Hospital de San José. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud Bogotá D.C., Colombia  
galdana1@hotmail.com

**Introducción.** Las lesiones quísticas pancreáticas vienen presentando un serio aumento en su reconocimiento como patología quirúrgica y son motivo de consulta frecuente.

**Objetivo.** El objetivo es mostrar una serie de 13 pacientes, la mayoría de ellos con lesiones pancreáticas del cuerpo y de la cola, sometidos a cirugía laparoscópica en una institución de IV nivel.

**Material y método.** Se trata de una serie de casos, prospectiva, descriptiva de 13 pacientes, 11 de ellos a quienes se practicó pancreatectomía distal y dos de ellos, pancreatectomía central laparoscópicas.

**Resultados.** El análisis demográfico muestra 9 pacientes de sexo femenino, edad promedio de 43 años, llevadas todas a cirugía de mínima invasión. Tamaño tumoral promedio de 5 centímetros (1.5 – 10 cm). Tiempo quirúrgico promedio de 150 minutos. Sólo un paciente requirió esplenectomía. Se describe también el manejo del muñón pancreático. La morbilidad, principalmente relacionada con fístula pancreática. Tipo B y C presente en 3 pacientes de la serie y una mortalidad. En el estudio de patología, las lesiones mucinosas fueron identificadas en 5 pacientes.

**Conclusión.** La pancreatectomía laparoscópica es un procedimiento seguro, cuya morbilidad asociada, es igual o menor que en la cirugía abierta. El enfoque acertado de pacientes con lesiones quísticas pancreáticas es fundamental para el reconocimiento de lesiones potencialmente malignas.

01 - 027

**Laparoscopia de órganos sólidos. Insulinoma, resección en cuña: presentación de 2 casos en el Hospital Infantil Universitario de San José**

Guillermo Aldana, Maikel Adolfo Pacheco Trujillo, Iván Mariño, Julián Beltrán

Hospital Infantil Universitario de San José. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud  
Bogotá D.C., Colombia  
galdana1@hotmail.com

*Introducción.* El insulinoma, tumor neuroendocrino de baja prevalencia en nuestro país es una entidad benigna desde el punto de vista oncológico, pero con serias repercusiones metabólicas en los pacientes.

*Objetivo.* El objetivo es mostrar dos pacientes con diagnóstico clínico y de laboratorios de insulinoma, quienes desarrollan la tríada de Whipple diagnóstica y su confirmación mediante endosonografía pancreática.

*Material y método.* Dos pacientes, de sexo masculino, con hipoglucemia en ayuno, cifras menores a 30 mg/dlt y niveles séricos de insulina elevados 25,4 y 32-9 (2.6-24), cuyas ultrasonografías endoscópicas mostraron lesiones localizadas en el cuerpo del páncreas.

*Resultados.* Pacientes llevados a resección en cuña por laparoscopia, con biopsias por congelación compatibles con tumor neuroendocrino. Procedimientos sin complicaciones. Glucometrías en el posoperatorio temprano (paciente 1) en rango de 73 a 307, y en el segundo, glicemia central de 95. El segundo paciente requirió revisión laparoscópica y manejo de obstrucción intestinal. Controles posoperatorios normales.

*Conclusión.* La resección en cuña del insulinoma es el tratamiento de elección en pacientes con ésta patología y el abordaje laparoscópico, con adecuada localización pre operatoria de la lesión o el uso intraoperatorio de ultrasonido permiten un manejo adecuado en una patología de baja prevalencia en Colombia.

01 - 028

**Diagnósticos patológicos en pacientes con masas retroperitoneales en el Hospital San José, 2012 - 2013**

Oscar Armando García, Leidy Johanna Paipilla, Mario H.

Barrera, Licet Villamizar

Fundación Universitaria Ciencias de la Salud, Hospital San José Bogotá, D.C., Colombia  
mariohbl@gmail.com

*Introducción.* Las masas de localización retroperitoneal constituyen una patología de rara frecuencia en la población general, que al ser documentadas, se convierten en una patología de difícil diagnóstico y enfoque clínico. Muchas veces comprometen órganos intra-abdominales y estructuras vasculares.

*Objetivo.* Describir la frecuencia de diagnósticos patológicos en pacientes con masas retroperitoneales atendidos en el Hospital San José de Bogotá en el periodo comprendido entre Enero de 2012 y Enero 2013.

*Material y método.* Estudio descriptivo de serie de casos retrospectivos que describe la frecuencia de diagnósticos patológicos en pacientes con masas retroperitoneales atendidos en el Hospital de San José en el periodo 2012 – 2013 llevados a estudio histopatológico.

Se definió caso como: pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de masa retroperitoneal que fueron llevados a biopsia abierta o mínimamente invasiva.

Se incluyeron los pacientes que ingresaron por los servicios de urgencias, consulta externa o interconsultas intrahospitalarias del Hospital San José entre enero 2012 y diciembre 2013.

Los datos obtenidos se resumen en frecuencias absolutas y porcentajes. La edad y el diámetro de la lesión se presentan con medidas de tendencia central y dispersión.

*Resultados.* Se recolectaron en total 24 pacientes; la edad media de presentación de los síntomas fue 49.2 años (Rango: 20-85), predominó el sexo femenino (n=14), el síntoma más frecuente fue el dolor seguido de masa palpable. En cuanto a los medios diagnósticos el 62% (n=24) de las ecografías documentaron el tumor y la tomografía axial computarizada lo identificó en un 100%. El tipo más común de biopsia fue escisional. La media del diámetro de las lesiones fue 13.5 cm. (Rango: 2-30 cm).

El tipo histológico más frecuente en nuestra serie fue el de los sarcomas “raros” o de escasa frecuencia, seguido de linfomas y liposarcomas.

*Conclusión.* En esta serie la principal etiología de las masas retroperitoneales fueron los sarcomas, sin embargo a diferencia de las series mundiales predominaron los sarcomas raros y de escasa frecuencia como el linfangioma retroperitoneal, la lesión fusocelular sin malignidad y otras de más rara aparición. Las siguientes frecuencias estuvieron representadas por otras lesiones no sarcomatosas como los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) y la enfermedad linfoproliferativa.

01 - 040

**Gastrectomía por vía laparoscópica para cáncer gástrico: experiencia multicéntrica en Cartagena**

Juan Carlos Hoyos, Jaime Andrés Hernández, Luis Gerardo

Villota, Nohemí Galeano

Universidad de Cartagena

Cartagena de Indias (Bolívar), Colombia

jhernandezv@unicartagena.edu.co

*Introducción.* La cirugía laparoscópica se impone como un abordaje adecuado con menor trauma quirúrgico para la realización de procedimientos oncológicos, con buenos resultados perioperatorios y que también permite un adecuado vaciamiento ganglionar. En este trabajo se presentan los resultados de la experiencia en varios centros de la ciudad de Cartagena.

*Objetivo.* Mostrar la experiencia en varios centros de la ciudad de Cartagena en cirugía gástrica oncológica laparoscópica

*Material y método.* Se revisaron los registros clínicos de más de 20 pacientes intervenidos en tres centros de tercer nivel de la ciudad de Cartagena, evaluando variables clínicas, de laboratorio y los resultados en cuanto a inicio de alimentación enteral, complicaciones y mortalidad, desde enero de 2013 a diciembre de 2014.

**Conclusión.** La cirugía laparoscópica es un procedimiento que se puede efectuar con seguridad, con resultados favorables para los pacientes comparables a lo esperado.

01 - 041

### Resección de tumores mediastinales vía toracoscópica por dos puertos

Juan Carlos Martínez Buelyas, Edgard Eduardo Gutiérrez Puente, Claudia Stella Rodríguez Gómez  
Universidad de Cartagena  
Cartagena de Indias, Colombia  
onek17@hotmail.com

**Introducción.** Las masas mediastínicas son las anomalías más frecuentes dentro del mediastino presentando diferentes tipos histológicos según su localización. Las lesiones del mediastino anterior corresponden al 55% de los tumores mediastínicos en el adulto, siendo las más usuales los timomas, los teratomas, masas tiroideas y linfoma. En el mediastino medio (con el 20%) son las lesiones vasculares, las adenopatías y los quistes pleuropericárdicos o broncogénicos. El 25% se ubican en el posterior, de los cuales los tumores neurogénicos, meningoceles, mielomeningoceles, quistes gastroentéricos y divertículos esofágicos son los más frecuentes. Actualmente estos pacientes se benefician de un abordaje quirúrgico, tanto diagnóstico como terapéutico, a través de cirugía mínimamente invasiva toracoscópica descrita tradicionalmente con abordaje por tres o más puertos.

**Objetivo.** Presentar tres casos exitosos de resección de tumores mediastinales vía toracoscópica por dos puertos.

**Material y método.** Se presenta una serie de casos. Se estudiaron 3 pacientes en el año 2015 cuyos diagnósticos imaginológicos correspondían a lesiones tumorales en mediastino. Se realizó disección y resección completa de las masas por videotoracoscopia biportal.

**Resultados.** Se realizó adecuada exposición de campo quirúrgico y resección completa de masas mediastinales, sin complicaciones y disminución de morbilidades transoperatorias a través de abordaje biportal.

**Conclusión.** La cirugía mínimamente invasiva en el abordaje de masas mediastinales con la toracoscopia videoasistida por dos puertos, con fines diagnósticos y terapéuticos, se ha asociado a un bajo porcentaje de mortalidad y morbilidad, así como a la conservación mayor de la función pulmonar, menor respuesta inflamatoria y adecuada evolución posquirúrgica.

01 - 042

### Experiencia de 10 años en la Fundación Santa Fe de Bogotá para el diagnóstico y manejo de incidentalomas suprarrenales

Francisco Javier Díaz, Manuel Enrique Cadena, Martha Catalina Morales, Freddy Jean Karlo Toloza, María Laura Ricardo  
Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá  
Bogotá D.C., Colombia  
frankdiazc@hotmail.com

**Introducción.** La presencia de masas adrenales es muy común en el contexto clínico. La mayoría de estos tumores son benignos, razón

por la cual son descubiertos de forma incidental. El adecuado estudio y manejo de dichas masas favorece un mejor pronóstico para los pacientes

**Objetivo.** Identificar la prevalencia de características bioquímicas, histológicas, imaginológicas y clínicas de las masas adrenales, junto con las formas diagnósticas y abordaje quirúrgico más frecuentemente usado en el HU-FSFB en los últimos 10 años.

**Material y método.** La población consistió en 65 pacientes sometidos a adrenalectomía entre Enero de 2004 y Diciembre de 2014. Se obtuvieron los datos sociodemográficos, estudios diagnósticos, manifestaciones clínicas, indicaciones y tipo de abordaje quirúrgico y complicaciones postoperatorias. En el análisis se estableció la composición de la población, cálculo de la prevalencia y promedio de las principales características clínicas y quirúrgicas.

**Resultados.** Del total de la muestra el 64,3% fueron mujeres y la edad media fue de 45 años. El 73% de los pacientes presentaban sintomatología al diagnóstico. La indicación quirúrgica principal fue un tamaño tumoral mayor de 4cm (35,2%). El abordaje quirúrgico más frecuente fue laparoscópico por vía anterior (84,3%). El diagnóstico patológico en la mayoría de los casos fue adenoma no productor (75,4%). El 3,2% de los pacientes presentaron algún tipo de complicación postquirúrgica.

**Conclusión.** El paso de los años ha traído consigo el aumento del uso de la laparoscopia en el abordaje quirúrgico de múltiples patologías disminuyendo la incidencia de complicaciones postquirúrgicas. Los pacientes estudiados por masas suprarrenales manifiestan algún tipo de sintomatología por hiperfunción tumoral. Prevalece el tamaño tumoral por encima de 4 cm como principal indicación para manejo quirúrgico.

01 - 066

### Cáncer gástrico, experiencia en Clínica Amiga, Cali 2013-2015

Gilbert Francisco Mateus, Claudia Ximena Millán, Yamil Barjun Palomino  
Clínica Amiga, Cali  
Cali, Colombia  
gilbertmateus@gmail.com - claumillan26@gmail.com

**Introducción.** El cáncer gástrico es uno de los cánceres con mayor incidencia en el mundo y conlleva una mortalidad considerable. Colombia es uno de los países más afectados por lo que el conocer las características de nuestra población permitirá perfeccionar los modelos de atención integral de estos pacientes.

**Objetivo.** Describir la experiencia en la atención de pacientes con cáncer gástrico en un periodo de dos años dentro un modelo de atención integral de cáncer en el suroccidente colombiano

**Material y método.** Se realizó un análisis descriptivo de una cohorte de pacientes atendidos con cáncer gástrico entre junio de 2013 y junio de 2015 atendidos en el programa de Atención Integral de Cáncer (ATICA) de la Clínica Amiga en la ciudad de Cali.

**Resultados.** Las características halladas difieren en algunos aspectos de los datos publicados por el registro poblacional de cáncer de Cali y los de globocan.

El diagnóstico inicial de esta población, se hizo en estadios I y II en el 25% y en estadio IV en el 40% de los casos. El tipo histológico predominante fue adenocarcinoma bien diferenciado tipo intestinal. El 25% de los pacientes son menores de 40 años. Ligeramente más afectados los hombres que las mujeres. Cuarto lugar de incidencia de los cánceres en mujeres y el tercero en hombres.

*Conclusión.* El establecimiento de modelos centralizados de atención integral multidisciplinaria de los pacientes, permite seguimiento y optimización en el manejo de pacientes con cáncer. Se debe mejorar en el diagnóstico y endoscopia digestiva temprana.

**01 - 067**

### **Cáncer de mama. Experiencia en Clínica Amiga, Cali 2013-2015**

*Gilbert Francisco Mateus, Claudia Ximena Millán, Yamil Barjun Palomino*

Clínica Amiga, Cali  
Cali, Colombia

gilbertmateus@gmail.com

*Introducción.* El cáncer de mama es la patología con mayor incidencia y mortalidad en la mujer colombiana. La detección temprana y el tratamiento oportuno y adecuado han demostrado repercusión en el desenlace de la enfermedad.

*Objetivo.* Describir la experiencia en la atención de pacientes con cáncer de mama en un periodo de dos años dentro un modelo de atención integral de cáncer en el suroccidente colombiano.

*Material y método.* Se realizó un análisis descriptivo, de una cohorte de pacientes atendidos con cáncer de mama entre junio de 2013 y junio de 2015 atendidos en el programa de Atención Integral de Cáncer (ATICA) de la Clínica Amiga en la ciudad de Cali.

*Resultados.* El cáncer de mama es la primera causa de atención en nuestro servicio, el 40 % se presentan en paciente menopausicas y el 10 % por debajo de los 40 años. El 55 % corresponde a estadios tempranos. Predomina el manejo conservador mamario y la disección de ganglio centinela axilar permitió manejo conservador axilar en la mayoría de veces.

*Conclusión.* La implementación de un modelo integral de atención permite hacer diagnóstico en estadios más tempranos y a su vez tratamientos más ajustados y efectivos. La centralización del manejo y la información nos permitirá evaluar la repercusión en tiempos de seguimiento más largos.

**01 - 069**

### **Cáncer colorectal, experiencia en Clínica Amiga, Cali periodo 2013 - 2015**

*Gilbert Mateus, Yamil Barjun Palomino, Claudia Ximena Millan Matta*

Clínica Amiga, Cali  
Cali, Colombia

gilbertmateus@gmail.com, ybarjunp@gmail.com

*Introducción.* El cáncer nos preocupa por su alto costo socioeconómico no solo para las entidades de salud sino para el paciente

y su familia. Es necesario conocer su comportamiento en nuestra comunidad y poder hacer una intervención más oportuna, temprana y apropiada.

*Objetivo.* Describir la experiencia en la atención de pacientes con cáncer colorrectal en un periodo de dos años dentro un modelo de atención integral de cáncer en el suroccidente colombiano

*Material y método.* Se realizó un análisis descriptivo de una cohorte de pacientes con cáncer colorrectal entre junio de 2013 y junio de 2015 atendidos en el programa de Atención Integral de Cáncer (ATICA) de la Clínica Amiga en la ciudad de Cali.

*Resultados.* El cáncer colorrectal supera la incidencia de cáncer gástrico en nuestra población. Se presenta un número importante en menores de 50 años, cerca de un tercio son de localización rectal. La histología más frecuente de adenocarcinoma bien diferenciado, con estadios I y II al diagnóstico de 40 % en colon y 30 % en recto. El 20 % debuta en estadio IV. El 56% de colon y 65% rectal se presenta en mujeres. Se logra conservación anal en la mayoría de casos.

*Conclusión.* El comportamiento de este grupo específico puede deberse a que nuestra población pertenece al grupo clase trabajadora asegurada. Gracias a su evaluación periódica se reestructura el programa con el propósito de dar un mejor servicio a la comunidad en procura de mejores resultados, haciendo necesario reforzar el proceso diagnóstico con colonoscopia temprana.

**01 - 070**

### **Navegación y cáncer. Experiencias de un modelo de atención en Cali**

*Gilbert Mateus, Mauricio Casabuenas, Ximena Revelo, Laureano Quintero*

Clínica Amiga, Cali  
Cali, Colombia

gilbertmateus@gmail.com, camelotlq@gmail.com

*Introducción.* El modelo de atención integral en oncología contemplado en el Plan Nacional de Cáncer implica el compromiso de todos los actores y un espacio participativo de planeación, seguimiento y evaluación única interinstitucional. La implementación de una estrategia de articulación (Centro de Navegación CENAV) hace parte fundamental en nuestro modelo.

*Objetivo.* Describir la experiencia en nuestro modelo en un periodo de dos años y el impacto en los indicadores de calidad de atención para una población específica del suroccidente Colombiano

*Material y método.* Se realizó un análisis descriptivo de una cohorte de 2500 pacientes entre junio de 2013 y junio de 2015 atendidos en el programa de Atención Integral de Cáncer (ATICA) en la ciudad de Cali.

*Resultados.* La primera causa en hombres es el cáncer de próstata y mama en mujeres, como segunda causa en ambos grupos tenemos colorrectal y tercera el gástrico. Predominan estadios tempranos en mama, próstata y cérvix, avanzados en colorrectal y gástrico. Existe mejoría importante de oportunidad de consulta y cirugía, como disminución de urgencias y estancia hospitalaria, con disminución del costo global.

*Conclusión.* La implementación de un modelo integral de atención (ATICA) y centro de navegación (CENAV) impacta de manera im-

portante en la calidad y la oportunidad además de optimizar el recurso físico humano y económico. La centralización nos permitirá a futuro mejorar el conocimiento de nuestra población, planear nuevas estrategias y evaluar el impacto a mediano y largo plazo del programa.

01 - 075

### **Serie de casos de hepatoblastoma, experiencia Fundación Valle del Lili**

Angie Nathaly Sabogal, Oscar J. Serrano, Luis A. Caicedo, Gabriel J. Echeverri, Jorge I. Villegas, Mauricio Duque, Jimmy Gallego, Verónica Botero, María L. Valderrama, María Teresa Agudelo

Fundación Valle del Lili- Universidad ICESI  
Cali, Colombia  
gjecheverri@icesi.edu.co

**Introducción.** El Hepatoblastoma es el tumor primario de hígado más común en niños, diagnosticado durante los tres primeros años de vida. La supervivencia global ha aumentado 50% gracias a esquemas quimioterapéuticos y experticia de centros de cirugía.

**Objetivos.** Evaluar características biodemográficas, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y sobrevida de pacientes con hepatoblastoma.

**Materiales y métodos.** Análisis retrospectivo de 17 pacientes a partir de historias clínicas del 2011-2014. Se incluyeron: 1) Variables demográficas y antecedentes prenatales; 2) Herramientas diagnósticas y clasificación histológica; 3) Tratamiento quirúrgico y/o quimioterapéutico y complicaciones; 4) Desenlace y sobrevida. Se usó la clasificación PRETEXT-POSTEXT, estadificación de riesgo (criterios SIOPEL), clasificación de resección quirúrgica (terminología Brisbane) y clasificación de Clavien modificada.

**Resultados y discusión.** El 20% presentó bajo peso al nacer (2.499 g). La edad promedio al diagnóstico fue de 19,4 meses (rango: 7-36 meses), el principal motivo de consulta fue sensación de masa. Todos presentaron niveles altos de AFP y más de un estudio imaginológico. El 52,94% fue llevado a biopsia laparoscópica. Todos recibieron quimioterapia de neoadyuvancia y adyuvancia. El 56,2% fue clasificado con riesgo estándar. Se indicó trasplante hepático (n=8); resección radical (n=8); solo un paciente no fue intervenido por metástasis. No hubo complicaciones relacionadas con la cirugía. El 37,5% reportó una Clasificación de Clavien modificada grado-I. La sobrevida libre de enfermedad fue 100% y 60% a tres años para los pacientes resecados y trasplantados respectivamente.

**Conclusiones.** El manejo de la patología debe ser realizado en centros de referencia por grupos multidisciplinarios de forma temprana, aumentando la probabilidad de sobrevida de los pacientes.

01 - 076

### **Gastrectomía por laparoscopia en pacientes con cáncer gástrico avanzado: experiencia en el Instituto Nacional de Cancerología, durante el periodo 2012 y 2014**

Raúl Eduardo Pinilla, David Ricardo Herrera, David Fernando López

Instituto Nacional de Cancerología  
Bogotá D.C., Colombia  
drhm2013@hotmail.com - radipisa@hotmail.com

**Introducción.** En Colombia ha aumentado el uso de laparoscopia para la gastrectomía en pacientes con cáncer gástrico avanzado.

**Objetivo.** Describir las características generales, quirúrgicas y complicaciones en pacientes con cáncer gástrico, tratados con cirugía laparoscópica.

**Material y método.** Estudio tipo serie de casos. Se extrajo información sociodemográfica, clínica, histopatológica y quirúrgica de la historia clínica de pacientes con cáncer gástrico tratados con cirugía laparoscópica entre enero de 2012 y diciembre de 2014 en el Instituto Nacional de Cancerología. Las variables fueron analizadas mediante epidemiología descriptiva: categóricas con distribuciones de frecuencias relativas, y continuas con medidas de tendencia central y de dispersión.

**Resultados.** Se incluyeron 14 pacientes (50% hombres), con mediana de edad de 56 años y el 64% con un IMC normal. Fueron más frecuentes los adenocarcinomas (n=13) con una mala diferenciación en 8 pacientes. Las principales localizaciones fueron curva menor (n=5) y curva mayor (n=5). La clasificación TNM más común fueron T2 (n=5), N0 (n=12) y M0 (n=13). Se realizaron 8 gastrectomías totales y 6 subtotaes. La mediana del tiempo quirúrgico fue de 365 minutos (amplitud 300-480min), con una mediana de sangrados 150cc (amplitud 50-500cc). La técnica para la instauración de neumoperitoneo fue abierta en la mitad de los casos. Ninguno requirió conversión. Dos pacientes presentaron complicaciones: estenosis anastomosis y pancreatitis.

**Conclusión.** La laparoscopia para la resección gástrica puede ser considerada como método alternativo en centros de referencia con la infraestructura necesaria. Se recomienda estudios con mayor número de pacientes y otras patologías gastrointestinales. Así mismo resultados a largo plazo para confirmar la equivalencia con procedimientos abiertos.

01 - 079

### **Abordaje lateral laparoscópico en pancreatoesplenectomía para lesiones complejas de páncreas distal. ¿Como lo hacemos?**

Oscar Palacios, Diego Dávila

Clínica CES  
Medellín, Colombia  
d\_davila\_m@yahoo.com

**Introducción.** El abordaje estándar aceptado actualmente para las lesiones pancreáticas de cuerpo y cola es laparoscópico de medial a lateral. Existe discrepancia entre autores acerca del tipo de abordaje cuando se trata de lesiones de gran tamaño y comportamiento invasivo a órganos aledaños.

**Objetivo.** Describir la técnica de una propuesta laparoscópica alternativa para el manejo de lesiones del páncreas medio y distal.

**Materiales y métodos.** Se analizaron los datos clínicos de 6 pancreatoesplenectomías distales realizadas entre agosto de 2013 y junio de 2015 utilizando la técnica descrita, por tumores de diferente estirpe. La técnica quirúrgica utilizada fue el abordaje de lateral a medial con el paciente totalmente de decúbito lateral derecho, se utilizaron dos puertos de 12 mm y un puerto de 5 mm, en 2 casos se utilizó un cuarto puerto de 5 mm.

**Resultados.** El promedio de tiempo quirúrgico fue 163+/-46 minutos, la estancia hospitalaria promedio fue de 96 horas, ningún paciente requirió transfusiones y no hubo conversión ni esplenectomía como complicación de la técnica. Solo un paciente presentó una fistula pancreática que resolvió con CPRE.

**Conclusión.** El abordaje de lateral a medial ofrece ventajas técnicas para la pancreatoductectomía distal laparoscópica con o sin esplenectomía en tumores de cuerpo y cola del páncreas. Sin embargo es claro que el nuestro es solo un reporte de una técnica quirúrgica en 6 casos y sabemos que se necesitan muchos más casos para compararlos con las técnicas convencionales.

#### 01 - 084

### **Pancreatoduodenectomias por laparoscopia: integración de cirujanos oncólogos y cirujanos laparoscopistas avanzados**

*Katherine Lozano, José Omar Zorrilla, Eduardo Bolaños, Andrés Mejía*  
Hospital Universitario del Valle  
Cali, Colombia  
dra\_katherinelozano@hotmail.com

**Introducción.** La cirugía mínimamente invasiva ha transformado la práctica quirúrgica ofreciendo a los pacientes procedimientos con estancia hospitalaria reducida y una pronta recuperación comparados con las cirugías abiertas, además de menores complicaciones. La pancreatoduodenectomía laparoscópica es una cirugía demandante técnicamente y solo se realiza en pocos centros en el mundo.

**Objetivo.** Como objetivo principal proponemos integrar los cirujanos oncólogos y cirujanos laparoscopistas avanzados para establecer un centro de excelencia en el manejo del cáncer gastrointestinal mínimamente invasivo.

**Material y método.** Se reclutó en un periodo de 6 meses de manera prospectiva pacientes con cáncer a nivel periampular y/o cabeza de páncreas, con criterios de manejo quirúrgico candidatos a pancreatoduodenectomía por laparotomía, realizándose un abordaje por laparoscopia mínimamente invasiva con la colaboración de un equipo multidisciplinario.

**Resultados.** Cuatro pacientes, dos de género masculino y dos de género femenino, entre 48 y 65 años de edad, con tumores malignos periampulares o de cabeza de páncreas, a los cuales se les realizó de manera exitosa pancreatoduodenectomía por laparoscopia, con alta hospitalaria entre 7 a 10 días, actualmente sin evidencia de recidiva de la enfermedad.

**Conclusión.** Demostramos la utilidad de las técnicas de cirugía mínimamente invasiva en el desarrollo de la cirugía de pacientes con malignidades gastrointestinales. Sin embargo el entrenamiento continuo es el reto más importante en el uso y los buenos resultados de estas cirugías de tan alta complejidad y el beneficio de la colaboración entre las especialidades de cirugía oncológica y laparoscopia avanzada.

#### 01 - 085

### **Iniciando un programa de cirujanos laparoscopistas avanzados y cirujanos-oncólogos laparoscopistas, para manejo quirúrgico del cáncer gastrointestinal en Cali,**

*Adriana Marcela Zuñiga, Jose Omar Zorrilla, Andrés Mejía, Eduardo Bolaños*  
Hospital Universitario del Valle HUV, Universidad del Valle y Clínica Occidente de Cali  
Cali, Colombia  
adrianamzuniga@hotmail.com

**Introducción.** La cirugía laparoscópica se viene utilizando en múltiples procedimientos, el cirujano debe tener experiencia y debe utilizar técnicas donde la manipulación sea más precisa ayudando a reducir complicaciones. Se considera que el grupo de cirujanos en entrenamiento en laparoscopia y cirugía oncológica deben ser el grupo que maneje en primera instancia pacientes con cáncer gastrointestinal operable.

**Objetivo.** Evaluación de la cirugía laparoscopia en manos de cirujanos experimentados y cirujanos oncólogos entrenados en laparoscopia diagnóstica y el tratamiento del cáncer gastrointestinal.

**Material y método.** Se evaluaron 70 casos de manejo laparoscópico del cáncer gastrointestinal (páncreas, colon, estomago, etc.) se realizó inicialmente laparoscopia de diagnóstico, la verificación de reseccabilidad o no, se definió quienes debían ser sometidos a derivación paliativas y cuáles debían continuar con el procedimiento de resección.

**Resultados.** Entre mayo de 2014 y mayo de 2015 se realizaron en conjunto con el grupo de cirujano oncológico, cirujano gastrointestinal con entrenamiento en laparoscopia y cirujano laparoscopista avanzado alrededor de 70 casos de cirugía por cáncer gastrointestinal en un hospital nivel III y una clínica nivel IV de Cali con reducciones significativas en el tiempo operatorio y la pérdida de sangre, con unos resultados mejores que en la cirugía abierta.

**Conclusión.** En nuestra experiencia de la construcción de un programa de cirugía laparoscópica avanzada con cirujano oncólogo con experiencia en esto, parece ofrecer tasa de conversión muy baja, las complicaciones mucho menores y con reducción significativa en los tiempos operativos.

#### 01 - 086

### **Adrenalectomía mínimamente invasiva por abordaje posterior**

*Fernando Arias, Gabriel Herrera, Carolina Ocampo, Lina Parra, Wilson Riaño, Beatriz Taboada*  
Fundación Santa Fe de Bogotá  
Bogotá, D.C., Colombia

**Hipótesis.** El abordaje mínimamente invasor retroperitoneal para adrenalectomía uní o bilateral es una técnica viable, segura y efectiva.

**Materiales y Métodos.** Se presentan los casos de adrenalectomía por retroperitoneoscopia realizados en 18 meses por nuestro equipo

quirúrgico. Se revisan los desenlaces, tiempos operatorio, inicio de vía oral estancia hospitalaria y registro de complicaciones.

**Resultados.** Se presentan 4 pacientes con masas suprarrenales, de diferentes etiologías, por abordaje laparoscópico retroperitoneal. Se completan exitosamente en todos los casos la resección completa de las lesiones. No se registra en ningún caso complicaciones derivadas del acto quirúrgico, ni conversiones, la estancia hospitalaria es de 48 a 72 horas, exceptuando un único paciente que requiere seguimiento estricto de condiciones secundarias a su patología médica específica.

**Conclusiones.** La adrenalectomía por cirugía mínimamente invasiva por retroperitoneoscopia se concluye como una opción segura y efectiva para el abordaje de lesiones suprarrenales.

**01 - 088**

### Gastrectomía radical por vía laparoscópica

*Fernando Arias, Gabriel Herrera, Carolina Ocampo, Lina Parra, Wilson Riaño, Beatriz Taboada*  
Fundación Santa Fe de Bogotá  
Bogotá, D.C., Colombia

**Hipótesis.** Gastrectomía radical por laparoscopia para manejo de cáncer gástrico avanzado es una opción viable, segura y con excelentes desenlaces.

**Materiales y métodos.** Se revisa los registros médicos de 29 pacientes llevados a gastrectomía radical por laparoscopia. Se establecen los desenlaces postoperatorios en términos de tiempo quirúrgico, informe de patología, estancia postoperatoria, requerimiento de nutrición parenteral y complicaciones.

**Resultados.** Se evalúan 29 pacientes llevados a gastrectomía radical por laparoscopia con diagnóstico de cáncer gástrico por nuestro equipo quirúrgico. Se completa en todos los casos el procedimiento. Tiempo quirúrgico promedio de 417.3 minutos. Número de ganglios resecaos promedio 21. Estancia postoperatoria promedio de un día en unidad de cuidados intensivos y 3 días en hospitalización general. Se registra una conversión a cirugía abierta por sangrado. Una fístula esófago-yunal temprano en el inicio de nuestra experiencia, con requerimiento de soporte nutricional.

**Conclusiones.** La gastrectomía radical por laparoscopia es un procedimiento quirúrgico seguro, en equipos quirúrgicos con experiencia se obtienen excelentes desenlaces posoperatorios.

## TRAUMA

**01 - 004**

### Atención de pacientes politraumatizados por heridas de guerra en el campo de combate. Experiencia quirúrgica en el Hospital Militar Central

*Ángela María Díaz, Alberto Alejandro Quintero, Carlos Alberto Arias, Camilo Bautista*  
Hospital Militar Central  
Bogotá D.C., Colombia  
angelitadiaz@hotmail.com

**Introducción.** La experiencia quirúrgica en relación a atención y manejo de los pacientes politraumatizados ha tenido su principal desarrollo en los conflictos bélicos.

El uso de armas improvisadas, así como la contaminación con elementos externos y orgánicos, ocasionan lesiones muy severas que requieren de respuesta inmediata en el sitio de combate, cumpliendo objetivos iniciales como la cirugía de control de daños, para luego direccionar al paciente al nivel de atención médica que requiera.

**Objetivo.** Descripción del tipo de lesiones atendidas en hospitales de campaña y los resultados obtenidos según el grado de complejidad.

**Material y método.** Análisis estadístico de bases de datos recolectadas entre mayo del 2009 y abril 2014, pacientes militares y civiles, lesionados por heridas de guerra, atendidos en hospital de campaña de las fuerzas militares. Análisis por región anatómica comprometida, tipo de lesión, intervención quirúrgica practicada, índices de trauma y desenlace, teniendo en cuenta mortalidad o remisión a sitio de mayor complejidad.

**Resultados.** El total de los pacientes en los 5 años del estudio fue de 478. El 82 % de estos, tardaron menos de 1 hora en ser evacuados del área de trauma y trasladados al hospital de campaña.

Las lesiones mas comunes fueron heridas por armas no convencionales y de fragmentación en 61,5% de los pacientes, el 38,2% tenían heridas múltiples.

El ISS promedio fue de 16; 151 pacientes requirieron amputación de extremidades y el 28,2% del total fallecieron en la atención primaria; 343 pacientes fueron trasladados con éxito a hospitales de mayor complejidad

**Conclusión.** El uso del hospital de campaña en el área de combate, así como la rápida evacuación y atención inicial, disminuyen de manera dramática los índices de mortalidad del personal víctima de conflicto armado. Las lesiones por armas de guerra son severas y de daño impredecible, lo cual genera una alta mortalidad en el sitio de impacto.

**01 - 043**

### Incidencia y mortalidad del síndrome de compartimento abdominal en cirugía de control de daños y abdomen abierto

*María Paula García, Diego Felipe Valdés, David Mejía, Carlos Ordoñez*  
Fundación Valle del Lili- Hospital universitario del Valle  
Cali, Colombia  
diegox86@hotmail.com

**Introducción.** El síndrome de compartimento abdominal (SCA) es una entidad que se presenta con presiones intraabdominales (PIA) aumentadas, revertido en la mayoría de los casos con abdomen abierto (AA).

**Objetivo.** El objetivo del estudio es determinar la incidencia y mortalidad del SCA en pacientes con trauma abdominal penetrante (TAP) manejados con cirugía control daños (CCD) y AA

**Material y método.** Estudio observacional en adultos con TAP y CCD con AA durante 11 años. Compara 2 grupos acorde a la PIA en la unidad de cuidado intensivo (UCI): Grupo 1 = PIA < 20 mmHg, Grupo 2 = PIA 20 mmHg. Los predictores de mortalidad analizados:

presión arterial sistólica, INR, pH, base exceso, lactato, temperatura, SCA diagnóstica y puntajes en las escalas de severidad en trauma.

**Resultados.** Fueron 188 pacientes, PIA promedio 14mmHg, 72.9% presentaron PIA < 20mmHg y 27.1% PIA ≥ 20mmHg; 94.15% desarrollaron hipertensión intra-abdominal (PIA > 12mmHg), 34.04% DO [24.82% en Grupo 1 vs. 58.82% en Grupo 2 (p = 0.026)] y 15.96% presentaron SCA. Mortalidad general 11.17% [8.03% del grupo 1 vs. 19.61% del grupo 2 (p = 0.048)]. Mortalidad en SCA fue 30% vs. 7.6% en pacientes sin SCA (p=0.001). El OR para SCA fue 5.18 (IC<sub>95%</sub>: 1.89-14.00).

**Conclusión.** Pacientes con TAP manejado con CCD y AA tienen 16% de probabilidad de desarrollar SCA, aumenta a 59% en pacientes con PIA ≥ 20 mmHg. La mortalidad en pacientes con PIA ≥ 20 mmHg es 2.5 veces mayor que la mortalidad en pacientes con PIA menor a 20 mmHg. El análisis multivariado demostró que el SCA es un factor de riesgo independiente para mortalidad. Se recomienda la vigilancia estrecha de la PIA en estos pacientes.

## 01-052

### Hernia diafragmática traumática derecha

Oswaldo Borráz, Daniel Riaño

Universidad Nacional de Colombia, Hospital San Blas, Clínica Nueva Bogotá D.C., Colombia  
oborraezg@gmail.com

**Introducción.** La lesión del músculo diafragma es condición infrecuente (0.8 – 3.6%) en casos de trauma cerrado, siendo excepcional la presentación como hernia diafragmática derecha, sea aguda o tardía. Son causas frecuentes los accidentes automovilísticos (79.5%) y las caídas de grandes alturas (15.9%). El diagnóstico en la fase aguda generalmente se hace durante una intervención quirúrgica necesaria por el shock hipovolémico secundario a lesiones asociadas. En los casos tardíos, son síntomas respiratorios restrictivos los que hacen consultar a los pacientes.

**Objetivo.** Se revisa la literatura sobre esta patología y se presentan dos casos de pacientes: uno con cuadro agudo y otro con manifestaciones tardías, tratados en el Hospital San Blas II Nivel E.S.E. y en la Clínica Nueva.

**Material y método.** Se analizan dos casos de pacientes jóvenes (20 y 30 años respectivamente) con hernia diafragmática derecha: uno con manifestaciones agudas, en shock hipovolémico, diagnosticada durante la intervención quirúrgica, por lesión hepática asociada. Otro con presentación tardía (12 años post-trauma), dada por síntomas respiratorios progresivos. En este caso se realizó radiografía, TAC de tórax y pruebas de función respiratoria.

**Resultados.** El paciente con cuadro agudo se trató mediante laparotomía, hepatorrafia y reconstrucción diafragmática. El paciente con presentación tardía se manejó mediante toracotomía, reducción del contenido herniario, sutura y reforzamiento con malla del diafragma. Los resultados finales fueron satisfactorios.

**Conclusión.** La hernia diafragmática derecha secundaria a trauma cerrado es una patología poco frecuente, que según su presentación se debe abordar por diferentes vías (laparotomía o toracotomía). Los resultados excelentes pueden afectarse por la presencia de lesiones asociadas.

## 01 - 060

### Progresión hacia una reanimación hemostática oportuna y completa en pacientes con trauma penetrante

Carlos Ordoñez, Boris Sánchez, Álvaro Sánchez, José Julián Serna  
Universidad del Valle  
Cali, Colombia  
josejserna77@hotmail.com

**Introducción.** La reanimación hemostática ha mostrado muy buenos resultados en los pacientes con hemorragia grave. Su aplicación adecuada y oportuna en la primera hora del trauma (hora de oro) requiere una adecuada identificación de los pacientes de alto riesgo y una curva de aprendizaje por parte del equipo hospitalario.

**Objetivo.** Se evaluó la efectividad de conseguir una reanimación hemostática completa y oportuna en un periodo de 11 años (2002-2013) en pacientes con trauma penetrante que ingresaron a un centro de trauma.

**Material y método.** Fueron incluidos pacientes con trauma penetrante mayores de 16 años, en quienes se realizó cirugía de control de daños.

Los pacientes fueron divididos en 4 grupos de acuerdo al producto sanguíneo transfundido y al tiempo de inicio de la transfusión.

**Resultados.** Un total de 201 pacientes fueron incluidos, edad promedio 29 años, presión arterial sistólica media de 90 mm/Hg, media de exceso de base de -10.3. Fue requerida transfusión masiva en 36% de los pacientes. El tiempo de inicio de transfusión fue 62 minutos para transfusión completa de glóbulos rojos+plasma+plaquetas vs 102 minutos para los otros 3 grupos.

Se evaluaron las prácticas institucionales antes y después del 2006, encontrando transfusión completa en 31% vs 83% (p=0.003), con una mortalidad de 36.5% vs 17.4% (p= 0.008).

**Conclusión.** La reanimación hemostática oportuna y completa fue realizada en los pacientes con trauma penetrante severo (NISS>50) con una mortalidad menor comparado con sus controles históricos.

Estos datos muestran que la adecuada implementación de la reanimación hemostática se caracteriza por el tiempo y la calidad de los hemoderivados que se administran, disminuyendo la cantidad de cristaloideos administrados y mejorando los resultados en la institución.

## 01 - 080

### Predictores tempranos de filtración de anastomosis intestinales en pacientes traumatizados. Reporte de avances

Adolfo González, Jessica Capre, Sandra Patricia Molina, Sandra Milena Gutiérrez  
Universidad del Valle  
Santiago de Cali, Colombia  
sandrapmolina08@hotmail.com

**Introducción.** Filtración intestinal es una complicación grave asociada a alta morbimortalidad, aumento de estancia y costos hospitalarios, siendo mayor cuando se diagnostica de manera tardía. Incidencias hasta 30% y mortalidad hasta 18% por lo que se considera rele-

vante predecir qué pacientes presentan filtración manera temprana (primeros 3-4 días posoperatorio) para realizar manejo y disminuir complicaciones. Diferentes categorías de predictores de filtración como variables clínicas, bioquímicas e imagenológicas.

**Objetivo.** Identificar marcadores tempranos de filtración intestinal en pacientes traumatizados y evaluar la relación entre los predictores y la filtración intestinal.

**Material y método.** Diseño de estudio: Cohorte prospectiva. Definición de filtración: salida del contenido intestinal a través de herida quirúrgica o dren, fistulización hacia órganos vecinos o identificación de filtración en reintervención. Inclusión: edad >14 años con trauma abdominal, con anastomosis o sutura intestinal. Exclusión: Cirugía en otra institución, seguimiento incompleto. Se midieron variables fisiológicas al día 3 y 4, parámetros bioquímicos y seguimiento a 30 días

**Resultados.** Seguimiento de 33 meses, edad promedio 26 años, la mayoría hombres. Mecanismo de trauma principal: penetrante por proyectil arma de fuego. ATI>25 en 25%. Mayoría de anastomosis manuales. Dentro de las variables bioquímicas el porcentaje de bandas y la base exceso parámetros de mayor poder para predecir posible filtración

**Conclusión.** Se encontró dentro de las variables bioquímicas el porcentaje de bandas y la base exceso como parámetros de mayor poder para predecir una posible filtración, logrando sugerir de manera temprana los pacientes con filtraciones, teniendo un probable impacto en morbimortalidad

## PARED ABDOMINAL Y HERNIAS

### 01 - 002

#### Endometriosis de la pared abdominal: un estudio descriptivo de una serie de 21 casos

*Juliana Restrepo, Sebastián Tabares, Andrés Felipe Ortiz, Alejandro Vélez*  
Universidad Pontificia Bolivariana, Laboratorio y Ayudas Diagnósticas Dinámica – Hospital Pablo Tobón Uribe  
Medellín, Colombia  
julirpo85@gmail.com

**Introducción.** La endometriosis de la pared abdominal (EPA) se define como tejido endometrial superficial al peritoneo. Muchos casos de EPA se asocian con cirugías ginecobstétricas. Su diagnóstico es difícil y usualmente no sucede antes del resultado histopatológico.

**Objetivo.** Describir las características demográficas, morfológicas y clínicas de una serie de pacientes con diagnóstico histopatológico de EPA.

**Material y método.** Estudio descriptivo, retrospectivo donde se buscaron pacientes con diagnóstico histopatológico de EPA entre 2010 y 2014 en la base de datos de un centro de ayudas diagnósticas de Medellín. Se elaboró un formato de recolección y se aplicó en forma de entrevista telefónica.

**Resultados.** Se incluyeron 21 pacientes. Tres (14.3%) pacientes no tenían ningún antecedente quirúrgico asociado y 18 (85.7%) tenían la lesión sobre una cicatriz quirúrgica previa. La prevalencia de dolor fue 95.2% y este era de características cíclicas

en 18 (85.7%). La sensación de masa se reportó en 19 (90.5%). La mediana del tiempo desde la aparición de la lesión hasta el diagnóstico fue 24 meses (RIQ6-60). Sólo cuatro (19.0%) pacientes tenían diagnóstico prequirúrgico de EPA. El tratamiento fue quirúrgico en todas las pacientes y ocho (38.1%) presentaron recidiva.

**Conclusión.** La EPA es uno de los diagnósticos a considerar en mujeres con masas en la pared abdominal. Es una enfermedad que tiene retrasos importantes en el diagnóstico. El diagnóstico es clínico y se hace en pacientes que tienen masas dolorosas, usualmente en cicatrices de cirugías ginecobstétricas previas. Es importante hacer un diagnóstico temprano porque son lesiones muy incapacitantes.

### 01 - 010

#### Eventrorrafia por laparoscopia: experiencia en el Hospital Infantil Universitario de San José: Enero 2013 a mayo 2015

*Juan Pablo Ruiz, Andrea Betancourt, Juan Carlos Ayala, Edisson Alberto Acuña Roa*  
Hospital Infantil Universitario De San José  
Bogota D.C., Colombia  
edisson7785@hotmail.com

**Introducción.** El advenimiento de la cirugía laparoscópica en la corrección de eventraciones, así como en otras patologías de cirugía general ha traído consigo ventajas importantes en relación a la disminución en el índice de complicaciones, la menor estancia hospitalaria y mejores resultados postoperatorios. Con el presente trabajo se pretende corroborar dichas ventajas, basados en un seguimiento retrospectivo realizado durante 18 meses en el Hospital Infantil Universitario de San José (HIUSJ).

**Objetivo.** Comparar resultados de la reparación de eventraciones por laparoscopia en el HIUSJ en relación a reportes establecidos en la literatura actual.

**Material y método.** Estudio retrospectivo de pacientes con eventraciones a quienes se les realizó corrección por laparoscopia durante 18 meses en el HIUSJ.

**Resultados.** La experiencia en el HIUSJ confirma que la corrección de defectos ventrales por la técnica laparoscópica disminuye riesgos, complicaciones y estancia hospitalaria, tal como se ha demostrado en la literatura.

**Conclusión.** Con la introducción de la técnica laparoscópica para la corrección de defectos ventrales se ha demostrado que se ofrecen ventajas ostensibles tanto para el paciente como para el cirujano, así como se disminuyen complicaciones, En este trabajo se reproducen estos resultados, comparables con lo reportado en la literatura actual.

### 01 - 011

#### Reconstrucción de pared abdominal de hernia ventral compleja en Hospital Infantil Universitario de San José 2013 – 2015

*Juan Pablo Ruiz, Andrea del Pilar Betancourt, Orlando Alberto Velásquez, Carlos Felipe Gómez, Carlos Alberto Camachon, Juan Pablo Charry*

Hospital Infantil Universitario de San José  
Bogotá D.C., Colombia  
jpruiz80@hotmail.com

*Introducción.* Una eventración compleja es aquella donde el defecto de la pared abdominal es de gran tamaño, aquella crónicamente incarcerada, con pérdida de domicilio o cuando su tamaño es mayor a 12cm, es decir, catastrófica. Actualmente existen múltiples técnicas para el manejo de las hernias ventrales, siendo frecuente el uso de materiales protésicos o mallas, las cuales se alojan en diferentes espacios de la pared abdominal, así como se realiza amplio uso de los diferentes componentes musculares, favoreciendo la reducción en el número de recidivas. Evidenciamos también, gracias a los avances tecnológicos, un aumento en la corrección de defectos por vía laparoscópica.

*Objetivo.* Describir las diferentes técnicas de reconstrucción de pared abdominal, incluyendo ventajas, desventajas, riesgos y complicaciones de cada una de ellas, en hernias ventrales complejas y objetivar el uso de cada una dependiendo del tipo de paciente y características de la hernia.

*Material y método.* Pacientes con hernia ventral compleja llevados a reconstrucción de pared abdominal en el Hospital Infantil Universitario de San José

*Resultados.* En los pacientes con hernia ventral compleja, sin importar la técnica usada, se logró una adecuada reconstrucción de los defectos de pared abdominal.

*Discusión.* Debe ser la técnica de reconstrucción de pared abdominal ajustada estrictamente al tipo de paciente y a sus factores de riesgo para disminuir el número de complicaciones y recidivas.

*Conclusión.* El abordaje de cada paciente debe ser individualizado y debe aplicarse la técnica quirúrgica que garantice el mejor resultado, teniendo en cuenta los factores de riesgo del paciente.

## 01 - 012

### **Reconstrucción de pared abdominal con restitución intestinal, presentación de casos, Hospital San José, Hospital Infantil Universitario de San José**

*Maikel Pacheco, Juan Pablo Ruíz, Orlando Velásquez, Andrea Hernández*

Fundación universitaria de ciencias de la salud, Hospital Infantil universitario San José  
Bogotá D.C., Colombia  
maikel70@hotmail.com

*Introducción.* La reconstrucción de pared abdominal es un procedimiento que ha sido ampliamente replanteado en los últimos años, entendiendo de forma más adecuada la anatomía y la fisiología de la pared abdominal. Actualmente mediante técnicas de reconstrucción por componentes se ha logrado obtener mejores resultados sobre recidiva y complicaciones posoperatorias. Se consideró originalmente que no era conveniente la realización de dicho procedimiento en pacientes con fistulas intestinales u ostomías por el riesgo de infección asociado a la utilización de materiales protésicos (mallas). Se ha replanteado este paradigma considerando que el riesgo de

complicaciones asociadas a infecciones del material protésico no supera el riesgo en comparación a dos procedimientos quirúrgicos separados.

*Material y método.* Mediante revisión de historias clínicas y documentación fotográfica del procedimiento quirúrgico mas seguimiento, se obtiene la información de pacientes con fistulas intestinales complejas asociadas a eventraciones, en los cuales se realizó el procedimiento planteado.

*Resultados.* Se realizó de forma exitosa reconstrucción de pared abdominal por componentes con colocación de malla *onlay* y *underlay* más restitución intestinal en un paciente cuya evolución posoperatoria fue satisfactoria, sin evidencia de recidiva de fistula intestinal ni eventración.

*Conclusión.* La reconstrucción de pared abdominal más restitución intestinal es un procedimiento que aporta al paciente la corrección de las fistulas intestinales y el adecuado funcionamiento de la pared abdominal en un único procedimiento definitivo.

## 01 - 013

### **Herniorrafia inguinal por laparoscopia: experiencia en Hospital Infantil Universitario de San José 2010-2015**

*Andrea Betancourt, Maikel Pacheco, Orlando Velásquez, Juan Carlos Ayala, Juan Pablo Ruíz, Julián Beltrán, Sebastián Carvajal*  
Hospital Infantil Universitario de San José  
Bogotá D. C., Colombia

*Introducción.* Hernia inguinal se define como la protrusión del contenido de la cavidad abdominal o grasa preperitoneal a través de un defecto de la pared abdominal en la región inguinal. Con la introducción de la laparoscopia se propusieron dos métodos para la corrección de las mismas, estos son extraperitoneales TAPP, que ingresa a la cavidad abdominal (Transabdominal preperitoneal) ETEP y totalmente extraperitoneal o TEP.

*Objetivo.* Durante los últimos 5 años se incluyó el abordaje laparoscópico para la corrección de la hernia inguinal, sin conocer las características demográficas poblacionales, la adherencia a las guías con las indicaciones específicas y los resultados, por lo cual consideramos necesario la revisión retrospectiva de los casos en busca de dichas variables, incluyendo información preoperatoria, intraoperatoria y posoperatoria.

*Material y método.* Estudio observacional descriptivo retrospectivo con diseño de corte transversal. Población: Pacientes sometidos al procedimiento periodo de enero 2010 a mayo de 2015.

*Resultados.* Los pacientes que fueron sometidos a este procedimiento, evidenciando disminución de dolor posoperatorio y reingreso por complicaciones, además de aportar mejor visualización de la anatomía del canal inguinal.

*Conclusión.* La herniorrafia inguinal por laparoscopia ofrece ventajas tanto para el paciente como para el cirujano: manejo de dolor, recidiva, técnica y visualización de estructuras anatómicas, así como el entendimiento de la complejidad que comprende el canal inguinal.

**01 - 014****Reconstrucción de la pared abdominal técnica TAR (transversus abdominis release) en Hospital Infantil Universitario de San José 2014 – 2015**

Juan Pablo Ruíz, Luis Gabriel González, Andrea del Pilar Betancourt Arias, Holger Arley Cortés, Juan Pablo Charry  
Hospital Infantil Universitario de San José  
Bogotá D.C., Colombia  
jp Ruiz80@hotmail.com

**Introducción.** La separación de componentes es una técnica quirúrgica empleada para reconstrucción de la pared abdominal, contando en la actualidad con dos variantes, separación anterior y posterior. En la separación de componentes posteriores, en este caso la técnica TAR, permite generar un espacio retrorectal donde se aloja la malla para la corrección de los defectos de pared abdominal. Para una adecuada aplicación de ésta técnica quirúrgica es imprescindible un óptimo conocimiento de la anatomía de la pared abdominal.

**Objetivo.** Presentar la experiencia adquirida en el Hospital Infantil Universitario de San José en reconstrucción de pared abdominal tipo TAR mediante una serie de casos de pacientes con hernias ventrales complejas manejados con esta técnica.

**Material y método.** Pacientes atendidos con hernia ventral compleja sometidos a reconstrucción de pared abdominal en el Hospital Infantil Universitario de San José.

**Material y método.** Mediante revisión de historias clínicas, se obtuvieron datos clínicos, radiológicos y desenlaces de cinco casos clínicos de pacientes con hernias ventrales complejas en los cuales se realizó reconstrucción de pared abdominal con separación de componentes mediante técnica TAR en el Hospital Infantil Universitario de San José.

**Resultados.** En los 18 pacientes intervenidos con técnica de separación de componentes posteriores se logró adecuada reconstrucción de pared abdominal

**Conclusión.** Un adecuado uso de la técnica de separación de componentes posteriores favorece la disminución de recidivas de hernias ventrales.

**01 - 015****Experiencia de neumoperitoneo preoperatorio progresivo en paciente con eventración y pérdida de domicilio en el Hospital Infantil Universitario de San José**

Juan Pablo Ruíz, Andrea del Pilar Betancourt, Luis Gabriel González, Carlos Andrés Camacho, Iván Mariño, Juan Pablo Charry  
Hospital Infantil Universitario de San José  
Bogotá D.C., Colombia  
jp Ruiz80@hotmail.com

**Introducción.** Las hernias ventrales pueden corregirse con múltiples técnicas quirúrgicas y en eventraciones gigantes puede generarse aumento de la presión intraabdominal y riesgo de síndrome compartimental, por lo que se propone el neumoperitoneo preoperatorio progresivo como alternativa importante en la preparación. Esta técnica es actualmente aplicada en pacientes con pérdida de domicilio,

(50% del contenido intestinal fuera de la cavidad abdominal). Se utiliza el índice tomográfico, el cual mide la relación del volumen del saco herniario con el volumen de la cavidad abdominal, que en pérdida de domicilio debe ser mayor a 0.5.

**Objetivo.** Presentar la experiencia en el Hospital Infantil Universitario San José en reconstrucción de pared abdominal de 4 pacientes a quienes se realizó preparación preoperatoria con neumoperitoneo progresivo.

**Material y método.** Pacientes con pérdida de domicilio, se realiza inserción guiada por imágenes de catéter a la cavidad abdominal, para posterior insuflación de aire gradual, a 10 cc de aire por kilogramo de peso del paciente durante 7-12 días. Realización de tomografía de abdomen de control para valorar la disminución del índice tomográfico. Una vez disminuye índice tomográfico, se reconstruye la pared abdominal.

**Resultados.** Cuatro pacientes con eventraciones complejas que recibieron terapia de neumoperitoneo preoperatorio progresivo, llevados a reconstrucción de pared abdominal sin complicaciones postoperatorias.

**Discusión.** El neumoperitoneo preoperatorio progresivo es una estrategia adecuada para manejo de pacientes con hernia ventral compleja.

**Conclusión.** La terapia con neumoperitoneo preoperatorio progresivo es eficaz para disminuir complicaciones posoperatorias en pacientes con eventraciones complejas.

**01 - 051****Curva de aprendizaje en las hernias por laparoscopia**

Héctor René Hazbón, David Felipe López  
Universidad Nacional de Colombia  
Bogotá D.C., Colombia  
dafla0321@gmail.com

**Introducción.** La hernia inguinal es una patología frecuente con la que se enfrenta el cirujano general, la cual se puede corregir quirúrgicamente por múltiples técnicas. Con el advenimiento de la laparoscopia el cirujano general debe conocer la existencia de éste procedimiento por dicho método, así como sus indicaciones y ventajas sobre el abordaje abierto. El presente estudio trata de valorar si la curva de aprendizaje influye en el mejor ejercicio de ésta técnica endoscópica.

**Objetivo.** Definir cuantas herniorrafias inguinales por laparoscopia se deben realizar bajo enseñanza formal para completar la curva de aprendizaje

**Material y método.** Se realizó un estudio descriptivo en el cual se evaluaron las primeras 160 herniorrafias por laparoscopia por técnica TAPP en un cirujano general en pacientes que habían sido referidos a 3 centros asistenciales con diagnóstico de hernia inguinal (unilateral, bilateral, recidivante o encarcelada). Dividiendo el total de pacientes en cuatro grupos de manera cronológica, cada grupo con un total de 40 pacientes, se midieron tiempos quirúrgicos, complicaciones y se evaluó si el tiempo y la experiencia transcurrido influye en un mejor ejercicio en ésta técnica.

**Resultados.** Los tiempos quirúrgicos en cada grupo fueron entre 30-160 minutos (grupo 1), 30-120 minutos (grupo 2), 30-100 minutos (grupo 3) y 20-120 minutos (grupo 4). Con promedios en tiempos de 65.6, 59, 42.5 y 40.8 minutos respectivamente. Pero cuando se

promedian los tiempos quirúrgicos de los pacientes con hernia unilateral no recidivante los resultados fueron de 63.2, 56, 34.3 y 31.2 para cada grupo del estudio.

En cuanto a las complicaciones se presentaron seromas en 1 paciente de cada uno de los grupos, sangrado en 2 pacientes de cada grupo excepto en el grupo 3 donde no hubo esta complicación y la conversión se realizó en 1 paciente de cada grupo excepto del grupo 3 donde se realizó en 2 pacientes.

**Conclusión.** El entrenamiento formal ayuda a evitar que en la curva de aprendizaje se aumente la morbilidad en los primeros casos. El aumento del número de casos realizados por el cirujano ayuda a disminuir el tiempo quirúrgico. Si consideramos que un tiempo promedio de 30 minutos es adecuado para corregir un defecto inguinal con prótesis, en la experiencia presentada el número de casos necesarios es de 80 globalmente entre casos sencillos y complicados o de 40 casos de defectos sencillos no reproducidos.

#### 01-054

### **Serie de 20 casos de corrección de hernias ventrales complejas en un año de seguimiento**

*Mauricio Zuluaga, Boris Sánchez, Ivo Siljic*  
Universidad del Valle, Hospital Universitario del Valle  
Cali, Colombia  
borsaz@gmail.com, mauriciozuluagaz@yahoo.es,

**Introducción.** La hernia ventral compleja secundaria al manejo de paciente con abdomen abierto es una complicación que limita la rehabilitación y calidad de vida de los pacientes manejados con esta técnica, ya sea por traumatismos o patología médica. Para la corrección de defectos herniarios gigante se han diseñado múltiples técnicas quirúrgicas, todas con riesgos moderados o altos de recurrencia. La técnica de separación de componente presenta un número menor de morbimortalidad comparada con otras técnicas quirúrgicas utilizadas.

**Material y métodos.** Se realizó seguimiento de pacientes manejados en el Hospital Universitario del Valle desde 15 enero de 2014 a mayo 15 de 2015, realizando en este periodo corrección de eventración con técnica de separación de componentes anterior en 20 pacientes.

**Resultados.** Se encontró que la técnica de separación de componentes anterior a un año de seguimiento presentó una tasa de hospitalización menor a 5 días, no se presentaron complicaciones mayores ni recurrencias a un año de seguimiento en los 20 pacientes.

**Conclusión.** La técnica de separación de componentes es una técnica segura, de baja morbilidad y complicaciones, para el manejo de hernias ventrales complejas.

## **INFECCIONES**

#### 01 - 017

### **Importancia del cultivo en la apendicitis aguda. Una revisión de la microbiología en la era laparoscópica**

*Uriel Ovidio Cardona, Ivo Siljic, Juan Carlos Valencia, Mauricio Zuluaga*

Clínica SaludCoop Cali y Clínica Farallones de Cali  
Cali, Colombia  
urielcardona24@yahoo.com

**Introducción.** El manejo antibiótico de la apendicitis complicada con peritonitis está basado en esquemas empíricos con pocos estudios basados en cultivos tomados durante la cirugía.

**Objetivo.** Revisar la microbiología de la apendicitis aguda con peritonitis y sus implicaciones para el manejo antibiótico en nuestra región.

**Material y método.** Se presentan los resultados de los cultivos tomados de la fosa iliaca derecha de 80 pacientes con apendicitis supurada y perforada manejado mediante apendicectomía laparoscópica en un periodo de 2 años.

**Resultados.** El germen que se aisló con más frecuencia fue *E.coli* seguida de *pseudomona*. La sensibilidad a Ampicilina Sulbactam fue solo del 22%, se encontró sensibilidad intermedia en el 31%, resistencia en el 38% y se aisló un 9% de cepas resistentes a Piperacilina Tazobactam. Se diferenció una forma perforada y no perforada llamando la atención que en la forma perforada el 90% de los cultivos fueron positivos y solo el 10% fueron negativos mientras que en la no perforada las 2/3 partes de los cultivos fueron negativos.

**Conclusión.** Este estudio permite conocer la microbiología de la apendicitis complicada en nuestra región y puede orientar el manejo antibiótico en el periodo posoperatorio. Al momento de su realización no conocemos otro estudio similar en la era laparoscópica del manejo de la apendicitis complicada.

#### 01 - 053

### **Etiología microbiana y sensibilidad antibiótica en pacientes con patología biliar grave que fueron llevados a cirugía, en el Hospital Universitario San José de Popayán entre el 2013 y 2015**

*Juan David Acosta, Jesús Díaz, Ángela Merchán, Jenith Lagos*  
Universidad del Cauca, Hospital San José  
Popayán, Colombia  
jd-acosta@hotmail.com

**Introducción.** En Colombia se calcula que alrededor de 20% de los casos de hospitalización por enfermedad litiasica biliar tienen colecistitis aguda. Es bien sabido que el uso inapropiado de antibióticos ha conllevado al incremento de las cifras de resistencia bacteriana, lo cual es actualmente un problema de salud pública creciente que se asocia con un aumento en la morbimortalidad de los pacientes que además repercute en la economía del paciente y el sistema de salud.

**Objetivo.** Determinar los agentes infecciosos causantes de colangitis aguda y su sensibilidad antibiótica.

**Material y método.** Estudio de tipo descriptivo y de corte transversal en pacientes mayores de 18 años con patología biliar grave, colecistitis grave y/o colangitis aguda a quienes se les tomó muestra de bilis y/o hemocultivos.

**Resultados.** Total de 110 pacientes a quienes se les tomó muestra de bilis / hemocultivo. La bacteria más frecuentemente aislada fue *Escherichia coli* en (51.4%), en segundo lugar *Klebsiella pneumoniae* (25.7%) seguidas de *Enterobacter* (11.4%) y *Pseudomona aeruginosa* (2.8%).

La resistencia a los antimicrobianos de estas bacterias fue variable, encontrando bacterias que mostraron resistencia a múltiples antibióticos en un pequeño porcentaje y bacterias multisensibles en la mayoría de los casos.

*Conclusión.* Un inadecuado esquema de antibiótico, conlleva el riesgo de desencadenar un proceso séptico y caso extremo un brote de infección intrahospitalaria.

Es necesario conocer género, perfil de sensibilidad y resistencia a los antimicrobianos, para que exista una base epidemiológica local y así instaurar un tratamiento temprano y oportuno dirigido.

## 01 - 065

### **Mastitis granulomatosa: presentación clínica, formas de tratamiento y desenlaces durante 5 años en una cohorte colombiana**

*Carolina Restrepo, Sergio Cervera, Lilian Torregrosa*  
Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana Bogotá D.C., Colombia  
crestrepo@husi.org.co

*Introducción.* La mastitis granulomatosa idiopática es una patología inflamatoria benigna del seno, infrecuente y de etiología desconocida. Se presenta usualmente como una masa mamaria con absceso o fístula, en ocasiones simulando un carcinoma inflamatorio. Requiere alta sospecha clínica y confirmación histopatológica para el diagnóstico, con la presencia de granulomas no caseosos, abscesos e inflamación lobulillar crónica con células plasmáticas, gigantes y epiteloides. Tratamientos propuestos incluyen seguimiento clínico, antibióticos, corticoides y cirugía según la respuesta.

*Objetivo.* Caracterizar la población con diagnóstico clínico e histopatológico de mastitis granulomatosa durante cinco años en un hospital universitario, centro de remisión en patología mamaria.

*Material y método.* Estudio retrospectivo, descriptivo con revisión de los registros de historia clínica de pacientes con diagnóstico de mastitis granulomatosa del 2011 al 2015 en el Hospital Universitario San Ignacio.

*Resultados.* Se analizó una cohorte significativa de pacientes en quienes la confirmación histopatológica constituyó la base del diagnóstico en el 100%; las pacientes en su totalidad recibieron uno de tres esquemas de tratamiento: corticoides, antibióticos o cirugía y el 100% requirió drenaje quirúrgico o guiado por ecografía en algún momento de su enfermedad; usualmente la manifestación inicial fue la de absceso tratado por cirugía general.

*Conclusión.* La mastitis granulomatosa idiopática aunque infrecuente, es un motivo de consulta común en urgencias de cirugía general, que requiere para el apropiado diagnóstico y tratamiento una alta sospecha clínica. La confirmación histopatológica es necesaria para orientar las estrategias de tratamiento descritas en el mundo y que van desde el seguimiento, el manejo médico y la cirugía.

## **NUTRICIÓN**

### 01 - 007

### **Manejo del síndrome de intestino corto en el hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín**

*Carlos Ernesto Guzmán, Salin Pereira Warr, Álvaro Mena, Sergio Iván Hoyos, Sandra Milena Álzate*  
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, las cirugías reconstructivas intestinales 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 57 pacientes, desde diciembre de 2005 hasta el 1 de mayo de 2015.

*Resultados.* En 52 pacientes se logró la resolución completa de su desnutrición y 5 están en el proceso; en 25 se logró una rehabilitación intestinal (la mayoría con cirugía reconstructiva intestinal) y el posterior desmonte completo de la NPT; 9 requirieron trasplante de intestino, uno un trasplante multivisceral estándar, uno un trasplante de hígado con intestino en bloque, 1 está en proceso para trasplante de intestino, 5 están en proceso de rehabilitación intestinal y 5 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 - 008

### **Nutrición parenteral total ciclada ambulatoria: Experiencia en el Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín**

*Carlos Ernesto Guzmán, Salin Pereira Warr, Álvaro Mena, Sergio Iván Hoyos, Sandra Milena Álzate*  
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 61 pacientes, desde diciembre de 2005 hasta el 1 de mayo de 2015.

*Resultados.* En 45 pacientes ya se logró la resolución completa de su desnutrición; en 38 se logró una recuperación nutricional completa que permitió ser llevado en forma segura a cirugía y el posterior desmonte completo de la NPT al irse rehabilitando; 8 requirieron trasplante de intestino y 4 multiviscerales, 2 se vienen manejando en forma definitiva con NPT ciclada ambulatoria, 4 están en proceso

para trasplante de intestino y 8 están en proceso de rehabilitación intestinal. Sus complicaciones más frecuentes han sido: infecciones del acceso venoso central (50%), bacteremia (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 abdomenes hostiles a los que muchas veces la desnutrición favorece la filtración de las anastomosis intestinales y las laceraciones accidentales ocasionadas durante las cirugías.

01-009

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

*Carlos Ernesto Guzmán Luna, Salin Pereira Warr, Alvaro Mena Hurtado, Sergio Iván Hoyos Duque, Sandra Milena Alzate Jaramillo*  
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 61 pacientes, desde diciembre de 2005 hasta el 1 de mayo de 2015.

*Resultados.* En 38 pacientes se logró una recuperación nutricional completa que permitió ser llevado en forma segura a cirugía y el posterior desmonte completo de la NPT al irse rehabilitando; 8 requirieron trasplante de intestino y 4 multiviscerales, 5 se vienen manejando en forma definitiva con NPT ciclada ambulatoria, 1 están en proceso para trasplante de intestino y 5 están en proceso de rehabilitación intestinal. 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 bacteremia, que se han reducido mejorando las medidas de asepsia al manipular las vías y conectores de los mismos, y con el cambio diario de los equipos de bombas de infusión de la NPT y los líquidos endovenosos.

*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 - 006

### **Descripción de un modelo de formación dirigido a residentes de primer año de Cirugía General**

*Héctor René Hazbón*  
Fundación CLEMI, Universidad Nacional de Colombia

Universidad Nacional de Colombia - CLEMI  
Bogotá D.C., Colombia  
hrhazbonn@unal.edu.co

*Introducción.* La cirugía mínimamente invasiva ha revolucionado la forma de realizar ciertos procedimientos quirúrgicos en medicina. No obstante, este tipo de técnicas plantean nuevos retos para los cirujanos que desean implementarlas, entre ellos la necesidad de un adecuado entrenamiento.

*Objetivo.* Describir el modelo de formación en laparoscopia para el residente de primer año de cirugía general.

*Material y método.* Estudio longitudinal con cohorte de residentes de cirugía general sin experiencia previa en mínima invasión. Se les aplicó el modelo de formación donde se evaluaron al inicio y al final sus habilidades para la realización de ejercicios básicos de coordinación, profundidad, precisión, corte y sutura en un simulador mecánico teniendo como referencia la medición realizada a un experto.

*Resultados.* Tomando uno de los ejercicios como parámetro, se encontró una mejoría en el tiempo equivalente al 15 % comparando la toma inicial con la final, evidenciando una disminución en la generación de 24 a 0 errores respectivamente, sin superar el tiempo final del experto. En la habilidad para la realización de un nudo simple, el 20 % estuvo cerca al tiempo de referencia obtenido por el experto.

*Conclusión.* Se evidencia un incremento en la habilidad para realizar los ejercicios con disminución de errores. En destrezas más exigentes como la realización de un nudo simple se requiere mayor tiempo de entrenamiento al empleado en este trabajo. Se hace necesario dar continuidad al entrenamiento durante los siguientes años de residencia y así optimizar el proceso de formación.

01 - 062

### **Evaluación de competencias quirúrgicas en residentes de Cirugía General mediante el uso de Smartphone**

*Sergio Cervera, Lilian Torregrosa, Alfonso Carlos Márquez*  
Hospital Universitario San Ignacio  
Bogotá D.C., Colombia  
alcamarus23@hotmail.com

*Introducción.* Durante el proceso de formación de residentes en los programas quirúrgicos, es necesario evaluar las competencias en habilidades técnicas, conocimiento científico, comunicación con el paciente y liderazgo en la sala de cirugía, pero debido a la subjetividad para su calificación por el tiempo, olvido y falta de seguimiento estricto durante la formación, es difícil evaluarlo de forma objetiva.

Surge entonces desde los últimos años, con el auge mundial de los dispositivos electrónicos, el uso de los Smartphones como una herramienta de uso diario, el cual también se convierte en una alternativa útil para uso educativo.

*Objetivo.* Evaluar de forma objetiva y en tiempo real las diferentes competencias del residente de cirugía general durante un procedimiento quirúrgico y el acto peri operatorio con uso del Smartphone.

*Material y método.* Se diseñó una aplicación con Google docs. para usar en Smartphone evaluando los resultados en los primeros seis meses desde su uso, que contienen las siguientes variables:

- Identificación del residente
- Año de residencia
- fecha del procedimiento
- tipo de procedimiento quirúrgico
- nivel de intervención (cirujano – ayudante)
- Información de las competencias evaluadas, que incluyen: valores profesionales, competencias clínico-quirúrgicas, fundamentación científica y comunicación

*Resultados.* Al utilizar el Smartphone como método evaluativo en tiempo real, se logró una mayor adherencia por parte del docente para la evaluación del residente de acuerdo al procedimiento quirúrgico y su nivel de competencia, logrando una mayor objetividad en la evaluación integral, de los residentes del programa de Cirugía General del Hospital San Ignacio.

#### 01 - 073

### **Trasplante HLA idéntico con donante vivo y cadavérico, experiencia de 20 años en la Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia**

*Juan Carlos Gómez, Luis A. Caicedo, Gabriel J. Echeverri, Eliana Manzi, Jorge Villegas, Oscar J. Serrano, Liliana Mesa, Johanna Schweineberg, Carlos Durán, Juan G. Posada, Mauricio Duque, Ana M. Aristizabal*  
Fundación Valle del Lili  
Cali, Colombia  
gjecheverri@hotmail.com

*Introducción.* El trasplante renal es el tratamiento de elección para la enfermedad terminal renal. El primer trasplante fue realizado en 1954 por el Dr. Murray; la Fundación Valle del Lili se realizó el primer trasplante renal en el año 1995 y desde entonces se han llevado a cabo 1463 trasplantes. En la práctica clínica postrasplante, rechazo del injerto es elevado y en este ámbito, es bien conocido que en el trasplante renal con HLA idénticos tiene una incidencia mucho menor de episodios de rechazo agudo y mejor sobrevida

del injerto comparado con los receptores HLA no idénticos. Sin embargo, sólo una minoría de los trasplantes renales son hechos en entre HLA idénticos, por lo cual pocos estudios son llevados a cabo en este tipo de pacientes.

*Objetivo.* Describir la experiencia de los trasplantes renales HLA idéntico de donante vivo y cadavérico que se han realizado en la Fundación Valle del Lili desde 1995 hasta 2014.

*Material y método.* De los 1463 trasplantes renales realizados se identificaron aquellos HLA idénticos donante vivo y cadavérico, analizándose el aspecto sociodemográfico, inmunosupresión, función del injerto, rechazos agudos, complicaciones y tasas sobrevida del injerto y paciente. Se realizó análisis de sobrevida del paciente y del injerto con curva de Kaplan Meier, usándose el software estadístico Stata versión 12.0 para el análisis.

*Resultados.* Un total de 27 trasplantes renales HLA idénticos (23 donante vivo y 4 donante cadavérico) fueron realizados, 55.2% fueron hombres, 68.9% afrocolombianos; en 34.4% la etiología fue desconocida, 37.9% se realizó biopsias post-trasplante y un 10.3% tuvieron algún episodio de rechazo agudo. El promedio de creatinina pretrasplante fue de 9.00 mg/dl ( $\pm$ DE 4.8), en el seguimiento a los 6 meses el promedio fue de 1.3 mg/dl ( $\pm$ DE 0.3) y en el control anual, el promedio de creatinina fue 1.3 mg/dl ( $\pm$ DE 0.3). La sobrevida del injerto a 5 años fue de 89.4%, a los 10 años de 71.5% y a los 15 años del 71.5%. La sobrevida del paciente a los 5 años fue de 92.8%, a los 10 años de 83.6% y a los 15 años del 83.6%. Las causas de pérdida del injerto fueron: dos pacientes por nefropatía crónica del injerto, dos por muerte asociada a malignidad e infección y uno por necrosis isquémica aguda del injerto.

*Conclusión.* Los receptores HLA idénticos poseen prolongada supervivencia del injerto con complicaciones postrasplante mínimos y con favorables tasas de función renal que se mantiene en el tiempo, siendo favorables y comparables con los reportados a nivel mundial, además, constituye la primera experiencia en Colombia de trasplante renal HLA idéntico tanto en donante vivo como en donante cadavérico.



# CASOS CLÍNICOS

## CABEZA Y CUELLO

02 - 047

### Síndrome de Fahr una complicación rara de tiroidectomía total

Walter Andrés Puello, Asdrúbal Miranda, Carlos Navarro, Luis Gerardo Villota

Universidad de Cartagena  
Cartagena de Indias, Colombia  
walterpuello@yahoo.com.ar

**Introducción.** El síndrome de Fahr se caracteriza por calcificaciones bilaterales y simétricas, en los núcleos de la base o en otras áreas cerebrales asociadas a trastornos neurológicos. Afecta por igual a ambos sexos y se presenta más frecuentemente hacia la edad media. Se caracteriza clínicamente por alteración del tono muscular y de la regulación de los movimientos voluntarios y automáticos. Los síntomas neuropsiquiátricos pueden ser la manifestación más frecuente. Se pueden presentar diversos tipos de convulsiones.

**Objetivo.** Describir una patología poco frecuente pero potencialmente mortal y revisar la literatura científica.

**Material y método.** Paciente femenina de 87 años quien consulta por presentar cuadro clínico de aproximadamente 1 día de evolución consistente en alteración del estado de consciencia, somnolencia, desorientada y deterioro neurológico deciden trasladar a unidad de cuidados intensivo de igual forma se observa hipocalcemia, hiperfosfatemia, hipoparatiroidismo y calcificaciones en ganglios de la base. Antecedente de tiroidectomía total hace 40 años. Se revisa literatura.

**Resultados.** Paciente se le realiza diagnóstico de síndrome de Fahr y es manejada medicamente con respuesta favorable.

**Conclusión.** Las calcificaciones cerebrales simétricas hacen parte de un espectro clínico que incluye múltiples etiologías como las relacionadas a alteraciones metabólicas, toxicidad por metales y entidades neurodegenerativas. Por lo que es de suma importancia establecer si las calcificaciones cerebrales bilaterales hacen parte de una entidad sistémica específica, o si por el contrario, se constituyen como una manifestación de una enfermedad neurodegenerativa primaria, como la enfermedad de Fahr, y en este caso asociada a tiroidectomía previa.

02- 060

### Tratamiento quirúrgico de estenosis traqueal postraqueostomía. Reporte de un caso

Carlos Remolina, Nelson Buelvas, Carlos Tamayo

Universidad del Sinú, Seccional Cartagena  
Cartagena, Colombia  
remolinamd@gmail.com

**Introducción.** Las estenosis traqueales postraqueostomía o post-intubación son complicaciones raras pero complejas, que fueron descritas por primera vez por MacEwen, en 1880. En el caso de las estenosis postraqueostomía, la causa está dada por una cicatrización anormal con formación excesiva de tejido de granulación. En el presente estudio mostramos la resolución definitiva de una estenosis postraqueostomía en un paciente de 24 años con antecedentes de trauma raquímedular y portador de traqueostomía desde hace 1 año mediante traqueoplastia con técnica de deslizamiento (*Slide*).

**Cvbnm.:** Determinar cuáles son los mejores métodos diagnósticos y de manejo para estenosis traqueales postraqueostomía, así como comparar nuestras conductas con las publicadas en la literatura.

**Material y método.** Se realizó recolección de datos de historia clínica, así como de imágenes diagnósticas, fibrobronoscopias previas y posteriores a la cirugía y de procedimiento quirúrgico. Además se realiza revisión bibliográfica exhaustiva en base de datos PubMed.

**Resultados.** Se llevó a cabo resección de segmento estenótico y anastomosis término-terminal de tráquea con técnica de deslizamiento (*Slide*). No hubo complicaciones postquirúrgicas y el paciente recobró la capacidad de la fonación. Se llevaron a cabo controles postquirúrgicos de fibrobronoscopia que evidenciaron la integridad de la vía aérea.

**Conclusión.** La traqueoplastia con técnica de deslizamiento (*Slide*) aumenta el diámetro de la tráquea y disminuye la resistencia al flujo de aire. Consideramos que se trata de un procedimiento seguro y efectivo que puede ser utilizado para la reconstrucción de tráquea, sobre todo en aquellos pacientes a los que se les resecan grandes segmentos estenóticos.

## TORAX

02 - 042

### Resección de tumor de pared torácica anterior y reconstrucción con sistema MATRIX®

Luis Gerardo Villota, Edgard Eduardo Gutiérrez, Eduardo Vega, Pedro Vides de la Cruz

Universidad De Cartagena  
Cartagena de Indias, Colombia  
lugevigo@gmail.com

**Introducción.** El carcinoma basocelular es un tumor epitelial maligno de localización cutánea más frecuente en el humano, puede presentarse en la región anterior del tórax. Su manejo es quirúrgico. No es frecuente que requiera una resección de áreas amplias para adecuados márgenes, pero cuando su

Evolución es de años ocasiona extensión e invasión a estructuras adyacentes obligando a realizar una cirugía extensa y reconstrucciones complejas.

**Objetivo.** Presentar el caso de un paciente de 70 años con diabetes mellitus e hipertensión con un tumor de piel de 10 años de evolución con manejo casero con ácido muriático.

**Material y método.** Estudio del caso, historia clínica, hallazgos, imágenes, histopatología, técnica y revisión de la literatura.

**Resultados.** Paciente con lesión dérmica que compromete un área de 12 x 12 cm e invade la tabla anterior del esternón.

Histológicamente tumor basoescamoso llevado a cirugía. Se reseca lesión precisándose remoción parcial del esternón, clavículas, arcos costales anteriores bilaterales del 2 al 4, con criterio de resección oncológica más reconstrucción de pared torácica con sistema Matrix® (barras de titanio), malla de polipropileno, y cubrimiento con colgajos de dorsal ancho, pectorales e injerto de piel.

**Conclusión.** La remoción quirúrgica de los tumores de piel es el manejo de elección, casos complejos de tumores de la pared torácica ameritan estudio y uso de recursos para restablecer la anatomía y fisiología de la caja torácica. Pacientes pueden requerir el uso de sistemas como MATRIX®. La evolución dependerá de las comorbilidades y la resección del tumor con adecuados márgenes.

02-058

### **Esternectomía total y reconstrucción de pared torácica para tratamiento de metástasis de esternón secundaria a cáncer de mama. Reporte de un caso**

*Carlos Remolina, Nelson Buelvas, Karla Gutiérrez, Luis Fernando Viaña*

Universidad Del Sinú, Seccional Cartagena  
Cartagena, Colombia  
nelson\_buelvasgomez@hotmail.com

**Introducción.** El tejido óseo es el principal sitio de metástasis en cáncer de mama, sin embargo, la metástasis única a esternón representa una entidad infrecuente, representando sólo del 1.9 al 2.4% de todas las metástasis por cáncer de mama. En el presente estudio mostramos nuestra experiencia con una paciente de 70 años, con historia previa de un adenocarcinoma mamario izquierdo con un hallazgo de metástasis ósea solitaria a nivel de esternón, a quien se le realizó esternectomía total y reconstrucción de la pared torácica con platinas. Dicho procedimiento se llevó a cabo en conjunto con los servicios de Cirugía Plástica y Cirugía de Mama.

**Objetivo.** Conocer los mejores métodos diagnósticos y de manejo para metástasis esternas de cáncer de mama, así como entender los métodos de reconstrucción de pared torácica desde el punto de vista de Cirugía de Tórax, de Cirugía Plástica y de Cirugía de Mama.

**Material y método.** Se realizó recolección de datos de historia clínica, así como de imágenes diagnósticas, y de procedimiento quirúrgico. Además se realiza revisión bibliográfica exhaustiva en base de datos PubMed.

**Resultados.** Se llevó a cabo esternectomía total y reconstrucción de reja costal con platinas de titanio, con colocación adicional de malla biológica (de porcino) y reconstrucción con colgajo músculo-cutáneo (en cílope) por parte de los servicios de Cirugía Plástica y Cirugía de Mama. La paciente presentó evolución satisfactoria en controles posquirúrgicos.

**Conclusión.** Consideramos la esternectomía un método seguro y eficaz para el manejo de metástasis esternas por cáncer de mama. Sugerimos que el procedimiento sea llevado a cabo desde un punto de vista multidisciplinario para garantizar el éxito del procedimiento así como una menor tasa de complicaciones.

02 - 095

### **Tienda pleural una cirugía eficaz para los neumotórax posteriores a resecciones pulmonares**

*Jessica Capre, Sandra Molina, Sandra Gutiérrez,*

*Gustavo Valderrama*

Universidad Del Valle

Cali, Colombia

jessicacapre@hotmail.com

**Introducción.** La tienda pleural es una cirugía poco común, realizada en pacientes cuyo pulmón posterior a resección de parénquima se dificulta su expansión y ocupación de caja torácica, además de presentar fugas que empeoran el cuadro.

**Objetivo:** Utilizar este método como manejo eficiente en paciente que es llevado a múltiples resecciones como los pacientes con sarcomas que reciben manejo con metastasectomías.

**Material y método.** Reporte de un caso de un paciente de género masculino de 18 años con diagnóstico de osteosarcoma, quien recibió manejo quirúrgico para esta patología con control de su primario. Dos años después cursa con metástasis pulmonares requiriendo metastasectomía en pulmón derecho (2) y pulmón izquierdo (una), se lleva a una tercera metastasectomía derecha con posterior espacio pleural no resuelto y tubo de tórax por más de dos semanas, con escasos cambios en tórax fisiológicos que se podrían explicar por antecedentes precios quirúrgicos, no desviación de mediastino.

**Resultados.** La tienda pleural es un procedimiento rápido, sencillo, que reduce de manera significativa tiempo de tubo de tórax, fugas y hospitalización en pacientes que reciben resecciones pulmonares.

**Conclusión.** Se debe considerar un manejo complementario en pacientes llevados a múltiples metastasectomías pulmonares como la realización de la tienda pleural.

## **VIAS BILIARES**

02 – 013

### **Quiste hepático asociado a fístula de conducto biliar aberrante**

*Alberto Roa, Natalia Andrea Rivera, Joon Wang, Danny Michel*

Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario, Hospital Occidente de Kennedy

Bogotá D.C. Colombia

andreita1509@gmail.com

**Introducción.** La comunicación entre quistes hepáticos y conductos intrahepáticos son una causa poco común de fístula biliar. Expondremos el caso clínico de una paciente llevada a cirugía laparoscópica para manejo de quiste hepático sintomático, con evidencia intraoperatoria y postoperatoria de fístula biliar por conducto hepático izquierdo accesorio, con manejo definitivo endoscópico y colocación de *stent*.

**Objetivo.** Identificar la presencia de fístula biliar posterior a resección de quistes hepáticos simples, frecuencia de presentación, diagnóstico y manejo actual.

**Material y método.** Reporte de caso y revisión de la literatura.

**Resultados:** Paciente femenina de 39 años con cuadro clínico de 4 años de evolución consistente en dolor abdominal y emesis sin otra asociación, con quistes hepáticos en seguimiento. Dado que la paciente persistía sintomática, se decide llevar a destechamiento por laparoscopia; con salida de bilis y colangiografía intraoperatoria con fuga del medio de contraste en segmento III hepático. Seguimiento posoperatorio con persistencia de fístula biliar, manejo endoscopio definitivo con CPRE (colangiografía retrógrada endoscópica), que diagnostica conducto hepático izquierdo accesorio en comunicación con el quiste, y colocación de *stent* biliar en el conducto hepático izquierdo.

**Conclusión.** La comunicación entre quistes hepáticos y conductos intrahepáticos son una causa poco común de fístula biliar, sin embargo está indicado el estudio de la vía biliar con hallazgo intraoperatorio de líquido de apariencia biliar durante la resección del quiste hepático simple; confirmando la integridad de la anatomía biliar y evitando complicaciones inherentes a una fístula biliar persistente. El manejo endoscopio de las fístulas biliares secundarias al manejo de colecciones intrahepáticas, representa un avance importante en el manejo de las enfermedades de la vía biliar, con un impacto significativo sobre la morbimortalidad.

## 02 - 029

### **Necrosectomía laparoscópica en pancreatitis aguda severa, reporte de caso y revisión de la literatura**

*Jorge Herrera, Guillermo Vallejo, Cecilia Manzano*  
Universidad del Cauca, Clínica la Estancia  
Popayán, Colombia  
saman7622@gmail.com

**Introducción.** La pancreatitis aguda severa, asociada a necrosis pancreática infectada, tiene una elevada mortalidad. En la mayoría de los casos, el tratamiento es quirúrgico, sin embargo, este se asocia a una alta morbilidad. El desarrollo de la cirugía mínimamente invasiva ha permitido incorporar la técnica laparoscópica al tratamiento de esta enfermedad.

**Objetivo.** Presentar un caso clínico de pancreatitis aguda severa y el manejo quirúrgico necrosectomía laparoscópica.

**Material y método.** Paciente femenina de 32 años quien se documenta pancreatitis aguda severa con requerimiento de intervención quirúrgica.

**Resultados.** Paciente remitida a la institución por cuadro clínico de 36 horas de evolución consistente inicialmente en múltiples episodios de emesis, posterior dolor tipo cólico intenso en hemiabdomen superior, tinte icterico y coluria. Se documenta un perfil hepático obstructivo y pancreatitis aguda severa, por lo que se realiza CPRE que reporta equimosis de segunda porción duodenal secundaria a pancreatitis aguda necrohemorrágica. La paciente ingresa a Unidad de cuidados intensivos con deterioro; clínico se realiza TAC abdominal que muestra pancreatitis aguda severa Balthazar C, índice de necrosis mayor al 50%, índice de severidad de 8. Se documenta infección de la necrosis y realiza necrosectomía laparoscópica, se

deja para lavado continuo, con evolución clínica satisfactoria; manejo posterior en hospitalización.

**Conclusión.** La necrosectomía laparoscópica es una alternativa válida y disponible en la institución, con resultados satisfactorios en cuanto a morbilidad, protección de la pared abdominal y mortalidad posoperatoria.

## 02 - 037

### **Complicaciones por litiasis biliar abandonada en cavidad abdominal luego de colecistectomía: presentación de caso clínico**

*Hernán Restrepo, Gabriel Arroyave, Jerónimo Toro, Natalia Flórez*  
Universidad Pontificia Bolivariana  
Medellín, Colombia  
jerotoro1@hotmail.com

**Introducción.** Desde hace varios años se ha establecido la colecistectomía laparoscópica como el abordaje de elección en casos de coledolitiasis que ameriten la extracción de la vesícula biliar y a medida que se realiza mayor número de procedimientos tienden a evidenciarse complicaciones relacionadas con la técnica quirúrgica empleada.

La litiasis biliar abandonada en cavidad abdominal luego de colecistectomía es una de las complicaciones menos reportadas en la literatura, sin embargo se ha descrito como causa de diversas complicaciones.

**Objetivo.** Reportar un caso clínico de un paciente con múltiples tratamientos para abscesos intraabdominales recurrentes en quien se evidenció la presencia de litiasis biliar como factor perpetuador de dichos procesos infecciosos, además se presentara una revisión de la literatura.

**Material y método.** Se extrajeron los datos de la historia clínica de un paciente previo consentimiento informado, analizando los datos clínicos y ayudas diagnósticas realizadas y descripción de los hallazgos y el enfoque inicial.

**Resultados.** Se realiza extracción de cuerpo extraño intraabdominal donde se documenta la presencia de litiasis de origen biliar. Posterior a la intervención se logró tratar el germen identificado en cultivos además de la extracción de la litiasis abandonada en cavidad abdominal.

**Conclusión.** La litiasis de origen biliar abandonada en la cavidad abdominal luego de colecistectomía laparoscópica puede ser el origen de procesos infecciones recurrentes y otras complicaciones, sin embargo, ante el poco reporte de esta complicación en informes quirúrgicos y la escasa frecuencia en su presentación es una etiología poco considerada en la práctica médica.

## 02 - 051

### **Manejo quirúrgico y percutáneo de la necrosis pancreática infectada. A propósito de un caso**

*María Del Mar Meza, Carlos Maximiliano Priarone, Liliana Sánchez*  
Universidad Del Cauca  
Popayán, Colombia  
mariadelmar1020@gmail.com

**Introducción.** La pancreatitis aguda es el tercer desorden gastrointestinal más común que requiere hospitalización en EEUU, con costos anuales que exceden los dos billones de dólares. La pancreatitis necrotizante está asociada con una tasa de muerte del 8-39%, desarrollada en aproximadamente el 20% de los pacientes.

La pancreatitis necrotizante con tejido infectado está asociado con una alta tasa de complicaciones y muerte. El tratamiento estándar es la necrosectomía abierta, pero el desenlace podría mejorar con un manejo mínimamente invasivo.

Como una alternativa a la necrosectomía abierta, las técnicas de mínima invasión, incluyendo el drenaje percutáneo, drenaje transgástrico endoscópico y la necrosectomía retroperitoneal mínimamente invasiva están siendo cada vez más usadas y constituyen el tan llamado *step up approach*.

**Objetivo.** Describir el manejo multidisciplinario de la pancreatitis necrotizante infectada, haciendo énfasis en el manejo percutáneo. Descripción de un caso clínico.

**Material y método.** Revisión de historia clínica, paraclínicos y manejo. Revisión de la literatura.

**Resultados.** Desenlace satisfactorio de un paciente con pancreatitis necrotizante infectada después de un manejo multidisciplinario, incluyendo el drenaje percutáneo.

**Conclusión.** El abordaje de la necrosis pancreática infectada utilizando técnicas mínimamente invasivas, es una alternativa segura y efectiva. Pueden asociarse varias técnicas, pero deben ser efectuadas por especialistas con experiencia.

## 02 - 055

### Colecistitis xantogranulomatosa

Natalia Flórez, Sergio Iván Hoyos, Juan Carlos Serna  
Universidad de Antioquia, Universidad Pontificia Bolivariana  
Medellín, Colombia  
juankar2687@hotmail.com

**Introducción.** La colecistitis xantogranulomatosa es una entidad benigna, de etiología desconocida y poco frecuente en la práctica médica.

Generalmente se presenta en mujeres adultas en el contexto de una colecistitis crónica y suele ser un hallazgo posoperatorio.

Dadas sus características clínicas y en estudios de imagen, la colecistitis xantogranulomatosa puede ser interpretada como neoplasia de la vesícula biliar requiriendo diagnóstico con resultado de patología luego de colecistectomía.

**Objetivo.** Describir aquellas diferencias sutiles entre las dos situaciones (colecistitis xantogranulomatosa – neoplasia) de modo que el manejo sea acertado e individualizado, teniendo en cuenta que ambos procesos pueden coexistir.

**Material y método.** Datos extraídos de la historia clínica del paciente previo consentimiento informado.

Se presenta el reporte de historia clínica, características demográficas e imaginológicas de pacientes cuyo reporte final en el estudio de patología evidenció colecistitis xantogranulomatosa en un centro hospitalario de alto nivel de complejidad en la ciudad de Medellín.

Así mismo, se realiza revisión del tema describiendo aspectos epidemiológicos, posibles entidades relacionadas, factores de riesgo y desenlaces reportados en la literatura.

**Resultados.** El comportamiento clínico de la colecistitis xantogranulomatosa es muy similar a las neoplasias de la vesícula biliar. Dadas las características imaginológicas, se torna indistinguible una entidad de la otra, por lo tanto, el diagnóstico es retrospectivo y se realiza con resultado de patología en el posoperatorio.

**Conclusión.** La colecistitis xantogranulomatosa es una entidad rara y no hay características clínicas ni en estudios complementarios que permitan diferenciarla de las neoplasias de la vesícula biliar.

## 02 - 057

### Obstrucción biliar extrahepática por áscaris lumbricoides: presentación de un caso y revisión de la literatura

David Baquero, Juan Carlos Arenas, Susana Rojas, Óscar Gomez  
Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario  
Hospital Universitario Mayor  
Bogotá, D.C., Colombia  
oscar\_andres18@hotmail.com

**Introducción.** La ascariasis, es la infestación parasitaria más común en los humanos, alcanzando prevalencia hasta del 25%. Puede generar múltiples presentaciones clínicas tanto intestinales como extraintestinales, siendo las patologías del árbol biliar unas de las más reconocidas. En casos de obstrucción biliar, su diagnóstico esta dado principalmente por ultrasonografía inicialmente y colangiografía magnética de forma confirmatoria. El tratamiento inicial recomendado se fundamenta en anti-helmínticos orales y seguimiento imaginológico, según el cual se define la pertinencia bien sea de un procedimiento endoscópico (CPRE) o quirúrgico en caso de ser necesario.

**Objetivo.** Reconocer la ascariasis como una enfermedad por infestación parasitaria altamente prevalente en nuestro medio, causante de patologías extraintestinales como la obstrucción del árbol biliar, susceptible de manejo no quirúrgico de forma inicial y que requiere un seguimiento imaginológico, con miras a definir procedimientos endoscópicos o quirúrgicos.

**Material y método.** Reporte de un caso y revisión de la literatura.

**Resultados.** Se presenta caso clínico de una paciente con dolor abdominal, ictericia, náuseas y emesis, con paraclínicos iniciales con perfil hepático obstructivo y hallazgo ecográfico de imagen sugestiva de ascari biliar, la cual se confirma con colangiografía magnética. Se inicia terapia anti-helmíntica oral y posterior colangiografía magnética con resolución de la obstrucción y sin presencia del parásito en la vía biliar. Se revisa la literatura mundial encontrando múltiples reportes de casos, con manejo similar de la obstrucción biliar secundaria a parásitos.

**Conclusión.** La ascariasis como causa de obstrucción del árbol biliar es una entidad que ha disminuido en incidencia en nuestra población pero continúa siendo un diagnóstico diferencial importante. Dado sus consideraciones especiales en diagnóstico, y manejo es importante sospecharla y estudiarla de forma adecuada evitando procedimientos terapéuticos adicionales que puedan incrementar la morbi-mortalidad en nuestros pacientes.

## 02 - 073

### Manejo de la lesión de la vena hepática media durante una colecistectomía laparoscópica, reporte de un caso y revisión de la literatura

Jorge Andrés Castro, Manuel Cadena, María Elena Velásquez  
Fundación Santa Fe De Bogotá  
Bogotá, Colombia  
andr\_castro@hotmail.com

**Hipótesis.** La hemorragia es una de las complicaciones que se puede presentar durante una colecistectomía laparoscópica, la mayoría se presenta en el lecho de la vesícula biliar. El mayor énfasis de la literatura se hace en la lesión de la vía biliar, sin embargo, el sangrado puede condicionar morbilidad e incluso mortalidad de estos pacientes.

**Materiales y métodos.** Paciente masculino de 52 años llevado electivamente a colecistectomía por laparoscopia. Tuvo hemorragia del lecho vesicular asociada a la lesión de una rama de la vena hepática media.

**Resultados.** Paciente requiere conversión a cirugía abierta para control de la hemorragia mediante la peritonización del lecho vesicular. La evolución es satisfactoria.

**Conclusiones.** El sangrado incontrolable durante la colecistectomía por vía laparoscópica se presenta en 0,1% al 1,9% de todos los casos. En aproximadamente el 85% de estos pacientes el origen de la hemorragia se da en el lecho hepático. Cuando se presenta esta situación, más que una laceración del parénquima hepático, suele correlacionarse con una lesión de ramas de la vena hepática media. En aproximadamente el 20% de los pacientes se encuentra una rama de esta vena a 1mm o menos de distancia al lecho hepático, la cual se puede cortar en caso de colecistitis aguda.

## 02 - 077

### Manejo laparoscópico del íleo biliar: mitos o realidades

Sandra Patricia Molina, Mauricio Zuluaga, Jessica Capre, Sandra Milena Gutiérrez  
Universidad Del Valle  
Santiago de Cali, Colombia  
sandrapmolina08@hotmail.com

**Introducción.** Obstrucción intestinal por cálculos provenientes de vía biliar es una complicación rara, producida en menos de 0.5% de pacientes con colelitiasis, causa en 1 a 4% de los pacientes obstrucción intestinal, mortalidad variable de 12 a 27%. Es más frecuente en mujeres, mayores de 65 años. El manejo quirúrgico es controversial. Se presenta reporte de caso de paciente con íleobiliar, con manejo laparoscópico.

**Objetivo.** Presentar caso de una paciente con íleo biliar resuelto por laparoscopia.

**Material y método.** Reporte de caso.

**Resultados.** Se presenta el caso de un hombre de 52 años, con historia de 2 semanas de epigastralgia, últimos 3 días aumento del dolor, ausencia de deposiciones y emesis, inicialmente biliares, posteriormente fecaloideas.

**Antecedentes:** negativos. Al examen físico es un paciente: Paciente deshidratado, taquicárdico, abdomen distendido, ausencia de ruidos

peristálticos, dolor a la palpación generalizada sin signos de irritación peritoneal, tacto rectal: ampolla rectal vacía.

Impresión diagnóstica de obstrucción intestinal; manejo médico y toma de TAC que reporta: cuerpo extraño que produce alteración en paso de medio de contraste. En la laparoscopia se observa zona de transición en yeyuno medio con cálculo impactado, se realiza enterotomía laparoscópica con extracción de cálculo y enterorrafia intracorpórea más colecistectomía. Buena evolución clínica y sin complicaciones.

**Conclusión.** Manejo quirúrgico de este tipo de obstrucción es controversial, se puede realizar en uno o dos tiempos quirúrgicos; manejo básico: enterotomía con extracción de cálculo, definir tiempo de colecistectomía, resección intestinal y cierre de fístula.

Vía de abordaje discutida: laparoscópica o abierta, de mayor preferencia abordaje abierto por requerimientos intraoperatorios, pero abordaje laparoscópico presenta múltiples ventajas asociadas con mínima invasión, además de ser una técnica segura, por lo que se debe tener en consideración para el manejo de estos pacientes.

## 02 - 078

### Perforación intestinal por stent biliar

Sandra Patricia Molina, Jessica Capre, Alden Pool Gómez  
Universidad Del Valle  
Santiago de Cali, Colombia  
sandrapmolina08@hotmail.com

**Introducción:** El Sten biliar es un avance en el manejo endoscópico de obstrucción vía biliar en patología benigna y maligna.

Las complicaciones ocurren inmediatamente o poco después del procedimiento, pero las complicaciones a largo plazo son menos predecibles y más difícil de diagnosticar y manejar. Colocación: bajas tasas de morbilidad, complicaciones como pancreatitis, hemorragia, perforación, colangitis ocurren 5-10%. Migración del stent, complicación tardía: 3-6%.

**Objetivo.** Presentar el caso de una paciente con perforación colónica en ángulo hepático con fistulización a retroperitoneo posterior a migración de stent biliar.

**Material y método.** Reporte de caso.

**Resultados.** Paciente de sexo femenino de 75 años, 1 mes dolor en hemiabdomen derecho asociado a fiebre, intolerancia vía oral, síntomas irritativos urinarios. Antecedentes: Hace 3 meses colecistectomía complicada, CPRE posoperatorio: fistula biliar del remanente vesicular, colocan stent biliar. al examen físico: dolor a palpación en hemiabdomen derecho sin irritación peritoneal, no masas, PPL derecha positiva, paraclínicos: Leucocitosis, neutrofilia, PCR elevada, uroanálisis negativo. TAC abdomen: Colección pararenal con cuerpo extraño que impresiona íntima relación con colon derecho sin descartar solución de continuidad. Laparotomía exploratoria: colección retroperitoneal derecha con fascitis necrotizante, cuerpo extraño (stent biliar) perforando ángulo hepático de colon y atravesando retroperitoneo drenándose al mismo.

**Conclusión.** Perforación colónica por migración distal de endoprótesis biliar, complicación rara. Pocos reportes de caso. Riesgo elevado de migración proximal en estenosis malignas, migración distal más frecuente en estenosis benignas. Generalmente, las endoprótesis

pasan a través del intestino sin incidente, si no pasan y migración se detecta, recuperar vía endoscópica o fluoroscópica, si no es posible, cirugía precoz.

Ocasionalmente, el *stents* impacta en el intestino, produciendo perforación. Sitio más común de perforación es el duodeno: 90% que requiere manejo quirúrgico.

## 02 - 079

### Malformaciones de la vesícula biliar, presentación de dos casos

*Juliana Jaramillo, Víctor Hugo Vivas, Hernando Romero, Laura Lugo*

Hospital Universitario San José, Clínica Palmares  
Popayán, Colombia  
julianajaramillo@yahoo.es

**Introducción.** Las malformaciones de la vesícula biliar corresponden a las irregularidades en la morfología, número y situación de la vesícula biliar o de los conductos biliares. La agenesia de la vesícula biliar es una condición congénita rara que ocurre en 13 -65 personas por cada 100.000 habitantes como resultado del fracaso de la yema vesicular para desarrollarse en útero. En cuanto a las alteraciones de la posición de la vesícula biliar se han reportado solo 150 casos a nivel mundial.

**Objetivo.** Presentar dos casos de malformaciones de la vesícula biliar tratados en dos instituciones de la ciudad de Popayán.

**Material y método.** Se presenta el caso de un paciente masculino de 56 años, sin antecedentes, programado para colecistectomía laparoscópica, de manera intraoperatoria se encontró una vesícula sinistral de localización medial, sobre el segmento IV.

El segundo caso corresponde a una paciente de 29 años, sin antecedentes, programada para colecistectomía laparoscópica de manera ambulatoria, ecografía preoperatoria que reportó vesícula escleroatrófica.

**Resultados.** El primer caso quien presentaba malposición de la vesícula requirió conversión a cirugía abierta y no hubo complicaciones posoperatorias. En nuestro segundo caso se realizó una revisión sistemática de la cavidad abdominal vía laparoscópica sin evidenciarse la vesícula biliar, en ecografía posoperatoria describen agenesia.

**Conclusión.** A pesar de ser malformaciones poco frecuentes, la clínica biliar continua siendo similar a la del resto de los pacientes, aunque la ecografía es el método diagnóstico para la coledocolitiasis, no suele detectar estas anomalías, lo que hace que este hallazgo sea incidental en la mayoría de los casos.

## 02 - 098

### Agenesia vesicular y coledocolitiasis: presentación de caso clínico

*Daniel Rodrigo Riaño Pinto*  
Universidad Nacional de Colombia  
Bogotá D.C., Colombia  
eldanipinto@gmail.com

**Introducción.** La agenesia vesicular es una condición muy rara. En la literatura están reportados cerca de 400 casos. El diagnóstico no es

fácil, ya que muchas veces los métodos imaginológicos no invasivos no dan certeza sobre el mismo. La mayoría de reportes son hallazgos quirúrgicos y más con el advenimiento de la cirugía mínimamente invasiva. Ahora, el caso de agenesia vesicular con coledocolitiasis es aún más raro, por lo que se presenta este caso clínico y se realiza revisión de la literatura.

**Objetivo.** Dar a conocer un caso clínico atípico y de manifestaciones poco frecuentes, con documentación imaginológica y confirmado quirúrgicamente en el Hospital el Tunal de Bogotá D.C.

**Material y método.** Presento el caso clínico de una paciente de 44 años quien es valorada en consulta externa por un cuadro clínico compatible con cólico biliar asociado a síndrome icterico, quien en exámenes ambulatorios no presenta vesícula biliar. Debido a exacerbación de su sintomatología y a la ictericia es hospitalizada y se documenta en múltiples imágenes la ausencia de vesícula biliar y coledocolitiasis que no es posible resolver por CPRE.

**Resultados.** Finalmente se realiza exploración de vías biliares por laparoscopia, en donde no se encuentra vesícula biliar, se identifica coledocolitiasis, la cual es resuelta con litotripsia por laparoscopia. Con buena evolución con egreso posterior de la paciente a los 5 días postoperatorio.

**Conclusión.** La agenesia vesicular es una condición poco frecuente, con una gran dificultad diagnóstica por sus posibles diagnósticos diferenciales. Asociado a esto, la coledocolitiasis en esta condición es aún más extravagante. Se realiza entonces la exposición de la agenesia vesicular, y su dificultad en el diagnóstico. Se expone un caso clínico de coledocolitiasis en esta condición con tratamiento exitoso por cirugía laparoscópica.

## GASTROINTESTINAL

### 02 - 002

#### Hernia hiatal recurrente: presentación aguda

*Bernardo A. Borráz, Rubén D. Luna, Caterin Arévalo, Helmuth R Rashid, Johana Páez*

Fundación Clínica Shaio, departamento de Cirugía General  
Bogotá, D.C., Colombia  
bborraez@hotmail.com

**Introducción.** Las hernias hiatales recurrente son una patología frecuente que puede debutar de forma aguda, convirtiéndose así, en un reto terapéutico que demanda extenso conocimiento de la anatomía, amplia sospecha clínica y habilidades quirúrgicas en el abordaje laparoscópico.

**Objetivo.** Presentación de un caso clínico que ejemplifica características importantes en el abordaje diagnóstico y terapéutico.

**Material y método.** Se presenta el caso clínico de un paciente con antecedente de funduplicatura de Nissen por enfermedad por reflujo gastroesofágico y corrección de hernia hiatal paraesofágica, que ingresa por cuadro de dolor abdominal agudo asociado a triada de Bouchardt, hallazgos radiológicos y TAC toracoabdominal confirmatoria. Se identifica por vía laparoscópica una hernia hiatal reproducida con compromiso del 50% del estómago, vólvulo gástrico parcial e isquemia de la pared gástrica sin necrosis.

**Resultados.** Liberamos adherencias, se deshizo funduplicatura previa, cierre primario del hiato con puntos separados y funduplicatura parcial anterior cubriendo por completo el hiato.

**Conclusión.** Las hernias hiatales recurrente son una patología frecuente que puede debutar de forma aguda. Constituyen un reto terapéutico que demandan conocimiento de la anatomía, amplia sospecha clínica y habilidades quirúrgicas.

El abordaje laparoscópico es una opción terapéutica.

## 02 - 005

### **Migración gastrointestinal de espina de pescado: una causa inusual de ruptura esplénica**

Juan Camilo Sáenz, Melibea Sierra, María Paula García, Carlos Alberto Ordoñez

Universidad ICESI, Fundación Valle del Lili  
Cali, Colombia  
juan.saenz92@gmail.com

**Introducción.** Menos del 1% de los cuerpos extraños (CE) ingeridos causan perforación del tracto gastrointestinal (TGI), siendo la espina de pescado (EP) el CE más comúnmente implicado.

**Objetivo.** Presentamos un caso de ruptura esplénica traumática secundaria a la migración TGI de una EP.

**Material y método.** Paciente masculino de 59 años con antecedente de sepsis de origen pulmonar un mes previo al ingreso, presenta cuadro de 8 horas de evolución de dolor abdominal progresivo, punzante de intensidad 10/10, exacerbado con los movimientos respiratorios, acompañado de dificultad respiratoria. Al examen físico, paciente taquicárdico, taquipneico e hipotenso. Abdomen doloroso a la palpación en flanco y fosa iliaca izquierda, sin signos de irritación peritoneal. Laboratorios: 10760 leucocitos/mm<sup>3</sup>, PCR de 8.8mg/dL, pH de 7.47. Tomografía axial computarizada (TAC) toracoabdominal reporta signos de ruptura esplénica asociada a la presencia de CE lineal, cambios inflamatorios focales y colección intraesplénica.

**Resultados.** Se realiza laparotomía exploratoria encontrando hemoperitoneo de 500cc, hematoma subfrénico izquierdo y aumento de tamaño del bazo con ruptura traumática del 80 % de la capsula posterior, se identifica EP. No se encuentra evidencia de perforación de víscera hueca. Se realiza esplenectomía.

Paciente cursa con evolución clínica satisfactoria, egresa al tercer día de hospitalización.

**Conclusión.** La perforación del bazo por la ingesta de un CE es una presentación exótica de dolor abdominal agudo con implicaciones clínicas graves. El diagnóstico es un desafío, existe pobre correlación entre el cuadro abdominal y la ingesta del CE. La sospecha clínica junto con una TAC toracoabdominal son claves en el diagnóstico y manejo oportuno de estos pacientes.

## 02 - 012

### **Obstrucción intestinal parcial producida por mucocele apendicular fistulizado a íleon proximal**

Cesar Ensuncho, Carlos Osorio, Ángela Marrugo, Francisco Herrera

E.S.E Hospital Universitario del Caribe  
Cartagena, Colombia  
fherrerass@gruposcalpellum.com

**Introducción.** Las manifestaciones clínicas de un mucocele apendicular son inespecíficas. La gran mayoría de veces se asocian a las complicaciones de su ruptura intra - abdominal, ocasionando un cuadro de abdomen agudo, mientras que el espectro de manifestaciones clínicas asociadas a la compresión extrínseca de estructuras orgánicas vecinas es excepcional. En esta oportunidad presentamos el caso de un síndrome de obstrucción intestinal parcial producida por un mucocele apendicular fistulizado a íleon proximal.

**Objetivo.** Las manifestaciones clínicas de un mucocele apendicular son inespecíficas. La gran mayoría de veces se asocian a las complicaciones de su ruptura intra - abdominal, ocasionando un cuadro de abdomen agudo, mientras que el espectro de manifestaciones clínicas asociadas a la compresión extrínseca de estructuras orgánicas vecinas es excepcional.

**Material y método.** Presentación de un reporte de caso; elaboración de la historia clínica, descripción de hallazgos histopatológicos, técnica quirúrgica y revisión de la literatura.

**Resultados.** Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 72 años de edad quien acude al servicio de urgencia de la E.S.E. Hospital Universitario del Caribe con un cuadro clínico de cinco días de evolución consistente en dolor abdominal. Se solicita serie de abdomen agudo sugiere obstrucción intestinal parcial por lo que el paciente es motivado para una laparotomía exploratoria en la cual se observa distensión proximal de asas de intestino delgado, evidenciando apéndice libre en cavidad con punta abscedada que se fistulizaba a íleon proximal, exactamente a 140 centímetros de la válvula íleocecal, estenotando parcialmente la luz a este nivel. Estudio anatomopatológico confirma en diagnóstico de un mucocele fistulizado a íleon proximal.

**Conclusión.** El caso reitera lo inespecífico que son los síntomas de un mucocele apendicular, ratifica que patologías obstructivas, tanto de naturaleza extrínseca como intrínseca, puede ser producida por cualquiera de los espectros histopatológicos de esta condición.

## 02-014

### **Pancreatoduodenectomía de urgencia, presentación de un caso clínico y revisión crítica de la literatura**

Felipe Bernal, Luis Felipe Cabrera, Luis Miguel Marroquín  
Universidad El Bosque  
Bogotá, D.C., Colombia  
luis.felipe.cabrera@hotmail.com

**Introducción.** El procedimiento de pancreatoduodenectomía fue reportado por primera vez por Whipple en 1935 como una cirugía por etapas. Howell y colaboradores fueron los primeros en realizarla de urgencia. Glancy y colaboradores en su serie de casos, reportan incidencia de 0,07% y morbimortalidad del 31% al 36%.

**Objetivo.** Mostrar nuestra experiencia con este procedimiento para trauma, establecer las indicaciones para la realización de una pancreatoduodenectomía de urgencia y sus desenlaces.

**Material y método.** Se revisaron las bases de datos Pubmed, Sciencedirect y MDconsult, con los siguientes términos Mesh: pancreaticoduodenectomy, complex pancreaticoduodenal injuries and emergency, en los últimos 15 años, se seleccionaron las series de

casos y revisiones de la literatura más significativas según el factor de impacto de la revista.

**Resultados.** Se presenta un paciente masculino de 16 años, con una herida por proyectil de arma de fuego a nivel abdominal con lesión pancreaticoduodenal compleja grado V según la clasificación del *American Association for the Surgery of Trauma-Organ Injury Scale*, el cual requirió una pancreatoduodenectomía de urgencia en dos tiempos (1: control de daños más resección pancreaticoduodenal y 2: reconstrucción), tiempo quirúrgico: 390 minutos, sangrado: 6500 cc, estancia hospitalaria: 20 días y complicaciones posoperatorias: fistula pancreatica grado A.

**Conclusión.** Una de las decisiones más difíciles que un cirujano debe hacer es realizar pancreatoduodenectomía de urgencia. Los desafíos técnicos del procedimiento se aumentan por la pérdida masiva de sangre, la acidosis, hipotermia y la coagulopatía. Lo cual hace de esta una cirugía con alta morbimortalidad como lo reporta la literatura.

## 02-024

### Síndrome de Wilkie: presentación de un caso y revisión de la literatura

*Jairo Hernán Ortega, Andrés Mauricio Ortega, Laura Manuela Bayona, Juliana María Bayona, Francisco Javier Camargo*  
Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario, Hospital Universitario Mayor Méderi  
Bogotá, D.C., Colombia  
doctormagic@hotmail.com; mao26.18@gmail.com

**Introducción.** El síndrome de Wilkie, también llamado síndrome de la arteria mesentérica superior, es una patología poco frecuente y con una incidencia no clara de 0.013 a 0.3%, en donde se produce la compresión extrínseca de la tercera porción del duodeno por parte de la arteria mesentérica superior. Su fisiopatología se explica por la disminución del ángulo de salida de dicha arteria, produciendo un efecto de obstrucción a dicho nivel y la imposibilidad o limitación del paso del bolo alimenticio a la cuarta porción del duodeno y al yeyuno. Se han dado varias teorías para explicar dicha disminución del ángulo, principalmente la densidad de tejido adiposo circundante y un efecto protector sobre el duodeno.

Los pacientes se presentan con síntomas gastrointestinales altos, y su diagnóstico, principalmente desde la infancia, se determina por hallazgos imaginológicos determinados en angiotomografía de abdomen

El tratamiento de este síndrome puede ser conservador con manejo no quirúrgico, o con procedimientos que permitan liberar dicha compresión u omitirla

**Objetivo.** Determinar y reconocer el síndrome de Wilkie como uno de los diagnósticos diferenciales y conocer el manejo a instaurar en caso de diagnosticarlo.

**Material y método.** Reporte de un caso y revisión de la literatura.

**Resultados.** El síndrome de Wilkie es una patología poco frecuente, poco reconocida y/o diagnosticada, por lo que no se cuenta con clara incidencia de la misma. Dentro de la literatura se cuentan con reportes de casos sin lograr una revisión exhaustiva. Presentamos un caso de una paciente con diagnóstico previo realizado desde la infancia que nos permite tener presente dicho diagnóstico.

**Conclusión.** El síndrome Wilkie es una patología de poco conocimiento para algunos médicos y cirujanos, además, debido a sus características clínicas, su diagnóstico se realiza principalmente imaginológico con correlación clínica. De esta forma, conocerlo y tenerlo en cuenta como diagnóstico diferencial es importante para la instauración de un manejo inicial apropiado

## 02 - 031

### Enfermedad de Castelman, un reto diagnóstico y quirúrgico

*Jorge Hernán Trujillo, Raúl Pinilla, Oscar Guevara, Juan Carlos Sabogal, Andrés Isaza*  
Instituto Nacional de Cancerología, Hospital Universitario Mayor, Universidad del Bosque, Universidad del Rosario  
Bogotá, D.C., Colombia  
jorgito20@gmail.com

**Introducción.** La enfermedad de Castelman es un desorden linfoproliferativo atípico, conocido también como linforeticuloma folicular, hiperplasia angiofolicular mediastinal y linfoma gigante benigno. El cual puede ser localizado o sistémico. Es una entidad atípica y poco común para el ámbito quirúrgico. El cual se considera una patología benigna con características malignas. Dependiendo de su presentación su manejo puede ser quirúrgico Vs. médico (paliativo).

**Objetivo.** Ampliar el conocimiento sobre una patología poco conocida por la comunidad quirúrgica, por medio de la presentación de casos clínicos, videos y posterior a esto la revisión de la literatura. Además, mostrar el tipo de tratamiento quirúrgico tanto abierto como laparoscópico.

**Material y método.** Se realizara la presentación de dos casos clínicos con posterior presentación del video quirúrgico de la resección laparoscópica y abierta, y posterior a esta la revisión de la literatura.

**Resultados.** La resección quirúrgica exitosa de dos tumores retroperitoneales clasificados como enfermedad de Castelman. En uno de los pacientes se utilizó la vía laparoscópica y en el otro de forma abierta. Adecuada evolución clínica posoperatoria sin complicaciones.

**Conclusión.** La enfermedad de Castelman, es una patología poco común pero no infrecuente en servicios de cirugía oncológica, la cual requiere de conocimiento amplio por parte del cirujano para determinar la necesidad de resección quirúrgica. Es una patología catalogada como benigna que puede tener características y comportamiento maligno, que requiere de atención multidisciplinaria (cirugía oncológica, cirugía gastrointestinal, cirugía de tórax, servicio de hematología, etc.). Teniendo en cuenta un diagnóstico certero y la intervención temprana puede ser tratada de forma curativa.

## 02 - 043

### Resección laparoscópica de lipoma gástrico hemorrágico

*Nohemí Galeano, Arturo Hernández, Dairo Salazar, Jaime Andrés Hernández*  
Universidad De Cartagena  
Cartagena de Indias, Colombia  
nohe3112@hotmail.com

**Introducción.** El lipoma gástrico es una neoplasia benigna poco frecuente (3%) siendo el antro la zona más habitual (75%), sin em-

bargo puede aparecer en todo el tubo digestivo con localización más frecuente en el intestino grueso (65-75%). La mayoría son asintomáticos descritos de forma incidental en piezas quirúrgicas o imágenes abdominales y cuando se manifiestan clínicamente dependen de su tamaño, localización y desarrollo de complicaciones.

*Objetivo.* Dar a conocer el caso de una paciente con lipoma gástrico como causa de hemorragia digestiva alta.

*Material y método.* Estudio de la historia clínica, hallazgos imagino-lógicos, técnica quirúrgica y revisión de la literatura médica.

*Resultados.* Se presenta el caso de una mujer de 28 años, quien ingresa al servicio de urgencias por presentar cuadro clínico de hematemesis y epigastralgia, con deterioro de estado hemodinámico. La esófago-gastroduodenoscopia revela lesión gástrica pediculada localizada en cuerpo gástrico con ulcera en tallo. Fue llevada a gastrotomía anterior, eversión del tumor, resección y gastrorrafía por laparoscopia sin complicaciones con buena evolución postoperatoria. El informe histológico reporto lipoma submucoso.

*Conclusión.* Los lipomas gástricos son tumores benignos de hallazgo inusual, cuando se manifiestan clínicamente como hemorragia digestiva alta, alrededor del 53% presentan una ulceración central y en el 50% de ellas es masiva. El abordaje laparoscópico de los lipomas gástricos es una alternativa en las lesiones que por su tamaño son irreseccables vía en doscópica y ofrece las ventajas de la técnica mínimamente invasiva.

## 02 - 050

### Isquemia mesentérica por hernia interna sin antecedente quirúrgico en paciente joven

*Marcela Lucia Tascón*

Clínica Amiga COMFANDI, Pontificia Universidad Javeriana, sede Cali

Cali, Colombia

marcelatascon@gmail.com

*Introducción.* Las hernias internas son 5,8% de causas de obstrucción intestinal. Las hernias paraduodenales, 50% de hernias internas. Izquierdas o derechas, 3:1; hombre:mujer 3:1.

Rango de edad (tres días-79 años), frecuente 40-60 años.

Hernias paraduodenales izquierdas: origen congénito y derivan de mal desarrollo embrionario del peritoneo asociado a mal rotación intestinal, por defecto de fusión entre mesenterio y peritoneo parietal posterior originando potencial orificio herniario.

Presentación clínica inespecífica desde dispepsia hasta perforación intestinal y choque séptico. En la práctica diaria existen dificultades para su diagnóstico por su origen congénito, sin relación con antecedente médico o quirúrgico, el examen clínico es inespecífico. La tomografía abdominal puede dar un diagnóstico rápido y preciso de gran utilidad en el posterior planteamiento quirúrgico. Se realiza manejo es quirúrgico.

*Objetivo.* Presentar el enfoque isquemia mesentérica en paciente joven por hernia interna.

*Material y método.* Presentación de caso clínico.

*Resultados.* Paciente de 23 años, 5 horas dolor abdominal tipocólico en mesogástrico que se irradia a flanco izquierdo.

Al ingreso reporta, dolor leve abdominal, no irritación peritoneal, UROTAC, distensión de asas intestinales delgadas, líquido libre, fase contrastada. Zona de transición, dilatación de asas, líquido libre. Lactato sérico: 9. Disminución subjetiva de dolor, examen físico abdomen en tabla. Laparotomía: necrosis 4,5 m de yeyuno-íleon por hernia interna. Anastomosis 48 horas, 1,7 metros de íleon y 20 cm de yeyuno. Recuperación nutricional.

No presentó síndrome de intestino corto. Se hizo seguimiento durante 6 meses.

*Conclusión.* En paciente joven con cuadro de oclusión de intestino delgado se debe tener en cuenta posibilidad de hernia paraduodenal.

## 02 -054

### A propósito de un caso de obstrucción intestinal por divertículo de Meckel

*Anwar Medellín Abueta, Juan David Hernández, Gustavo Andrés Valencia, María Isabel Rizo*

Fundación Santa Fe de Bogotá

Bogotá, D.C., Colombia

anwar\_medellin@hotmail.com

*Introducción.* El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más común en los recién nacidos. La obstrucción del intestino delgado es la causa más frecuente de los síntomas generados por divertículo de Meckel en adultos. Sin imagen fiable para diagnosticar complicaciones preoperatorias de divertículo de Meckel y la presentación inespecífica de esta entidad en los adultos, se encuentra generalmente como un hallazgo incidental intraoperatorio.

*Objetivo.* Mostrar la clínica, el manejo por laparoscopia y la evolución de un paciente que ingreso a la Fundación Santa Fe de Bogotá por obstrucción intestinal por divertículo de Meckel.

*Material y método.* Se revisó el caso de un paciente hombre de 36 años de edad con dolor abdominal sospechoso de obstrucción intestinal sin antecedente quirúrgico, la Tomografía abdominal evidencio una zona de transición del íleon distal, dilatación con sospecha de hernia interna.

*Resultados.* El paciente fue llevado a laparoscopia y se encontró divertículo de Meckel en el íleon distal que causo rotación intestinal. Se realizó resección y anastomosis intestinal, con evolución postoperatoria adecuada.

*Conclusión.* La obstrucción intestinal por divertículo de Meckel es rara y es un diagnóstico difícil. No existen pruebas de diagnóstico precisas para esta patología preoperatoria lo que hace imperativo realizar cirugías laparoscópicas en pacientes que tienen dolor abdominal con una etiología poco clara o con diagnóstico preoperatorio de obstrucciones intestinales de causa no establecida. A pesar de haber pocos casos reportados en la literatura, se considera que el manejo de la obstrucción por divertículo de Meckel por laparoscopia es una técnica segura y eficaz.

## 02 - 067

### Divertículo de Zenker manejado con diverticulotomía endoscópica

*Harold Botero, Boris Sánchez*

Universidad del Valle, Hospital Universitario del Valle

Cali, Colombia  
borsaz@gmail.com,

**Introducción.** Paciente de 92 años quien en enero 2014 consulta por disfagia progresiva de un mes de evolución, con intolerancia a líquidos, sensación de cuerpo extraño en cuello, pérdida progresiva de peso y constipación asociada sin otros síntomas, a quien se le realiza endoscopia digestiva que reporta divertículo de Zenker a nivel del cricofaríngeo mas hernia hiatal.

**Material y métodos.** el 6 febrero de 2014 se realizo septotomía de divertículo de Zenker por endoscopia logrando en un 80% resección del septo del divertículo, se dio alta y el 14 noviembre de 2014 se realiza segundo tiempo quirúrgico realizando diverticulotomía endoscópica, con papilotomo de punta se realizo corte hasta lograr abrir septo, y se avanza de sonda nasoyeyunal, Procedimiento sin complicaciones inmediatas.

**Resultados.** Se logró tras segundo tiempo quirúrgico ausencia total de síntomas a marzo de 2015, con adecuada ingesta alimentaria tras procedimiento.

**Conclusión.** La realización de la diverticulotomía endoscópica para el manejo del divertículo de Zenker en pacientes seleccionados, tiene pocas complicaciones y proporcionar una opción adecuada para los pacientes con alta comorbilidad que no toleran la anestesia general.

## 02 - 072

### Migración de *stent* esofágico a la válvula ileocecal: presentación de un caso y revisión del tema.

Francisco Javier Díaz, Felipe Perdomo, Adriana María Reyes  
Fundación Santa Fe De Bogotá  
Bogotá, D.C., Colombia  
frankdiazc@hotmail.com

**Introducción.** Entre las complicaciones que se presentan con el uso de *stents* esofágicos para el tratamiento de neoplasias tanto benignas como malignas se encuentra la migración del *stent* a lo largo del tracto gastrointestinal. Si esta migración es sintomática se requerirá de la extracción temprana de este, con el fin de evitar complicaciones mayores.

**Objetivo.** Exponer una de las complicaciones que se pueden presentar con el uso de *stents* esofágicas a partir de un caso clínico y la revisión de la literatura.

**Material y método.** Se presenta el caso de la migración de un *stent* esofágico hacia la válvula ileocecal y su manejo mediante la extracción de este a través de enterotomía. Para la revisión del tema se realizó una búsqueda de artículos relacionados en las bases de datos de medline.

**Resultados.** Se expone el caso de un paciente con un pólipo esofágico de 3 cm, sangrante que se manejó con resección y colocación de *stent* esofágico. Este *stent* migró a la válvula íleocecal, donde provocó obstrucción intestinal siendo necesaria su extracción a través de enterotomía.

**Conclusión.** La migración del *stent* a través del tracto gastrointestinal es una complicación rara. Según lo reportado en la literatura encontrada esta complicación se presenta en el 7,9% de los pacientes; donde el 60% de los *stents* que migraron fueron removidos por métodos

quirúrgicos, el 20% fueron expulsados con las heces y el 15% permanecieron en el cuerpo sin causar complicaciones. La remoción quirúrgica fue necesaria solo en tres pacientes (4,3%) debido a que causaron obstrucción intestinal.

## 02 - 080

### Hernia de Bochdalek asociada a vólvulo gástrico en adulto

Edgar Cesar León, Ximena Camargo  
Hospital Universitario Mayor, Méderi, Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario  
Bogotá, D.C., Colombia  
sneyderleon@hotmail.com, ximecamargo@hotmail.com

**Introducción.** La hernia de Bochdalek, descrita inicialmente en 1848, es un defecto congénito, posterolateral del diafragma, Se origina en el triángulo vertebrocostal por debajo y lateral al ligamento arcuato izquierdo. Usualmente, es diagnosticado durante la infancia. En adultos con incidencia de 1 de cada 7000 y prevalencia de 4%, lo que la hace una patología rara. Pocos casos han sido descritos en la literatura asociados a vólvulos gástrico.

**Objetivo.** Identificar y reparar de forma temprana patologías poco frecuentes en la edad adulta, evitando complicaciones asociadas a los distractores en el momento del diagnóstico.

**Material y método.** Posterior al estudio tomográfico y a la documentación un vólvulo gástrico en tórax se decide pasar el paciente a toracofrenolaparotomía para devolvulación gástrica y reparación diafragmática con malla.

**Resultados.** Paciente de 20 años previamente asintomático, deportista, sin antecedentes de importancia acude al servicio de urgencias del Hospital Universitario Mayor, por un cuadro de 12 horas de evolución de dolor lumbar tipo picada de intensidad 7/10 asociado a múltiples episodios eméticos de contenido no alimentario, sin hallazgos clínicos de abdomen agudo. Se realizan estudios paraclínicos descartando enfermedad litiásica reno-urteral, tomografía de tórax en la cual se documenta la cámara gástrica en el tórax, se decide pasar de urgencia a toracofrenolaparotomía. En el procedimiento se evidencian asas intestinales, colon y bazo en el hemitórax izquierdo, así como el estomago vólvulo, perforado con necrosis del 50% de la pared a nivel de la unión gastroesofágica. Se procede a devolver contenido abdominal a cavidad, devolvulación y reparación primaria de la perforación gástrica mas cirugía antireflujo y reconstrucción del hemidiafragma izquierdo con malla multicomponente. Evolución postoperatoria satisfactoria, 12 horas de estancia en unidad de cuidado intensivo, destete de oxígeno temprano, tolerancia a la vía oral y egreso sin complicaciones.

**Conclusión.** La hernia de Bochdalek asociada a vólvulo gástrico, es una patología poco usual en la edad adulta, lo cual es un distractor en el momento de hacer diagnóstico, generando complicaciones asociadas. En este caso, llama la atención un paciente adulto y asintomático con esta patología. El diagnóstico y manejo quirúrgico oportuno permitió un desenlace favorable para el paciente con una corta estancia hospitalaria, permitiendo el retorno temprano a sus actividades habituales.

02 - 083

### **Cirugía suprarrenal por laparoscopia en síndrome de Cushing severo. Reporte de caso**

*Zurita Nayib, Karla Gutierrez, Yessica Trujillo, Luis Mejía*  
Universidad del Sinú, Seccional Cartagena

Cartagena de Indias, Colombia  
kpgdip@hotmail.com

*Introducción.* El síndrome de Cushing tiene una incidencia anual de 2 por cada un millón de personas, donde el 25% está asociada a adenomas suprarrenales o hiperplasia suprarrenal bilateral. Se considera que el tratamiento curativo a esta causa es la resección suprarrenal, logrando una tasa logran una tasa de remisión en el 70% de los casos.

*Objetivo.* Mostrar la evolución posquirúrgica del paciente sometido adrenalectomía por laparoscópica, lo que permite comprobar que la cirugía mínimamente invasiva es un método seguro.

*Material y método.* Vídeo realizado mediante el uso de un computador portátil el cual va conectado a una video cámara capturadora, que se acopla al procesador del equipo de laparoscopia, el cual, permite la grabación de todos los pasos durante toda la cirugía.

*Resultados.* Se practicó de forma exitosa adrenalectomía derecha por laparoscopia en un paciente de 57 años de edad con síndrome de Cushing de difícil manejo y control, con crisis hipertensivas e hiperglicémicas frecuentes; además de hipocalemia severa, con hallazgos por estudios imaginológicos de nódulo en glándula suprarrenal el cual era asociado a la persistencia de los síntomas de la paciente, logrando extracción de la glándula que a pesar de ello presento mejoría parcial de los síntomas, por esa razón se considera que la paciente puede cursar con tumor neuroendocrino o focos ectópicos de estirpe adrenal. Procedimiento realizado en 1 hora 45 minutos sin complicaciones.

*Conclusión.* El mejor método por seguridad en la ejecución del procedimiento y pronta recuperación, posterior a ello es la adrenalectomía por laparoscopia en pacientes con patologías de base que incrementan el riesgo anestésico y quirúrgico al mismo tiempo.

02 - 087

### **Diagnóstico y manejo laparoscópico del infarto esplénico masivo por cambio de altura**

*Juan David Linares, Julián Andrés Romo, Henry Hernando Martínez, Cesar Camilo Medina*  
Hospital universitario MEDERI  
Bogotá, Colombia  
doctorromo22@gmail.com

*Introducción.* Los infartos esplénicos masivos son patologías muy estudiadas a nivel de la literatura médica y poco frecuentes, una de sus causas son hemoglobinopatías exacerbadas en algunos casos por cambios abruptos de altura.

*Objetivo.* Presentar un caso manejado en el hospital de Méderi de Bogotá y revisar la literatura.

*Material y método.* Reporte de caso. Se describe un paciente con dolor abdominal intenso de aparición subaguda, hiporexia y episo-

dios eméticos, por persistencia de sintomatología y empeoramiento del dolor abdominal es llevado a una laparoscopia diagnóstica evidenciando infarto esplénico masivo, realizando manejo quirúrgico laparoscópico. Se revisa la literatura.

*Resultados.* Paciente con infarto masivo esplénico que presenta durante posoperatorio síndrome anémico asociado, con posterior evolución clínica satisfactoria, mejoría en índices de hemoglobina, sin dolor abdominal posterior, y resolución de sintomatología.

*Conclusión.* El infarto esplénico masivo es una entidad asociada a múltiples etiologías entre las que se distinguen cambios súbitos de altura, que genera cambios en la configuración y morfología de eritrocitos, aumentando hiperviscosidad sanguínea y oclusiones vasculares. El enfoque laparoscópico presenta altas tasas de éxito no solo en el diagnóstico rápido sino en la disminución de requerimientos transfusionales y complicaciones asociadas.

02 - 094

### **Enfermedad molar como causa de sangrado digestivo**

*Jessica Capre, Sandra Molina, Sandra Gutiérrez, Mauricio Zuluaga*  
Universidad del valle  
Cali, Colombia  
jessicacapre@hotmail.com

*Introducción.* El sangrado digestivo oculto es una patología difícil de diagnosticar y manejar su causa, representa un reto para el cirujano que enfrenta al paciente con esta patología. En este caso veremos un caso raro.

*Objetivo.* Revisar la enfermedad molar como causa de sangrado digestivo.

*Material y método.* Reporte de un caso de una paciente femenina de 22 años de edad con cuadro clínico de 1 semana de evolución de sangrado rectal, hipotensión anemia, con 2 colonoscopias que no muestra causa de sangrado pero si sangre proveniente de ileon, endoscopia negativa, se decide llevar a enteroscopia encontrando en yeyuno distal sangrado activo con lesión ulcerosa no posible de control endoscópico se marca la lesión con tinta china y se lleva a resección laparoscópica.

*Resultados.* Resección laparoscópica de lesión permite realizar control del sagrado, con mejoría de síntomas. La patología reporta a la lesión como tumor tipo mola, paciente con antecedente de embarazo 18 meses previos al episodio.

*Conclusión.* Se trata de un caso extraño de sangrado de vías digestivas que se puede ser posible en mujeres de edad fértil y antecedente de embarazos.

02 - 096

### **Hemoperitoneo secundario a uso de antiagregantes plaquetarios**

*Jorge Augusto Herrera, Juliana Mercedes Jaramillo, Elmer Palacios*

Hospital Universitario San José  
Popayán, Colombia  
julianajaramillo@yahoo.es

**Introducción.** El hemoperitoneo espontáneo es una rara entidad, se define como la presencia de sangrado intraperitoneal de origen no traumático, clásicamente los pacientes se presentan con dolor abdominal agudo, distensión y en algunos casos signos de shock hipovolémico. Se presenta en el 0.6% de los pacientes que reciben algún tipo de anticoagulación.

Por lo general su diagnóstico es intraoperatorio, dentro de las principales causas tenemos las ginecológicas, vasculares o por trastornos de la coagulación.

**Objetivo.** Presentar un caso de un paciente que presentó hemoperitoneo masivo secundario al tratamiento con dos antiagregantes plaquetarios.

**Material y método.** Se presenta el caso de un paciente masculino de 59 años, sin antecedentes, que se presenta al servicio de urgencias por cuadro clínico de 6 horas de dolor precordial opresivo, irradiado al cuello y síncope, enfocado como síndrome coronario agudo por lo que inician manejo con aspirina y clopidogrel, las troponinas fueron negativas y el ecocardiograma transtorácico normal por lo que egresan, reingresa a las 48 horas por cuadro de una hora de evolución de dolor abdominal súbito, agudo, generalizado, ingresa inestable hemodinámicamente, con abdomen agudo, llevado a laparotomía con sospecha diagnóstica de abdomen agudo de origen vascular.

**Resultados.** Se realiza laparotomía exploratoria encontrando hemoperitoneo de 5000cc, hematoma retroperitoneal en zona II, sin identificar área de sangrado, no se evidencian aneurismas u otras alteraciones durante la revisión sistemática de la cavidad. Se realiza empaquetamiento y se deja con abdomen abierto.

**Conclusión.** El sangrado intraperitoneal espontáneo puede resultar de una extensa gama de etiologías. Desafortunadamente, en nuestro caso el uso de antiagregantes plaquetarios ha sido poco descrito en la literatura mundial.

## 02 - 101

### Divertículo de Meckel perforado

Cristian Gómez, María Camila Martínez, Juan Fernando Herrera, Cesar Quecano  
Universidad de la Sabana  
Bogotá, D.C., Colombia  
camibloox@gmail.com

**Introducción.** Se trata de un caso clínico en la Clínica Universidad de la Sabana de un paciente de 85 años con cuadro de 12 horas de evolución consistente en dolor abdominal tipo picada en fosa iliaca derecha, no irradiado, que no mejora con la administración de analgésicos, asociado a fiebre no cuantificada; no refiere síntomas urinarios ni cambios en el hábito intestinal. Como antecedente el paciente informa hipotiroidismo, diarrea crónica, sin cirugías abdominales previas. Al examen físico se evidencia paciente hidratado, mucosas húmedas, con signos vitales dentro de parámetros normales y en el examen abdominal se encuentra dolor a la palpación en fosa ilíaca derecha, Blumberg y Rovsing positivo. Se realiza hemograma con leucocitosis marcada, neutrofilia, resto de paraclínicos dentro de límites normales. Se considera cuadro clínico compatible con

abdomen agudo probablemente a causa de apendicitis perforada, se decide llevar a salas de cirugía para realizar apendicectomía por vía laparoscópica.

Durante el procedimiento quirúrgico se evidencia presencia de divertículo de Meckel perforado en su punta, con base de 2 cm, periapendicitis y peritonitis localizada. Se realiza resección del divertículo video asistida por no haber disponibilidad en el momento de endograpador y apendicectomía; con drenaje de peritonitis localizada sin complicaciones. Paciente con adecuada evolución del posoperatorio, con tratamiento antibiótico con Ampicilina/Sulbactam durante 5 días. Es dado de alta en buenas condiciones generales.

**Objetivo.** Realizar un reporte de caso por la presencia de un divertículo de Meckel en un paciente de 85 años como hallazgo incidental.

**Material y método.** Se realiza una búsqueda bibliográfica del divertículo de Meckel, se revisaron 34 artículos y se subdivide en categorías sistemáticas: Inicia con la historia, continua con descripción de la epidemiología y se realiza un abordaje haciendo énfasis en las manifestaciones clínicas más frecuentes y los abordajes quirúrgicos.

**Conclusión.** Se hace énfasis en la detención del divertículo de Meckel como hallazgo incidental y el abordaje de elección.

## COLON Y RECTO

### 02 - 001

#### Uso de sutura mecánica en la ligadura de la base apendicular, un mecanismo sencillo y equivalente

Bernardo A. Borráz, Rubén D. Luna, Pedro A. Martín, Helmuth R Rashid, Sara C. Forero, Diana C. Rodríguez, María L. García, Johanna Páez  
Fundación Clínica Shaio. Departamento de Cirugía General  
Bogotá, D.C., Colombia  
bborraez@hotmail.com

**Introducción.** Aunque esta estandarizada, pequeñas variaciones en el procedimiento y herramientas de la apendicectomía por laparoscopia como la sutura mecánica suelen ser necesarios.

**Objetivo:** Comparar la tasa de complicaciones entre los pacientes en quienes se utilizó hemolock o endonudo Vs. Sutura mecánica durante el procedimiento, b) Comparar la estancia hospitalaria y tasa de reingreso entre los 2 grupos y c) Determinar la indicación del uso de la sutura mecánica para la ligadura de la base apendicular.

**Material y método.** Revisión retrospectiva de base de datos. Comparamos la tasa de complicaciones intra y posoperatorias de pacientes en quienes se realizó una apendicectomía por laparoscopia en la Clínica Shaio con ligadura de la base apendicular con hemolock y endonudo (Grupo A) vs. sutura mecánica (Grupo B) y estancia hospitalaria. En adición determinamos las indicaciones del uso de la sutura mecánica.

**Resultados.** De 257 pacientes sometidos a apendicectomía por laparoscopia, en 222 la ligadura de la base apendicular se realizó con hemolock o endonudo (Grupo A) y 35 pacientes con sutura mecánica (Grupo B). Cinco pacientes presentaron complicaciones infecciosas asociadas al procedimiento, todos correspondientes al grupo A. La estancia hospitalaria fue similar en ambos grupos y no se presentaron reingresos. Las indicaciones para el uso de sutura

mecánica fueron el edema y la perforación de la base apendicular y el ciego.

*Conclusión.* Los resultados de este estudio muestran que el uso de la sutura mecánica es una variación en el procedimiento seguro, sencillo y equivalente a otros.

## 02-016

### Perforación espontánea de colon, reporte de un caso

*Leidy Agudelo, Ernesto Fajardo, Cesar Ortegón*  
Universidad Del Rosario, Hospital Universitario Mayor  
Bogotá D.C., Colombia  
ydiel91@hotmail.com

*Introducción.* La perforación espontánea del colon es una rara enfermedad con alta tasa de mortalidad, diagnosticada con poca frecuencia y que requiere un alto índice de sospecha para un diagnóstico y tratamiento tempranos. La cirugía es el manejo estandarizado y la morbilidad y mortalidad están asociados con la contaminación peritoneal.

*Objetivo.* Presentación de caso clínico de perforación espontánea de colon y revisión de la literatura.

*Material y método.* Paciente femenina, antecedente de enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal, consulta por dolor abdominal, presenta taquicardia e hipotensión, se considera comodiagnóstico inicial peritonitis primaria, se solicita cultivo del líquido de cambio de diálisis peritoneal y se inicia manejo antibiótico, dichos cultivos son negativos y la paciente persiste con dolor abdominal, se realiza tomografía axial computarizada de abdomen que muestra líquido libre escaso en goteras parietocólicas e interasas en relación a catéter, asas intestinales indemnes. Dado la mala evolución clínica, persistencia de dolor abdominal con signos de irritación peritoneal, se decide llevar a laparotomía exploratoria donde se encuentra: peritonitis de cuatro cuadrantes, perforación de ciego y de ángulo esplénico, se realiza resección de los segmentos comprometidos, ileostomía, fístula mucosa, trasladada a unidad de cuidados intensivos con soporte hemodinámico y días más tarde fallece.

*Resultados.* Nuestro caso, teniendo en cuenta las características tanto macro como microscópicas consideramos que se trata de perforaciones estercorales, el diagnóstico de perforación espontánea se hizo de manera tardía por el antecedente de enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal y por ausencia de hallazgos en la tomografía axial computarizada que explicaran el cuadro clínico.

*Conclusión:* La perforación espontánea de colon aunque es una patología poco frecuente, siempre la debemos tener dentro de los diagnósticos diferenciales en los pacientes con dolor abdominal ya que un diagnóstico temprano y un manejo oportuno disminuyen la morbimortalidad.

## 02-017

### Colostomias por laparoscopia

*Roberto Quintero, Rafael Mc Causland, Jesús Valle, Álvaro Rojas, Ricardo Daguer*  
ENDOCIRUGIA

Barranquilla, Colombia  
robertoquinterop\_@hotmail.com

*Introducción.* En el manejo de la patología abdominal compleja, la colostomía ha sido una herramienta valiosa para el cirujano general, tanto en patologías de aspecto benigno como malignas, continúan siendo un arma valiosa en patologías benignas, ejemplo: Trauma pélvico rectales, sepsis de tejidos blandos, fistulas perineales, enfermedad de Fournier, fistulas complejas y amplio uso en patologías malignas.

A todo servicio de Cirugía General continuamente se le solicitan colostomías temporales o definitivas para el manejo de estas patologías mencionadas, procedimientos que a través del tiempo se han realizado por vía abierta.

*Objetivo.* Presentar un video donde se describe la técnica quirúrgica fácil de realizar de una colostomía del transverso por video laparoscopia.

*Material y método.* Se presenta un video de una paciente de 84 años con cuadro de obstrucción intestinal parcial, baja masa compleja pélvica, amerito laparoscopia diagnóstica más colostomía del transverso por enfermedad de base tumoral avanzada

*Resultados.* Evolución satisfactoria de la paciente mayor de 84 años con enfermedad avanzada tumoral obstructiva baja, que por video laparoscopia se realiza diagnóstico más colostomía del transverso. Además mostraremos diapositivas de pacientes a los cuales se les ha realizado colostomía más ileostomía por patología benigna

*Conclusión.* En los últimos años se ha propuesto la utilización de la vía acceso laparoscópico para la confección o realización de las colostomías tanto patologías malignas como benignas

Permite evaluar mejor las posibilidades de exteriorización del colon

Evitar laparotomías amplias y traumáticas

Baja morbilidad, hospitalización corta etc.

## 02-018

### Fistula colovesical manejo laparoscópico

*Roberto Quintero, Rafael Mc Causland, Jesús Valle, Álvaro Rojas, Ricardo Daguer*  
ENDOCIRUGIA  
Barranquilla, Colombia  
robertoquinterop\_@hotmail.com

*Introducción.* La enfermedad diverticular del colon representa una tasa importante de procesos infecciosos intraabdominales que pueden llegar a complicaciones serias (abscesos, fistulas, perforaciones y obstrucciones). En procesos diverticulares asociados a fistulas se describen las más frecuentes a vejiga y vagina.

Para el cirujano general continua siendo un reto su manejo quirúrgico por procesos inflamatorios de simples a complejos cuyo manejo a través del tiempo se ha realizado por vía abierta y más recientemente la cirugía mínimamente invasiva ha representado una opción.

*Objetivo.* Mostrar un video donde se describe el manejo laparoscópico de una paciente con fistula colovesical secundaria a enfermedad diverticular complicada.

**Material y método.** Se presenta un video de una paciente con sepsis urinaria a repetición con diagnóstico clínico y radiológico de fistula colovesical secundario a enfermedad diverticular complicada, se muestra la técnica quirúrgica el abordaje laparoscópico realizándose sigmoidectomía con anastomosis colorectal baja más rafia de vejiga procedimiento por vía laparoscópica.

**Resultados.** Paciente evoluciona satisfactoriamente a su manejo laparoscópico en un solo tiempo quirúrgico con resolución de su fistula colovesical por enfermedad diverticular complicada fistulizada, colectomía parcial del sigmoides mas anastomosis con integridad y cierre de vejiga.

Estancia hospitalaria corta. Recuperación rápida y menos dolor post operatorio e injuria quirúrgica.

**Conclusión.** Cada vez es mayor la tendencia al abordaje laparoscópico para enfermedad diverticular en comparación con cirugía abierta.

Manejo multidisciplinario con entrenamiento en cirugía laparoscópica avanzada.

El abordaje laparoscópico constituye un reto para el cirujano por procesos inflamatorios severos que amerita cirugías complejas.

El abordaje mínimamente invasivo es una opción, menor morbilidad, pronta recuperación.

## 02 - 026

### Colitis ulcerativa grave: presentación de dos complicaciones diferentes en una paciente

Juan Javier Agudelo, Sebastián Portillo, Susana Paredes  
Universidad CES  
Medellín, Colombia.  
juan2585@gmail.com

**Introducción.** La enfermedad inflamatoria intestinal y dentro de esta la colitis ulcerativa es una condición patológica crónica del tracto gastrointestinal, que afectan comúnmente el colon y el intestino delgado, su presentación en nuestro medio, según la revisión realizada por Juliao y colaboradores en 2010 es del 80.7%, con una tasa de complicaciones graves que requieren de intervención quirúrgica urgente en el 10% de las veces cuando se trata de sangrado y del 1.6% cuando presentan perforaciones, esta última llevando a una mortalidad aproximada del 40%.

**Objetivo.** Presentar el caso clínico de una paciente joven quien desarrollo ambos tipos de complicaciones (perforación y hemorragia grave) en el transcurso de una misma hospitalización y cuyo resultado a pesar de la morbilidad y mortalidad asociada a la enfermedad fue satisfactorio.

**Material y método.** Presentación y revisión de un caso clínico.

**Conclusión.** Revisión en base al caso clínico del estado del arte de la colitis ulcerativa con presentaciones graves y que requieran de intervenciones quirúrgicas.

## 02-035

### Escisión total de mesorecto vía transanal

Hender Hernández, Deivis López, Guillermo León Labrador,  
Diego Humberto Márquez

Universidad Industrial de Santander – UIS.  
Bucaramanga, Colombia  
diegoamarquezb@gmail.com

**Introducción.** La escisión total de mesorecto transanal es una alternativa en el tratamiento del cáncer de recto. La cirugía endoscópica transluminal a través de orificios naturales, usando el recto como un acceso en la cirugía colorectal, es mejor tolerado que otros abordajes.

**Objetivo.** Exponer las ventajas del abordaje transanal en el cáncer de recto.

**Material y método.** Realizamos una escisión total de mesorecto por vía transanal en un paciente masculino de 57 años de edad con una lesión tumoral a 4 cm del margen anal, estudiado con colonoscopia y resonancia nuclear magnética con protocolo para recto. Tomografías de abdomen, pelvis y tórax negativas para enfermedad metastásica. Se administró quimio y radioterapia neoadyuvante. Realizamos un tiempo abdominal y otro transanal.

**Resultados.** El tiempo quirúrgico total fue de 240 minutos, la ingesta alimentaria se reinició 12 horas posteriores a la intervención, la primera descarga por la ileostomía se obtuvo a las 24 horas. Se dió de alta al 5 día postoperatorio sin complicaciones, con puntaje para escala de dolor de 2/10. La patología informó una disección completa del mesorecto con un PT2N1.

**Conclusión.** La mejor indicación de la vía transanal es en tumores de recto de tercio inferior (menos de 6 cm del margen anal) ya que esta vía de abordaje nos da solución a problemas que plantea la cirugía laparoscópica convencional (sección del recto con margen distal suficiente, disección pélvica), sobre todo en pacientes con características desfavorables para la cirugía laparoscópica (sexo masculino, obesos, pelvis estrechas y tumores voluminosos).

## 02 - 036

### Retención sintomática de cápsula endoscópica en paciente con enfermedad de Crohn: presentación de un caso y revisión de la literatura

Jerónimo Toro, Víctor Quintero, Laura Penagos  
Universidad Pontificia bolivariana  
Medellín, Colombia  
jerotoro1@hotmail.com

**Introducción.** La enfermedad de Crohn es una patología crónica del tracto gastrointestinal que tiene múltiples complicaciones a lo largo de su presentación clínica, lo cual hace difícil su diagnóstico y abordaje terapéutico. La cápsula endoscópica uno de los métodos diagnósticos mas utilizados en la actualidad para evaluar el intestino delgado ha tomado un papel importante, sin embargo, en este tipo de pacientes trae mayores complicaciones.

**Objetivo.** Se presentara un caso clínico de un paciente quien curso con retención sintomática de una cápsula endoscópica y su desenlace ante el manejo no quirúrgico, además se realizara una revisión de la literatura.

**Material y método.** Se extrajeron los datos de la historia clínica de un paciente previo consentimiento informado, analizando los datos clínicos y ayudas diagnósticas realizadas y descripción de los hallazgos y el enfoque inicial.

**Resultados.** Se realizó una revisión de la literatura y se expuso un caso de una paciente con enfermedad de Crohn que presentó retención sintomática de cápsula endoscópica y su manejo expectante exitoso, sin tenerse que realizar manejo quirúrgico como indica la mayoría de la literatura en presencia de síntomas y signos de obstrucción gastrointestinal

**Conclusión.** La retención de cápsula endoscópica es poco frecuente y su manejo a lo largo de la historia ha sido la cirugía como primera elección en aquellos pacientes que se presentan con signos y síntomas de obstrucción intestinal, en este caso se logró un manejo no quirúrgico incluso ante los síntomas y signos suboclusivos.

## 02 – 038

### Hemipelvectomía a propósito de un caso

Alfredo Constain Franco, Paula María Jaramillo, Carlos Oliver Valderrama, Carlos Alberto López  
Hospital Pablo Tobón Uribe - UPB  
Medellín, Colombia  
carloslopez97@hotmail.com

**Introducción.** La hemipelvectomía traumática, es una de las lesiones traumáticas más raras que pueden ocurrir en los miembros inferiores, constituye menos del 3 % de las lesiones traumáticas de la pelvis, mientras que la mortalidad oscila entre el 40 al 100 %. El desenlace final depende de la celeridad del tratamiento ya que se constituye en una lesión esencialmente fatal.

Siempre se constituye como el resultado de un trauma de alta energía por lo que múltiples sistemas se encuentran afectados.

Aunque el manejo de esta lesión es esencialmente quirúrgico, el uso de angiografía tiene un papel útil en el tratamiento intermedio de la injuria. El tratamiento se debe realizar de forma integral para garantizar un adecuado desenlace.

**Objetivo.** Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino, víctima de accidente de tránsito la cual sufre hemipelvectomía traumática, en la cual se realiza un manejo quirúrgico integral en el servicio de trauma del Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín.

**Material y método.** Reporte de caso y revisión de la literatura.

**Resultados.** Se documenta la descripción del caso clínico del tratamiento integral de una hemipelvectomía traumática, describiendo los aspectos clínicos y técnicos en el manejo de esta lesión traumática.

**Conclusión.** La hemipelvectomía traumática es una lesión poco común, que compromete rápidamente la vida del paciente y demuestra una alta tasa de mortalidad global. Se describe el caso del manejo integral de una paciente con hemipelvectomía traumática en la unidad de trauma del Hospital Pablo Tobón Uribe.

## 02 - 044

### Resección transanal de un pólipo adenomatoso tubulovelloso con displasia de alto grado

Rodolfo Valencia, José Domingo Díaz, Hernando Coba, Yuleima Morales  
Universidad de Cartagena  
Cartagena de Indias, Colombia  
rodovalart@hotmail.com

**Introducción.** Los pólipos adenomatosos o adenomas colorrectales son neoplasias de las mucosas con potencial maligno. La secuencia adenoma-carcinoma es bien conocida y se acepta que más del 95% de los adenocarcinomas de colon proceden de un adenoma.

Aproximadamente el 87% de los adenomas son tubulares, el 8% tubulovelloso y el 5% vellosos. Todos los adenomas tienen algún grado de displasia que puede ser de bajo o alto grado siendo necesaria su resección para mejorar la calidad de vida y pronóstico del paciente.

**Objetivo.** Presentar un caso de resección transanal de un pólipo adenomatoso tubulovelloso con displasia de alto grado en una paciente de 80 años.

**Material y método.** Estudio del caso, historia clínica, hallazgos, imágenes, histopatología, técnica y revisión de la literatura.

**Resultados.** Paciente ingresa al servicio de urgencias por protrusión de masa a nivel rectal acompañado de rectorragia identificándose en la colonoscopia lesión elevada, blanda y en la ultrasonografía endoscópica compromiso de mucosa y sub mucosa con reporte histopatológico de adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado es llevada a cirugía realizando resección transanal de la lesión exitosamente con margen de resección de 5cm, posoperatorio adecuado.

**Conclusión.** Si bien la resección abierta es la técnica de elección en tumores de este tipo, el advenimiento de la cirugía colorectal mínimamente invasiva ha demostrado ser una opción en pacientes de este tipo además por la disminución del tiempo quirúrgico, bajas dosis de analgesia posoperatorias y disminución de las complicaciones posquirúrgicas lo que lleva a una rápida recuperación con un alta precoz.

## 02 - 048

### Tumor de válvula ileocecal en anillo de sello: reporte de un caso

Pedro Vides De la Cruz, José Carlos Posada, Luis Gerardo Villota, Juan Carlos Jiménez  
Universidad de Cartagena  
Cartagena de Indias, Colombia  
pedro090381@gmail.com

**Introducción.** El carcinoma de células en anillo de sello es una rara variedad de adenocarcinoma, constituye del 0.1 al 2.4% de los cánceres primarios del colon y se asocia al adenocarcinoma hereditario no polipoide, aunque en la mayor parte de los casos su presentación es esporádica.

**Objetivo.** Reporte de un caso de tumor de válvula ileocecal de tipo carcinoma de células en anillo de sello.

**Material y método.** Paciente masculino de 53 años, con dolor abdominal leve, distensión abdominal y cambios característicos en las deposiciones, asociado a náuseas, episodios de vómito y pérdida de peso cuantificada en 15 días de 3 Kg. Consumidor de alcohol ocasional de 3 veces mes y fumador activo por 31 años. Examen físico con dolor de predominio en hemiabdomen derecho. Radiografía de abdomen evidenció niveles hidroaéreos sugestivos de obstrucción intestinal, se encontró una masa en la unión

ileocecal que obstruía por completo la luz intestinal, acompañado de adenopatías. Se emite el diagnóstico posquirúrgico de tumor de unión ileocecal.

*Resultados.* Adenocarcinoma mal diferenciado, primario de colon rico en células en anillo de sello, con compromiso hasta la capa serosa localizado en el ciego de 4 x 2 cm, con 4 de 9 ganglios comprometidos por la lesión tumoral.

*Conclusión.* El reporte de este caso muestra la variabilidad existente en este tipo de neoplasias, la baja incidencia de esta patología, no encontrando reportes en la literatura, en este caso fue posible la realización de la cirugía indicada, con evolución posquirúrgica favorable, y continua manejo oncológico.

## 02 - 061

### Perforación estercorácea del colon sigmoide: reporte de caso y revisión de la literatura

*Elio Fabio Sánchez, Aníbal Ariza, María Camila Azula*  
Hospital Universitario San Ignacio  
Bogotá D.C, Colombia  
departamentocirugia@husi.org.co

*Introducción.* La perforación estercorácea del colon, es una de las diversas causas de perforación del colon (3.2%). Se trata de una entidad infrecuente, con 100 casos reportados en la literatura mundial.

La causa de la perforación está directamente relacionada con ulceración y necrosis de la mucosa intestinal causada por el fecaloma. El diagnóstico de esta entidad es un reto clínico y en ocasiones requiere de uso de imágenes diagnósticas para llegar a éste.

Presentaremos el caso clínico de una paciente de 83 años quien se encontraba hospitalizada en el Hospital Universitario San Ignacio de Bogotá D.C por sepsis de origen pulmonar, valorada por cirugía general por cuadro de dolor y distensión abdominal, sin flatos ni deposiciones. Al examen físico con distensión abdominal sin signos de irritación peritoneal y al tacto rectal con abundante materia fecal en ampolla rectal. Se realiza TAC de abdomen con evidencia de distensión de asas, neumoperitoneo y materia fecal en todos los segmentos del colon.

*Materiales y métodos.* Realizamos laparotomía exploratoria encontrando peritonitis fecal, perforación del colon sigmoide, con distensión del colon y ciego crítico, por lo que realizamos colectomía total con ileostomía y Hartmann.

*Resultados.* La paciente requiere manejo en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), tiene una evolución clínica lenta hacia la mejoría, con manejo integral de comorbilidades. Y se da egreso sin complicaciones.

*Conclusión.* La perforación estercorácea es una entidad poco frecuente, sin embargo su diagnóstico y tratamiento temprano son fundamentales en el desenlace del paciente, debido a que un retraso en el mismo es causa de alta morbi-mortalidad en esta población.

## 02 - 064

### Apendicitis del muñón; una patología infrecuente, acerca de un caso

*Andrés Mauricio Cortés, Fabio Eduardo Pinzón*  
Pontificia Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio  
Bogotá, D.C., Colombia  
andresmcorces@gmail.com

*Introducción.* La apendicitis del muñón apendicular es una patología infrecuente; se describió por primera vez en el año de 1945 y a partir de ese momento son escasos los casos reportados.

*Objetivo.* Reportar un caso de una patología quirúrgica de difícil diagnóstico, con el fin de tenerla como un diagnóstico diferencial y poder ofrecer mejor calidad al tratamiento de los paciente.

*Material y método.* Tipo de estudio: reporte de caso; método descriptivo

*Muestra:* paciente en Hospital Universitario San Ignacio.

*Resultados.* A nivel global, la apendicitis aguda es la patología quirúrgica más usual; pero la apendicitis del muñón apendicular constituye un cuadro infrecuente, con sintomatología clínica diversa, inespecífica, conllevando a un diagnóstico tardío y tratamiento inicial erróneo. Se describe un caso de apendicitis del muñón apendicular en paciente masculino joven, previamente sano, con antecedente de apendicectomía hace 3 años extrahospitalaria, quien consultó a servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal generalizado, de 3 días de evolución de características inespecíficas asociado a deposiciones líquidas, picos febriles no cuantificados; al examen físico de ingreso paciente con signos de respuesta inflamatoria sistémica sin signos de irritación peritoneal a la palpación abdominal. Es valorado por el servicio de Medicina Interna considerándose sepsis abdominal, posible gastroenteritis bacteriana e iniciándose manejo con antibiótico parenteral. Sin embargo, a pesar del manejo instaurado, persiste dolor abdominal, al tercer día de estancia hospitalaria migra a fosa ilíaca derecha y se asocia a signos de irritación peritoneal, se realiza TAC de abdomen contrastado evidenciando proceso inflamatorio del ciego e íleon distal con colecciones hidroaéreas asociadas, que hacen sospechar perforación intestinal. Se solicita valoración por el servicio de Cirugía General y se lleva el paciente a sala de cirugía, previa explicación y firma de consentimiento informado; durante laparotomía exploratoria se encuentra muñón apendicular retrocecal con salida activa de líquido intestinal y materia fecal con fecalito impactado en la base. Se finaliza procedimiento sin complicaciones; se toman muestras; informe histopatológico del muñón reporta apendicitis aguda fibrinopurulenta.

*Conclusión.* La apendicitis del muñón apendicular es una patología infrecuente; se describió por primera vez en el año de 1945, y a partir de ese momento son escasos los casos reportados. Al revisar la literatura y los diferentes reportes de caso, se encuentra que los pacientes han cursado en pocas oportunidades con un cuadro clínico típico, en el cual se encuentra en la valoración inicial, signos de irritación peritoneal y signos de respuesta inflamatoria sistémica; lo anterior conlleva a demoras en el diagnóstico y tratamiento adecuado, aumentando el riesgo de perforación y complicaciones mayores. Puede ser este un llamado a tener dentro de los diagnósticos diferenciales la apendicitis del muñón y de esta manera proporcionar una pronta atención a los pacientes.

## 02 - 086

### Uso de toxina botulínica en paciente con proctalgia crónica. Reporte de caso

Abraham Kestenber, Sandra Patricia Molina, Jessica Capre,  
Sandra Milena Gutiérrez  
Universidad Del Valle  
Santiago de Cali, Colombia  
sandrapmolina08@hotmail.com

**Introducción.** Proctalgia crónica es un dolor vago, constante o intermitente, que empeora al sentarse, asociado con dolor a la palpación del músculo puborrectal, sin enfermedad orgánica causal. Diagnóstico según síntomas y hallazgos al examen físico: dolor a la palpación del puborrectal, predominantemente izquierdo.

Múltiples manejos propuestos incluyen baños de asiento, masaje digital del puborrectal, analgésicos y relajantes musculares vía oral, estimulación electrogalvánica, biofeedback, bloqueo ganglio presacro pero tienen altas tasas de recidiva. La toxina botulínica A es una opción de manejo estudiada para pacientes refractarios a otros tratamientos.

**Objetivo.** Presentar el caso de un paciente con proctalgia crónica manejado con toxina botulínica.

**Material y método.** Reporte de caso

**Resultados.** Paciente con 15 días dolor anal, constante, aumento progresivo, empeora al sentarse, dolor intenso para la defecación, no otros síntomas. Al examen físico había inspección normal, tacto rectal: dolor exquisito al movilizar el puborectal, especialmente en la parte posterior. Se inicia manejo vía oral con analgésicos, relajantes musculares y terapia de piso pélvico sin mejoría. Se realiza bloqueo simpático presacro y de puntos gatillos isquiáticos, mejoría parcial del dolor con reagudización. La RMN fue reportada como normal, manejo con hidromorfona y nuevo bloqueo de ganglio simpático, sin mejoría. Se aplica toxina botulínica con disminución progresiva de dolor con presencia de incontinencia fecal que mejora con terapia de piso pélvico. Un año después no ha presentado recurrencia de dolor.

**Conclusión.** Proctalgia crónica es una patología de difícil manejo y alta recurrencia que requiere manejo interdisciplinario; se evidencia la toxina botulínica como opción de manejo para pacientes con poca respuesta a otros manejos, siendo la incontinencia fecal el efecto secundario más temido.

## 02 - 099

### Abordaje laparoscópico de tumor retrorectal

Katherine Lozano, Omar Zorrilla, Eduardo Bolaños, Andrés Mejía  
Hospital Universitario Del Valle  
Cali, Colombia  
dra\_katherinelozano@hotmail.com

**Introducción.** Los tumores retrorectales son de origen embriológico complejo y muy rara presentación, y pueden ser de etiología benigna o maligna. El tratamiento se resume en la excisión quirúrgica, y depende del límite inferior de la lesión si se realiza un abordaje abdominal, perineal o combinado.

**Objetivo.** La cirugía laparoscópica y los avances en técnicas mínimamente invasivas para las resecciones del cáncer de recto puede ser aplicada para la resección de tumores retrorectales que han sido históricamente extraídos por cirugía abierta.

**Objetivo.** Presentar un caso de tumor retrorectal de ubicación ultrabaja, al cual se le realizó excisión laparoscópica.

**Material y método.** Se presenta el caso de un paciente de género femenino de 33 años de edad, con tumor retrorectal de 77 X 56mms palpable a 4 cm de margen anal, diagnóstico por colonoscopia e imágenes radiológicas que incluye tomografía, resonancia magnética y ultrasonografía endoscópica.

**Resultados.** Se realizó excisión laparoscópica a través de 5 puertos de trabajo, resección y extracción del tumor de manera exitosa sin morbilidad significativa para la paciente ni complicaciones intraoperatorias, alta hospitalaria en los 3 primeros días posquirúrgicos.

**Conclusión.** Se demuestra un procedimiento seguro, aplicable y reproducible, con las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva en una patología de ubicación de difícil acceso que durante la historia ha sido un reto la resección quirúrgica y el manejo de las comorbilidades asociadas al abordaje abdominal o perineal.

## VASCULAR

## 02 - 030

### Primer injerto femoropoplíteo criopreservado realizado en el Hospital San Vicente Fundación

Carlos Mauricio Ocampo, Stevenson Londoño, Giovani Garcia,  
Rene Fernando Timaran  
Universidad de Antioquia  
Medellín, Colombia  
carlosmocampo@gmail.com

**Introducción.** Los injertos criopreservados vasculares de donante cadavérico son una alternativa en los paciente que presentan infección de injertos vasculares protésicos o en aquellos paciente en los cuales no se dispone de alternativas autólogas como venas safenas o radiocefalicas, con alto riesgo de infección por comorbilidades o úlceras arteriales sobreinfectadas en el sitio quirúrgico debido a que en múltiples publicaciones estos han demostrado ser más resistentes a la infección con tasas de permeabilidad aceptables lo que se traduce en mayores tasas de salvamento de extremidad.

**Objetivo.** Presentar el primer caso de injerto femoropoplíteo criopreservado realizado por el grupo de Cirugía Vascular del Hospital San Vicente Fundación y la Universidad de Antioquia.

**Material y método.** Se utilizan dos segmentos de arteria fleofemoral criopreservada de 15 cm cada uno, se realiza reparo de defectos de pared y anastomosis término terminal de los dos segmentos, se realiza injerto femoro-poplíteo izquierdo a tercera porción de poplíteo con buena evolución clínica y pletismográfica evidenciada por recuperación de pulsos distales y mejoría del patrón pletismográfico.

**Resultados.** Mejoría clínica y pletismográfica a corto y mediano tiempo mejorando los síntomas y preservando la extremidad.

**Conclusión.** Los injertos vasculares criopreservados son una alternativa en los pacientes con factores de riesgo para infección de

injertos que contraindiquen los injertos protésicos y que no tienen alternativas autólogos.

## 02 - 070

### **Aneurisma de arteria mesentérica superior e ilíaca asociadas a poliarteritis nodosa: presentación de caso**

*Alberto Muñoz, Jorge Azuero, Jennifer Culig, David Rincón*  
Universidad Nacional de Colombia  
Bogotá, D.C., Colombia  
drincons@unal.edu.co

**Introducción.** La panarteritis nodosa es una vasculitis necrotizante de arterias de mediano tamaño. Las manifestaciones vasculares comunes son aneurismas en arterias renales y mesentéricas, las cuales deben repararse por las posibles complicaciones y mortalidad.

**Objetivo.** Describir un caso de aneurisma de arterias viscerales y falso aneurisma de íliaca derecha, en una paciente de 14 años, con diagnóstico de panarteritis nodosa, tratada en la Fundación Santa Fe de Bogotá.

**Material y método.** Se describe el caso de una paciente de 14 años con pseudoaneurisma de arteria íliaca derecha y aneurisma de aorta distal reparados con injerto de Dacrón aortobifemoral y en un segundo tiempo se realiza reparo de aneurisma de arteria hepática, tronco celiaco y arteria mesentérica superior, realizando resección y reconstrucción abierta.

**Resultados.** La paciente presenta cuadro clínico de fiebre, dolor abdominal, hipertensión arterial, dolor muscular intenso, fue remitida a nuestra institución con Angiotac y arteriografía evidenciando aneurisma falso gigante de arteria íliaca derecha y aneurismas de arteria hepática, tronco celiaco y mesentérica superior para manejo. La inmunosupresión y el reparo quirúrgico de los aneurismas por técnica abierta fueron exitosos. La paciente se encuentra asintomática, sin ninguna complicación posoperatoria.

**Conclusión.** El enfoque de un paciente con este tipo de vasculitis debe ser interdisciplinar, realizando diagnóstico y tratamiento de manera adecuada y oportuna. El manejo con inmunosupresores y reparo de aneurismas de arterias de mediano y gran calibre en este tipo de pacientes pediátricos, es el tratamiento de elección, evitando así progresión de la enfermedad.

## TUMORES

### 01 - 003

### **Tumores Estromales Gastrointestinales (GIST) y obstrucción intestinal, una presentación inusual**

*Rubén D. Luna, Rafael Vergara, Bernardo Borráez, Mónica Fagua*  
Fundación Clínica Shaio, departamento de Cirugía General  
Bogotá, D.C., Colombia  
bborraez@hotmail.com

**Introducción.** Los tumores estromales gastrointestinales (GIST) constituyen aproximadamente el 1% de las neoplasias del tracto gastrointestinal se presentan más frecuentemente con hemorragia digestiva.

**Objetivo.** Ejemplificar una presentación infrecuente de los tumores estromales gastrointestinales (GIST).

**Material y método.** A continuación presentamos un caso de un paciente de 75 años de edad quien ingresa a la Fundación Clínica Shaio por cuadro clínico consistente en emesis, distensión abdominal asociado a astenia, adinamia, hiporexia.

Endoscopia de vías digestivas altas (EVDA) con deformidad y obstrucción el antro Tomografía axial computarizada (TAC) con masa a nivel del antro gástrico de 58x48x50 mm con realce heterogéneo y apariencia polipoide.

**Resultados.** Hallazgos intraoperatorios con gran pólipo de 10 cm de diámetro, dependiente del antro gástrico, que destruye el píloro y se ubica en la primera porción del duodeno.

**Conclusión.** Los tumores estromales gastrointestinales (GIST) son una patología poco frecuente que requiere una alta sospecha clínica. El abordaje laparoscópico es un procedimiento seguro para la localización y tratamiento de este tipo de tumores.

### 02 - 006

### **Hemangiopericitoma gástrico maligno, reporte de primer caso en Colombia**

*William Salamanca, Miguel Andrés Lima*  
Fundación Universitaria Sanitas, Clínica Universitaria Colombia  
Bogotá, D.C., Colombia  
miguelandreslima@gmail.com

**Introducción.** Comportamiento incierto y de poco conocimiento en la literatura. Casos a nivel mundial se han documentado. Debido a su baja incidencia es poco conocido dentro de la oncología el manejo del mismo.

Presentamos el caso de un paciente de sexo femenino de 41 años de edad que se lleva a cirugía por tumor intraabdominal dependiente de curvatura mayor de estómago. Se realiza resección completa de lesión de aspecto neoplásico sin evidencia de lesiones metastásicas ni invasión peritoneal. Reporte de patología documenta enfermedad descrita.

**Objetivo.** Reportar el primer caso de hemangiopericitoma gástrico maligno en Colombia y hacer una revisión completa de lo que existe en la literatura mundial al respecto.

**Material y método.** Reporte de caso original del primer caso de hemangiopericitoma gástrico maligno en Colombia

**Resultados.** No hay parámetros ni paradigmas a nivel mundial en el manejo de esta patología.

**Conclusión.** El hemangiopericitoma maligno es una patología de rara incidencia, que en la literatura mundial solo ha sido documentada a manera de reportes de caso y de presentación en cualquier sitio anatómico, en la revisión de la literatura realizada se describe en un solo caso de presentación gástrica a nivel mundial.

Actualmente no hay paradigmas en su manejo ni esquemas oncológicos de tratamiento posterior a su resección quirúrgica.

### 02 - 007

### **Cirugía Paliativa en Cáncer de Cabeza y Cuello. Reporte de 5 casos y revisión de la literatura**

*Andrés Ignacio Chala, Álvaro Sanabria, Adonis Tupak Ramírez, Andrés Álvarez, Carlos Andrés Delgado*

Facultad de Salud Universidad de Caldas.  
Manizales, Colombia  
andreschalag@hotmail.com

**Introducción.** Se describen tratamientos oncológicos no quirúrgicos como opción de paliación en neoplasias malignas de cabeza y cuello, con pocas publicaciones para la cirugía paliativa. Esta busca mejorar la “calidad de vida” de paciente y familia, y en ningún momento está encaminada hacia medidas curativas y pretende asegurar la “calidad de muerte”.

**Objetivo.** Se presentan 5 casos de cirugía paliativa en cáncer de cabeza y cuello, se revisa comorbilidades, localización, estadio clínico, tipo histológico, técnica quirúrgica, estancia hospitalaria, morbilidad, tiempo de sobrevida y la calidad de vida.

**Material y método.** Se realiza una revisión retrospectiva de los registros de la cirugía paliativa realizados desde 30 de junio de 2014 a 1 de enero de 2015 por el servicio de cirugía de cabeza y cuello de la Facultad de Salud de la Universidad de Caldas.

**Resultados.** Se encontraron 5 pacientes, 3 mujeres y dos hombres con edades entre 17 y 78 años, con diagnóstico de cáncer de tiroides invasivo recurrente, sarcoma fusocelular de mandíbula, carcinoma de parótida, melanoma de mucosas y carcinoma escamocelular de pabellón auricular. Tres de los cinco tenían metástasis pulmonares. El sangrado y dolor fue el principal síntoma aliviado. Se evaluó la calidad de vida mediante la escala de medición de síntomas del MD Anderson para cáncer de cabeza y cuello (MDASI-HN).

**Conclusión.** Se plantea la cirugía paliativa en casos seleccionados para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias a través del alivio temporal del sufrimiento en espera de una muerte digna.

## 02 - 008

### Resección transgástrica de tumor estromal (GIST)

Rogelio Matallana, Felipe Vanegas, Sergio Díaz, Daniela Sierra  
Clínica CES, Medellín  
Medellín, Colombia  
danisierra\_9@hotmail.com

**Introducción.** Los tumores estromales gastrointestinales son raros y representan el 0.1 – 3 % de todos los cánceres intestinales, sobre todo en el tracto digestivo superior con una incidencia mundial de 15 casos por cada millón de habitantes. Estos tumores se originan de las células intersticiales de Cajal y se caracterizan por la sobreexpresión de receptores de tirosina kinasa (KIT) y recientemente por la identificación de antígenos como el CD 117 y CD 34 que permiten la delimitación de la estirpe celular.

El estómago es el órgano que se ve afectado con mayor frecuencia (60 %), seguido del intestino delgado (15 – 20 %).

Múltiples técnicas quirúrgicas se han descrito para la resección de este tipo de tumores y muchos autores se inclinan por la cirugía de mínima invasión basados en el tamaño tumoral y la localización, sugiriendo que tumores de < 6 cms son los mejores candidatos.

La técnica abierta es la resección en cuña fácilmente aplicable a la cirugía laparoscópica sobre todo con la aparición de las endograpadoras.

**Objetivo.** Descripción de un caso clínico y revisión de la literatura en cuanto al uso de técnicas laparoscópicas transgástricas para manejo de tumores estromales.

**Material y método.** Descripción de caso clínico.

**Conclusión.** La resección laparoscópica tiene excelentes resultados terapéuticos a largo plazo con un 92 % de tiempo libre de enfermedad.

## 02 – 010

### Ruptura Esplénica Espontánea secundaria a leucemia mieloide crónica, Reporte de Caso y Revisión de la Literatura

Roberto Javier Rueda, Carlos Felipe Perdomo, Mónica Daniela Barrios

Facultad de Medicina, Universidad de los Andes  
Bogotá D.C., Colombia  
md.barrios1110@uniandes.edu.co

**Introducción.** La ruptura esplénica es una rara condición que puede producir hemorragia intraabdominal y muerte. Esta puede ser traumática o espontánea (REE). A la fecha, 1046 casos han sido reportados.

**Objetivo.** Presentamos un caso de REE secundaria a leucemia mieloide crónica (LMC), de la cual solo se han reportado 158 casos.

**Material y método.** Hombre de 26 años con antecedente de LMC sin manejo quimioterapéutico, consulta por dolor abdominal. Ingresó con distensión abdominal y signos de irritación peritoneal. Se consideraron diagnósticos diferenciales: crisis blástica, urolitiasis, neumoperitoneo e infarto de víscera abdominal. Se realiza tomografía abdominal que mostró hepato-esplenomegalia, lesión esplénica mal definida con probable infarto. Evolución tórpida con compromiso hemodinámico, desaturación persistente y acidosis, se realiza laparotomía exploratoria, encontrándose hemoperitoneo y (bazo) de 2 Kg y 32 cm con ruptura del polo inferior. Evolución postoperatoria satisfactoria.

**Resultados:** La REE puede ser causada por desórdenes hematológicos malignos (30,3%); enfermedades infecciosas (27,3%) o desórdenes inflamatorios (20,0%). Presenta una mortalidad aproximada de 12%, que aumenta en pacientes con desórdenes neoplásicos (21%). La congestión del parénquima esplénico con células blásticas es la etiología principal, sin embargo deben tenerse en cuenta patologías que conlleven a hemorragia e infarto esplénico. La combinación de estos tres mecanismos se considera la causa de la REE.

**Conclusión.** La REE es diagnóstico diferencial importante en pacientes con hematopatías neoplásicas y dolor abdominal agudo. Es común la variación sintomatológica, pero el deterioro del estado general es siempre progresivo. El diagnóstico y tratamiento temprano aumentan supervivencia y disminuyen morbilidad asociada.

## 02-011

### Sarcoma pleomórfico gigante de la mama

Francisco Herrera, Katherine Redondo, Rubén Agresott  
Marsiglia, Carlos Osorio

E.S.E. Hospital Universitario del Caribe  
Cartagena de Indias, Bolívar, Colombia  
fherrer@gruposcalpellum.com

**Introducción.** Los tumores del estroma mamario se dividen en tumores de origen intralobulillar e interlobulillar; estos últimos

son similares a los tumores mesénquimales originados en otras zonas del cuerpo, son en mayor proporción malignos y, por su ubicación, actualmente reciben el nombre de “sarcomas de la mama”

**Objetivo.** Presentar el caso de una paciente en la cual se realizó el diagnóstico de un sarcoma pleomórfico “gigante”, esta fue sometida a mastectomía radical modificada más reconstrucción con colgajo de musculo dorsal ancho.

**Material y método.** Presentación de un reporte de caso; elaboración de historia clínica, descripción de hallazgos histopatológicos, técnica quirúrgica y revisión de la literatura.

**Resultados.** Se presenta el caso de una paciente de 50 años de edad quien, posterior a fallidos intentos de diagnóstico, acude al servicio de cirugía de mama de la E.S.E. Hospital Universitario del Caribe con un cuadro de cinco meses de evolución consistente en el crecimiento desmedido de una masa tumoral en mama derecha. Es llevada a cabo mastectomía radical modificada más reconstrucción con colgajo de musculo dorsal ancho. Estudio anatomopatológico evidencia una masa de 6500 gramos de peso con un diámetro mayor de 31 cm, se lleva a cabo diagnóstico inmunohistoquímico de un sarcoma pleomórfico de la mama.

**Conclusión.** El manejo del sarcoma pleomórfico de la mama debe incluir diagnóstico clínico oportuno, estudios de inmunohistoquímica y un manejo multidisciplinario. En la actualidad un adecuado manejo quirúrgico y tratamiento posterior con radioterapia impactan en la sobrevida y periodo libre de enfermedad del paciente.

02-015

### **Pancreatoesplenectomía radical anterógrada modular para tumores neuroendocrinos del páncreas grado 2 y 3**

Oscar Guevara <sup>1,2</sup>, Luis Felipe Cabrera Vargas <sup>1,3</sup>, Ricardo Oliveros <sup>1</sup>, Raúl Pinilla <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Cancerología. <sup>2</sup>Universidad Nacional de Colombia. <sup>3</sup>Universidad El Bosque  
Bogotá, D.C., Colombia  
oaguevarac@yahoo.com

**Introducción.** La pancreatoesplenectomía radical anterógrada modular (PRAM) fue descrita como una técnica con disección ganglionar radical con el fin de obtener una resección oncológica en adenocarcinomas de la cola del páncreas. Estudios han mostrado que el riesgo de compromiso ganglionar y recurrencia aumenta con el tamaño del tumor y el grado en los tumores neuroendocrinos del páncreas (TNEP) requiriendo una resección oncológica.

**Objetivo.** Presentar los resultados tempranos de la PRAM para el manejo de los TNEP del cuerpo/cola del páncreas mayores a 5 cm de diámetro o con grado 2 o mayor.

**Material y método.** Pacientes con TNEP del cuerpo/cola del páncreas, llevados a PRAM desde el 1 de enero de 2015 al 30 de mayo de 2015, analizando las principales variables perioperatorias.

**Resultados.** Dos casos con TNEP del cuerpo/cola del páncreas, patología preoperatoria con grado histológico 2, mayores a 10 cm de diámetro, llevados a PRAM. Una paciente mujer de 65 años, con resección de colon transversal asociada por compromiso tumoral. Patología mostró bordes negativos para tumor y 1/24 ganglio po-

sitivo, fistula pancreática posoperatoria tipo A como complicación y diarrea posoperatoria, requiriendo loperamida por dos meses. Un paciente hombre de 64 años, con resección en cuña gástrica por compromiso tumoral. Patología mostro bordes negativos y 8/15 ganglios positivos.

**Conclusión.** Los TNEP grado 2 y con lesiones de gran tamaño, tienen riesgo aumentado de compromiso ganglionar y recaída, por lo cual se requiere una resección oncológica adecuada. La PRAM se propone como técnica para asegurar un margen negativo y disección ganglionar extensa completa.

02 -032

### **Hemicolectomía izquierda más hepatectomía en dos fases por laparoscopia en un paciente con adenocarcinoma de colon y metástasis hepáticas sincrónicas**

Diego Dávila, Oscar Palacios, Camilo Naranjo, David Rodríguez  
Universidad CES  
Medellín, Colombia  
canasa89@gmail.com

**Introducción.** El cáncer colo-rectal es el cuarto cáncer más frecuente del mundo. Más del 50% de los casos se presentan con metástasis sincrónicas, especialmente hepáticas.

La colectomía más hepatectomía en 2 fases es el manejo de elección en los casos con metástasis hepáticas sincrónicas, aunque solo el 15-20% de estos son candidatos para el procedimiento, muchos porque son irreseccables y otros porque la cirugía dejaría un remanente hepático pequeño que llevaría a falla hepática. La hepatectomía en dos fases permite la hipertrofia del parénquima hepático sano mediante la ligadura portal del lóbulo comprometido en un primer tiempo y una vez el parénquima se hipertrofia realizar la hepatectomía del segmento comprometido.

Presentamos un caso de adenocarcinoma de colon y metástasis hepáticas llevado a hemicolectomía más hepatectomía en 2 fases por laparoscopia con muy buenos resultados post-operatorios.

**Objetivo.** Reportar un caso de cáncer de colon y metástasis hepáticas sincrónicas tratado con una hemicolectomía más hepatectomía en 2 fases por laparoscopia

**Material y método.** Se captó el paciente al ingreso en la clínica CES. Se realizó filmación del procedimiento quirúrgico, edición del video y revisión de la literatura para su presentación

**Resultados.** El procedimiento fue realizado con éxito permitiendo que un paciente que inicialmente era candidato solo a manejo paliativo, reciba manejo definitivo para su enfermedad.

**Conclusión.** La hepatectomía en 2 fases es una alternativa eficaz para el tratamiento de los pacientes con adenocarcinoma de colon y metástasis hepáticas inicialmente irreseccable siendo curativa en muchas ocasiones y con mínima morbi-mortalidad

02 - 039

### **Cirugía cooperativa para la resección laparoscópica de tumor gástrico (GIST) con sangrado**

Luis Gerardo Villota, Juan Carlos Hoyos, José Carlos Posada, Hernando Caba Barrios

Universidad de Cartagena, Facultad de Medicina  
lugevigo@gmail.com

**Introducción.** El tumor estromal gastrointestinal (GIST) es el tumor mesenquimal más frecuente en el tracto digestivo. Al disponer de inhibidores de la tirosina quinasa KIT (Imatinib), se ha mejorado el pronóstico y manejo quirúrgico, sin embargo hay pacientes que son llevados a cirugía de manera relativamente urgente por complicaciones como sangrado y que se benefician de abordajes mínimamente invasivos conjugados como la laparoscopia y la endoscopia.

**Objetivo.** Presentar un caso de abordaje cooperativo para la resección de una lesión gástrica de 10 x 10 cm compatible con GIST en una paciente de 54 años por laparoscopia con asistencia endoscópica.

**Material y método.** Estudio del caso, historia clínica, hallazgos, imágenes, histopatología, técnica y revisión de la literatura.

**Resultados.** Paciente ingresa al servicio de urgencias por sangrado, dolor y plenitud gástrica, identificándose en la endoscopia digestiva alta en cara anterior del cuerpo gástrico y en curvatura mayor lesión submucosa gigante de base ancha de 10 cm ulcerada en su vértice impresionando GIST gástrico, es llevada a cirugía realizando resección laparoscópica de la lesión exitosamente con apoyo endoscópico intraoperatorio y aminorando el contacto del tumor con las estructuras adyacentes, posoperatorio adecuado.

**Conclusión.** Si bien el manejo con inhibidores de la tirosinaquinasa es la elección en tumores de este tipo, puede requerirse excepcionalmente priorizar el procedimiento quirúrgico por complicaciones como el sangrado. El uso de las técnicas mínimamente invasivas conjugadas (endoscopia - laparoscopia) beneficia al paciente, y en el caso descrito tuvo gran impacto en la recuperación y evolución satisfactoria.

## 02 - 040

### **Melanoma amelanótico rectal, una entidad infrecuente: presentación de un caso**

*Sandra Herrera, Brenda Rodríguez, Juan Carlos Jiménez, Juan Carlos Hoyos*

Universidad de Cartagena, Facultad de Medicina  
Cartagena de Indias (Bolívar), Colombia  
juanjimenez-79@hotmail.com

**Introducción.** El melanoma es un tumor maligno derivado de células melanocíticas de la cresta neural, la mayoría son cutáneos (95%). Representan el 0.5% de todos los cánceres colorrectoanales. El melanoma rectal es una entidad rara, clínicamente agresiva, con pobre supervivencia.

**Objetivo.** Analizar la presentación clínica, evolución y el tratamiento actual de esta entidad.

**Material y método.** Paciente femenina de 52 años con cuadro de rectorragia de 2 meses de evolución. Colonoscopia muestra lesión polipoide, que se biopsia. Estudio histopatológico reporta melanoma amelanótico, fusocelular y epiteliode, positivo para S100, MelanA y HMB 45. Valoración dermatológica y oftalmológica descarta lesiones. Se realiza resección tumoral, encontrándose masa de 15 cm, asociada a lesión metastásica pélvica. La paciente recibió tratamiento

adyuvante con quimioterapia y radioterapia sin mejoría, fallece 4 meses después.

**Resultados.** El melanoma es considerado una neoplasia muy agresiva. La incidencia máxima es entre 50-70 años. El tratamiento consta de resección acompañada de quimioterapia y radioterapia, sin embargo a pesar del tratamiento el pronóstico es muy pobre, con supervivencia promedio de 24 meses y sobrevida a 5 años de 10-15%. El uso del ganglio centinela es de gran apoyo para planear cirugías menos agresivas.

**Conclusión.** El melanoma es un tumor de mal pronóstico y pobre respuesta al tratamiento debido a su tendencia metastásica. Las lesiones rectales suelen diagnosticarse tardíamente, ya que los síntomas aparecen en estadios avanzados. Actualmente debe contemplarse el uso de fármacos que pudieran modificar la respuesta inmune, con transformación de la historia natural de esta enfermedad.

## 02 - 046

### **Sarcoma pleomórfico indiferenciado: reporte de un caso**

*Juan Carlos Jiménez, Juan Carlos Hoyos, José Carlos Posada, Luis Gerardo Villota*  
Universidad de Cartagena  
Cartagena de Indias, Colombia  
juanjimenez-79@hotmail.com

**Introducción.** El sarcoma es un tumor originado de partes blandas, es de muy rara incidencia, aproximadamente representa el 1% de todos los tumores malignos, generalmente son asintomáticos y de gran crecimiento. El sarcoma pleomórfico indiferenciado, antes denominado fibrohistiocitoma maligno, es un tipo de sarcoma de origen incierto, no se ha identificado la célula de origen.

**Objetivo.** Analizar la presentación clínica, evolución y el tratamiento actual de esta entidad.

**Material y método.** Paciente masculino de 56 años que consulta por cuadro clínico de edema en miembro superior; al examen físico con masa abdominal gigante y eventración monstruosa con pérdida de domicilio, se le realizan estudios de extensión que evidencian gran formación con densidad de tejidos blandos de origen retroperitoneal que se extiende desde el área subhepática hasta la sínfisis púbica. Es llevado a cirugía para resección, cuya patología reporta sarcoma pleomórfico indiferenciado; el paciente evoluciona satisfactoriamente.

**Resultados.** Masa abdominal de componente mixto con adherencias firmes a estómago, intestino delgado y colon, de origen retroperitoneal, reporte patológico con resultado de sarcoma pleomórfico indiferenciado.

**Conclusión.** El sarcoma pleomórfico indiferenciado es un tumor de presentación infrecuente, su pico de incidencia se encuentra entre 50 y 70 años, la piedra angular del tratamiento es la cirugía y radioterapia. El pronóstico depende del grado y del tamaño tumoral, entre otros factores, con una sobrevida entre el 30 y 50% a cinco años.

## 02 - 074

### **Presentación atípica del adenocarcinoma mucinoso apendicular: a propósito de un caso**

*Juan Carlos Hoyos, Yessica Andrea Trujillo*

Antigua Clínica Universitaria San Juan De Dios  
Cartagena, Colombia

**Introducción.** Las neoplasias mucinosas apendiculares representan una patología rara con una incidencia entre 0,2 y 0,3% de todas las apendicectomías. La presentación más común es el dolor en el cuadrante inferior derecho y una masa abdominal palpable en el 50% de los casos.

**Objetivo.** Valorar la importancia de identificar los signos y síntomas atípicos en el carcinoma apendicular para llegar a un diagnóstico y una conducta adecuada.

**Material y método.** Reporte de caso de paciente femenina de 57 años con presencia de fistula recto vaginal quien es llevada a laparoscopia encontrándose plastrón que involucra tercio distal del apéndice, cúpula vaginal, ovario derecho, unión rectosigmoidea y fistula apendicovaginal realizándose apendicetomía, resección de cúpula vaginal y proctosigmoidectomía en bloque por laparoscopia.

**Resultados.** La patología mostró adenocarcinoma.

Adenocarcinoma mucinoso apendicular, bien diferenciado. Invasión tumoral hasta órganos vecinos comprometiendo pared del sigmoides, por contigüidad, tejido de cúpula vaginal con extensa fibrosis.

**Conclusión.** El carcinoma apendicular puede crear un dilema diagnóstico debido a los hallazgos clínicos e imaginológicos inespecíficos. Suelen ser asintomáticos y se diagnostican incidentalmente durante la cirugía. Sin embargo las neoplasias mucinosas apendiculares se asocian con un pronóstico excelente; por lo tanto el reconocimiento temprano de la patología es importante y las precauciones intraoperatorias deben ser tomadas para mantener la integridad del apéndice y así prevenir la ruptura iatrogénica y la propagación de las células productoras de mucina potencialmente malignas en toda la cavidad peritoneal.

02 - 081

### **Precisión de imágenes diagnosticas en la detección de patología neoplásica de páncreas: a propósito de un caso**

Nayib Zurita, Yessica Trujillo, Vicente Cogollo  
Cartagena de Indias, Colombia  
vicentecogollo@gmail.com

**Introducción.** Las imágenes diagnosticas son una ayuda importante para el clínico en pesquisa de patologías sin determinar naturaleza, a pesar de ello su sensibilidad y especificidad varían considerablemente en torno a lo que se busca, es el caso en patología pancreática benigna o maligna.

**Objetivo.** Presentar un vídeo en el cual se reporte un caso que fue llevado a quirófano como patología benigna determinada por imágenes y que incidentalmente encontramos una patología neoplásica que requirió un manejo distinto. Obteniendo resultado seguro, eficaz con 1 año libre de enfermedad.

**Material y método.** Vídeo realizado mediante el uso de un computador portátil conectado a una video cámara, que se acopla al equipo de laparoscopia, el cual permite la grabación de todos los pasos durante la cirugía.

**Resultados.** Se obtuvo un resultado óptimo con un posoperatorio sin complicaciones, controles a la fecha negativos de recidiva

tumoral, teniendo en cuenta que la intervención quirúrgica fue hace un año.

**Conclusión.** En nuestra experiencia con este caso queremos establecer que no existe un método imaginológico *gold standard*, siendo necesario la utilización de diversos estudios para determinar con precisión el tipo de patología pancreática a enfrentar en el acto operatorio.

## **TRAUMA**

02 - 009

### **Manejo no operatorio de trauma cardiaco y trauma de colon penetrante por herida de arma de fuego de carga múltiple**

Paula María Jaramillo, Jaime Andrés Montoya  
Hospital Pablo Tobón Uribe  
Medellín, Colombia  
jaimemontoya6@hotmail.com

**Introducción.** Se presenta el caso de un paciente de 65 años quien ingresa remitido de hospital de segundo nivel de atención, por cuadro de herida por proyectil de arma de fuego de carga múltiple en tórax, abdomen y miembro superior izquierdo. Al ingreso se encuentra hemodinámicamente estable, sin disnea, leve dolor abdominal; se realiza FAST extendido en el servicio de urgencias el cual es negativo. Paciente tenía antecedente de toracotomía antero lateral izquierdo por herida por arma corto punzante y laparotomía y múltiples intervenciones por HPAF antiguas. Al examen físico se evidencian heridas en hemitórax izquierdo y en región toracoabdominal izquierdo, no dolor abdominal, no irritación peritoneal, con hemoglobina normal y gases arteriales normales se realizan TAC de tórax y abdomen contrastado donde se evidencia perdigón intramiocárdico con hematoma periaórtico en cayado sin evidencia de lesión de aorta, perdigones en parenquima pulmonar izquierdo con contusión pulmonar, no hemotórax, en la serie abdominal se evidencian múltiples perdigones sin aire o líquido libre, se decide realizar manejo no operatorio. Se realiza control tomográfico con contraste oral y rectal en la parte del tórax si cambios en el hematoma mediastinal y en la serie abdominal perdigones intrarectales e intracolónicos sin evidencia de extravasación de medio de contraste, se realiza ecocardiografía transtorácica que reporta perdigón en miocardio en anillo tricuspídeo sin comprometer la válvula no derrame pericárdico. A las 48 horas de ingreso se inicia dieta líquida, la cual es bien tolerada, no caída de hemoglobina, ni aumento de reactantes de fase aguda, no dolor abdominal, buena evolución, tolera dieta normal al 7 día, se desmonta oxígeno suplementario. Se realiza control tomográfico, no cambios en hematoma periaórtico, en serie abdominal no líquido libre, no neumoperitoneo, no evidencia de esquirlas intracolónicas. Se realiza seguimiento a 1 año paciente completamente asintomático sin deterioro de su clase funcional.

**Objetivo:** Presentar el caso de un manejo no operatorio exitoso de una trauma cardiaco y de colon penetrante por herida de proyectil de arma de fuego de carga múltiple.

**Material y método:** Se realiza el reporte de un caso clínico de manera descriptivo retrospectivo.

**Resultados:** Se realiza reporte de un caso de un paciente con trauma cardíaco y de colon penetrante por herida por proyectil de arma de fuego de carga múltiple quien ingresa 12 horas después del trauma

con estabilidad hemodinámica, asintomático; se realiza manejo no operatorio el cual es exitoso.

*Conclusión:* El manejo no operatorio del trauma cardíaco y trauma de colon penetrante en casos seleccionados puede ser exitoso.

## 02 – 041

### **Paradigma de la toracotomía de resucitación en trauma vascular intra-abdominal y el papel del manejo endovascular en nuestro medio**

*Diego Fernando Cruz, Katherine Vanessa Jiménez, Jorge Herrera, Jenith Rocío Lagos, Helmer Emilio Palacios*  
Universidad del Cauca.  
Popayán, Colombia.

diegocruz@unicauca.edu.co; dipolo84@hotmail.com

*Introducción.* Se presentan dos casos clínicos durante el primer semestre del año 2015 en dos centros hospitalarios nivel III de la ciudad de Popayán con trauma vascular intra-abdominal en quienes se realiza toracotomía de resucitación con clampeo de Aorta por 10 y 20 minutos, trauma esplénico y hepático grado V respectivamente según los criterios establecidos por el Colegio Americano de Cirujanos desde el año 2001.

*Objetivo.* Discutir la asequibilidad del manejo en estas pacientes de manera endovascular a través del REBOA (*resuscitative endovascular balloon occlusion of aorta*).

*Material y método.* Revisión de historia clínica de las pacientes mencionadas con las notas operatorias, imágenes y evolución intrahospitalario hasta el egreso. Se revisa la literatura en los últimos 15 años con respecto a la toracotomía de resucitación y las indicaciones del REBOA planteando las posibilidades de manejo en estas pacientes.

*Resultados.* Se encuentra que dentro de los protocolos de la Universidad del Cauca para lesiones intra-abdominales exanguinantes el control de daños con clampeo manual de la aorta sigue siendo la única herramienta terapéutica con buen desenlace en estas pacientes.

*Conclusión.* Se define que dentro de nuestro sistema de salud y centros de trauma se requieren salas de operaciones híbridas con disponibilidad de radiología intervencionista y cirujanos de trauma capacitados para el posible manejo endovascular en traumas severos con compromiso hemodinámico. Se deja este interrogante sabiendo como único beneficio del REBOA según la literatura es en trauma vascular intra-abdominal con o sin toracotomía de resucitación abierta y/o laparotomía con control de daños.

## 02 - 049

### **Manejo laparoscópico de lesión aislada de vesícula biliar en trauma cerrado de abdomen**

*Marcela Lucía Tascón*  
Clínica Amiga COMFANDI; Pontificia Universidad Javeriana, Sede Cali  
Cali, Colombia  
marcelatascon@gmail.com

*Introducción.* La lesión aislada de vesícula biliar en trauma cerrado es un hallazgo infrecuente, ocurre en el 1-2% de los traumatismos

abdominales cerrados. Su baja incidencia se debe a la buena protección de este órgano dentro del abdomen y puede ser asociado a múltiples lesiones de órganos cercanos como hígado, duodeno o páncreas. Es una entidad de difícil diagnóstico preoperatorio, puede ser por medio de ecografía, tomografía, aunque generalmente éste se realiza durante la intervención quirúrgica.

*Objetivo.* Presentar el manejo laparoscópico de lesión de vesícula aislada en trauma cerrado.

*Material y método.* Presentación de caso clínico.

*Resultados.* Paciente masculino de 20 años, reporta caída de bicicleta en movimiento, trauma directo en epigastrio y zona periumbilical, que presentó dolor abdominal no agudo; tomografía abdominal con contusión vesícula biliar. La laparoscopia diagnóstica identificó necrosis de pared vesicular, bilioperitoneo, no otras lesiones, por lo que se practicó colecistectomía por laparoscopia, dren abdominal. Buena evolución clínica. Alta al quinto día tolerando vía oral, no dolor. Retiro del dren abdominal a la siguiente semana no fístula biliar.

*Conclusión.* En la mayoría de las rupturas vesiculares se encuentran lesiones abdominales concomitantes. En diferentes series se encuentran lesiones hepáticas en el 83-91% de las ocasiones y esplénicas/duodenales/pancreáticas en el 54%.

Aunque la lesión aislada de vesícula biliar es una entidad rara que, si bien es de difícil diagnóstico preoperatorio, debe incluirse dentro del diagnóstico diferencial de causas de abdomen agudo postraumático en todo paciente con contusión abdominal con dolor abdominal. La colecistectomía es la técnica más segura y de elección en estos pacientes.

## 02-059

### **Manejo de fractura esternal por cinturón de seguridad. Reporte de un caso**

*Carlos Remolina, Nelson Buelvas, Yessica Trujillo, José Rodríguez, Alberto Correa*  
Universidad del Sinú, Seccional Cartagena  
Cartagena, Colombia  
nelson\_buelvasgomez@hotmail.com

*Introducción.* Las fracturas esternales han tenido un aumento de frecuencia en accidentes de tránsito por el uso del cinturón de seguridad. En 2/3 de los casos están asociadas a otro tipo de lesiones que pueden poner en peligro la vida del paciente. En el siguiente estudio mostramos nuestra experiencia con un caso de fractura esternal por cinturón de seguridad y el manejo quirúrgico dado al paciente.

*Objetivo.* Establecer un perfil de manejo para el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico de las fracturas de reja costal, así como comparar nuestras conductas con las publicadas en la literatura.

*Material y método.* Se realizó recolección de datos de historia clínica, así como de imágenes diagnósticas y del procedimiento. Además se realiza revisión bibliográfica exhaustiva en base de datos PubMed.

*Resultados.* Se logró la adecuada estabilización de la fractura y de la reja costal mediante osteosíntesis, utilizando un sistema de fijación con placas de titanio específicas para esternón. No hubo complicaciones posquirúrgicas y el paciente se reintegró adecuadamente a

sus actividades. Se encontraron otros reportes de casos en los que se utilizan otros métodos alternativos de fijación, como platinas para fracturas de radio y de costillas.

**Conclusión:** Existen varios métodos de fijación para fracturas de esternón (platinas costales universales, platinas de radio o específicas para esternón). En estos casos, lo fundamental para la evolución del paciente es garantizar la estabilidad de la fractura. Consideramos que nuestra técnica es segura, costoefectiva y fácil de reproducir.

## 02 - 063

### Trauma severo de tejidos blandos en tórax por explosión de bomba hidráulica

*Helmer Palacios, Jenith Lagos, Diego Cruz, Guillermo Vallejo, Edgar Rojas, Jorge Herrera*  
Universidad del Cauca  
Popayán, Colombia  
palacios-rodriquez@unicauca.edu.co

**Introducción.** Los traumas producidos por inyección de hidrocarburos a presión son de baja frecuencia, se presentan principalmente en extremidades y en relación con la manipulación de maquinaria hidráulica, siendo causa de severa y extensa lesión de tejidos que requieren intervención quirúrgica temprana y agresiva.

**Objetivo.** Presentar el caso de un hombre de 54 años que sufre trauma de tejidos blandos en tórax secundario a la inyección de aceite a presión por estallido de bomba hidráulica y realizar la revisión de la literatura disponible.

**Material y método.** Se revisa la historia clínica, las imágenes diagnósticas y el manejo que se dio al paciente y se revisa la bibliografía disponible en las principales bases de datos de literatura médica.

**Resultados.** El paciente presenta contusión pulmonar y extensa contaminación de tejidos blandos por aceite en pared torácica, siendo llevado a cirugía en cinco oportunidades en las cuales se extrae el material extraño con progresiva limpieza de los tejidos y se maneja con sistema de curación asistida por vacío con adecuada evolución y posterior egreso.

**Conclusión.** El manejo quirúrgico temprano para desbridamiento y remoción del material extraño es necesario en los traumatismos con contaminación por hidrocarburos para limitar la lesión y degradación tisular y la respuesta inflamatoria secundaria, requiriendo a menudo múltiples intervenciones, donde el sistema de curación asistida por vacío es de gran utilidad al permitir la evacuación de secreciones, lavado y aislamiento del sitio de lesión, así como la mejor granulación tisular y reparo posterior.

## 02 - 068

### Ruptura traumática de la aorta torácica: manejo endovascular

*Carlos Vallejo, Angélica Cendales, Mauricio Peláez*  
Hospital San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana  
Bogotá, D.C., Colombia  
macendales@husi.org.co

**Introducción.** La ruptura traumática de la aorta torácica es una lesión que debe ser sospechada en trauma cerrado de alta energía.

El 80% de los pacientes mueren en el sitio del accidente y del 20% de los pacientes que logran acceder a atención médica, 50% fallecen. A continuación se presenta un caso clínico manejado en el Hospital Universitario San Ignacio de un paciente con ruptura traumática de la aorta torácica, manejado con reparo endovascular de forma exitosa.

**Objetivo.** Presentar un caso realizado de forma exitosa de manejo endovascular de la ruptura traumática de aorta en el Hospital San Ignacio.

**Material y método.** Exponer un caso clínico de ruptura traumática de la aorta torácica y su tratamiento endovascular. La reseña del caso incluye el análisis clínico, su aproximación diagnóstica y la descripción con detalle sobre el manejo endovascular.

**Resultados.** Paciente de 24 años de edad, víctima de accidente de tránsito, ingresa y permanece estable hemodinámicamente. Se toma TAC toracoabdominal evidenciando una ruptura traumática de aorta torácica por lo que se lleva a reparo endovascular de forma exitosa.

**Conclusión.** El manejo endovascular en una opción viable y segura en el manejo de la ruptura traumática de aorta torácica.

## 02 - 071

### Reconstrucción bronquial por fractura de bronquio fuente izquierdo secundario a trauma de tórax cerrado

*Rafael Beltrán, Enrique Prieto, Ronald Siabato*  
Hospital Universitario La Samaritana, Universidad Nacional de Colombia  
Bogotá, D.C., Colombia  
rsiabato081@gmail.com

**Introducción.** Las fracturas bronquiales secundarias a trauma de tórax cerrado son infrecuentes y también como causa de atelectasias especialmente de tipo reabsorción central; el tipo de lesión bronquial más frecuente es el transversal como es el caso clínico que se expone a continuación.

**Objetivo.** El presente caso expone el abordaje diagnóstico y quirúrgico en un paciente en la tercera década de la vida quien ingresa al hospital universitario de La Samaritana con antecedente de toracotomía posterolateral izquierda más pericardiotomía por trauma de tórax cerrado secundario a accidente en motocicleta en diciembre del 2014, pasados cuatro meses presenta cuadro de 2 semanas de evolución de dolor opresivo en hemitórax izquierdo y disnea por lo que es remitido con diagnóstico presuntivo de hernia diafragmática, sin embargo en imagen con evidencia de atelectasia total de pulmón izquierdo se realizó fibrobroncoscopia con evidencia de fractura de bronquio fuente izquierdo con separación estimada de 2.5 cm.

**Resultados.** El 22 de Abril se realiza reconstrucción bronquial, con posoperatorio inmediato exitoso, tolerando la extubación temprana con estancia corta en Unidad de Cuidado Intermedio y rehabilitación pulmonar satisfactoria, fibrobroncoscopia control a las 2 semanas con permeabilidad del 70%.

**Conclusión.** Es importante indagar sobre la biomecánica del trauma en el caso de trauma de tórax cerrado y ser acucioso cuando no se observe una adecuada expansión pulmonar o neumotórax residual

después de una exploración cardiopulmonar. La reconstrucción bronquial en el contexto de un abordaje por toracotomía previa, pericardiotomía sin pericardiorrafia implica una disección cuidadosa de las estructuras adyacentes al corazón y grandes vasos tales como nervio frénico y esófago dado el importante componente adherencial.

02 - 076

### Manejo de trauma de esófago cervical penetrante con tubo de Kehr

Román Alberto Guerrero, Gabriel Alberto Roa, Elver Camacho, Rodrigo Castilla, Andrés Guzmán  
Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario  
Bogotá, D.C., Colombia  
guerrerop81@hotmail.com

*Introducción:* manejo de trauma de esófago cervical penetrante con tubo de Kehr.

*Objetivo.* En el hospital Occidente de Kennedy se realizó una revisión del manejo de trauma cervical penetrante excluyendo trauma por proyectil de arma de fuego, instrumental o neoplásico, con el seguimiento clínico de varios casos clínicos.

*Material y método.* Se analizaron de forma retrospectiva tres casos que inicialmente no tenían signos severos de trauma vascular ni de lesión de la vía aérea, pero posteriormente los exámenes complementarios evidenciaron perforación esofágica cervical; se llevó a manejo quirúrgico, realizando cervicotomía izquierda, drenaje de la colección y colocación intraluminal esofágica de tubo de Kehr además, dren activo en el sitio de la colección, toracotomía anterolateral y toracostomía cerrada por mediastinitis según fuese el caso complementado con nutrición parenteral y antibiótico de amplio espectro por 21 días.

*Resultados.* La causa de la perforación esofágica fue traumática, por heridas con arma cortopunzante en zona II de cuello, presentaron defectos esofágicos pequeños evidenciados por endoscopia digestiva o por esofagograma con medio hidrosoluble, que fueron llevados a exploración quirúrgica y reparo de defecto con colocación de tubo de Kehr ya que la calidad de los tejidos perilesionales no permitía realizar sutura primaria por alta probabilidad de deshechencia.

*Conclusión.* En las perforaciones esofágicas cervicales donde no se considera la rafia primaria esofágica por la mala calidad de los tejidos, la colocación del tubo de Kehr permitió la canalización y creación de una fistula, permitiendo el control adecuado del foco infeccioso con los drenes activos, antibioticoterapia y nutrición parenteral.

02 - 092

### Manejo laparoscópico en trauma de lesiones penetrantes en abdomen

Jessica Capre, Sandra Molina, Sandra Gutiérrez, Mauricio Zuluaga  
Universidad Del Valle,  
Cali, Colombia  
jessicacapre@hotmail.com

*Introducción.* Los abordajes mínimamente invasivos tienen varias beneficios por esta razón sus aplicaciones se han extendido a trauma; en nuestro medio el trauma por proyectil de arma de fuego es común, teniendo una frecuencia de 4 paciente en promedio heridos por proyectil de arma de fuego por día.

En ocasiones pacientes con heridas penetrantes estables con criterios de cirugía por dolor abdominal se llevan a cirugía abierta con lesiones que podían abordarse por cirugía mínimamente invasiva, la cual es menos dolorosa, tiene menor tiempo de recuperación, menor tiempo de hospitalización.

*Objetivo.* Se puede extrapolar el manejo con cirugía mínimamente invasiva con recuperación rápida, menor morbilidad, complicaciones y hospitalización en pacientes traumatizados ahorrando en estos realizar cirugía abierta e incisiones extensas y dolorosas. Encontramos que el abordaje laparoscópico es útil y permite la revisión sistemática de forma segura.

*Material y método.* reporte de dos casos manejados por laparoscopia en la ciudad de Cali. Caso 1: paciente con trauma penetrante por objeto cortopunzante en abdomen, región toracoabdominal derecha posterior, con abdomen agudo, hipotenso con tensión arterial de 80/40 el cual se estabiliza en quirófano; se realiza laparoscopia con manejo de trauma hepático y diafragma. Caso #2: paciente con múltiples heridas por proyectil de arma de fuego en abdomen en región toracoabdominal derecha y abdominal izquierda y torácica pura, neumotórax comunicante por trauma penetrante con rama de árbol, presenta hipotensión de 80 /40 y abdomen doloroso. Radiografías de tórax y abdomen sin evidencia de proyectil. Se realiza toracostomía izquierda con estabilización de tensión arterial, exploración de abdomen por laparoscopia encontrando cavidad intraabdominal sin lesiones.

*Resultados.* Se obtiene igual efectividad en la revisión y manejo de pacientes con heridas penetrantes con cirugía mínimamente invasiva comparada con la cirugía abierta.

*Conclusión.* El abordaje laparoscópico en trauma penetrante de abdomen permite una revisión completa y segura tanto como la abierta, muy útil en casos de heridas ahorrando en estos pacientes laparotomías xifopúbicas con todas sus complicaciones.

## PARED ABDOMINAL Y HERNIAS

02 027

### Un caso de evisceración vaginal. Manejo laparoscópico

Uriel Ovidio Cardona  
Clínica SaludCoop, Cali, Clínica Farallones de Cali  
Cali, Colombia  
urielcardona24@yahoo.com

*Introducción.* La evisceración vaginal es una entidad clínica muy poco frecuente observada en pacientes con histerectomía previa.

*Objetivo.* Se presenta el manejo laparoscópico de una paciente con evisceración vaginal no traumática

*Material y método.* Se realizó un abordaje laparoscópico puerto umbilical de 10 mm y dos puertos para umbilicales de 5 mm; se utilizó PDS 3.0. No hubo complicaciones intra operatorias, la paciente fue dada de alta en las 24 horas siguientes.

**Resultados.** Se resolvió la evisceración vaginal por vía laparoscópica sin complicaciones y el seguimiento a 1 año no ha mostrado ninguna complicación.

**Conclusión.** El manejo laparoscópico es factible y eficaz en el manejo de la evisceración vaginal.

## 02 - 033

### Hernia del ligamento falciforme: presentación de caso y revisión de la literatura

*Santiago Navas, Andrés Ricardo Falla*  
Hospital Militar Central  
Bogotá, D.C., Colombia  
navasortiz.santiago@hotmail.com

**Introducción.** Por definición, las hernias internas involucran la herniación de una víscera a través de un orificio normal o anormal dentro de la cavidad peritoneal. Un 50% corresponden a las paraduodenales. Otras menos frecuentes son las transmesentéricas, transometales, del hiato de Winslow y las paracecales. Las hernias del ligamento falciforme son exóticas y descritas hasta la fecha en pacientes pediátricos como causa inusual de obstrucción y atresia intestinal.

**Objetivo.** Describir la presentación de un caso inusual de hernia de asa delgada a través del ligamento falciforme en un paciente adulto, previamente sano y sin antecedente quirúrgico abdominal, y realizar revisión de la literatura.

**Material y método.** Presentación de un caso clínico de un paciente evaluado y tratado en el Hospital Militar Central, incluyendo resultados de laboratorio, métodos diagnósticos empleados y registro fotográfico de la intervención quirúrgica y resultados obtenidos.

**Resultados.** La transección del ligamento falciforme por vía laparoscópica permitió la liberación del asa comprometida, logrando reperusión satisfactoria al final de la cirugía y evolución postoperatoria satisfactoria.

**Conclusión.** Las hernias del ligamento falciforme son extremadamente infrecuentes. El diagnóstico se sospecha por la clínica e imágenes diagnósticas, y se confirma mediante exploración. La transección del ligamento, por vía abierta o laparoscópica, resuelve la causa mecánica y permite resolución completa de síntomas.

## 02 - 053

### Hernia de Petit, reporte de caso

*Edgar Manuel Carvajal*  
Universidad Nacional de Colombia, Hospital Universitario La Samaritana  
Bogotá D.C., Colombia  
emcarvajalr@unal.edu.co

**Introducción.** Las hernias lumbares representan solo el 2% de todas las hernias ventrales así encontramos la hernia de Petit o del triángulo lumbar inferior que representa el 10% de estas, siendo reportadas en la literatura aproximadamente de 350 a 400 como hernias lumbares, de las cuales 40 a 50 pueden corresponder a la hernia de Petit. Por lo anterior presentamos la experiencia con el presente caso.

**Objetivo.** Presentar la experiencia como referencia para futuros manejos en escenarios similares, aportando criterios de sospecha clínica, estudios diagnósticos y manejo quirúrgico de la hernia de Petit.

**Material y método.** El reporte de este caso se obtiene a partir del contacto con el paciente por demanda espontánea. Se describe el contexto clínico, métodos diagnósticos como Laboratorio clínico, Ultrasonido, Tomografía axial computarizada con contraste y el abordaje quirúrgico con los materiales elegidos para ello.

**Resultados.** Se aborda paciente femenina de 66 años de edad con cuadro de masa iliolumbar derecha con lesión supurativa lumbar, y como primer diagnóstico una hernia de Petit comprobada por Tomografía se asocia una fistula ureteral con sobreinfección renal, y por complejidad termina en nefrectomía derecha, resección de la fistula urinaria y hernioplastia con malla de polipropileno con éxito.

**Conclusión.** La hernia de Petit representa un reto de alta sospecha clínica y conocimiento de la misma, para definir pautas diagnósticas, y el mejor abordaje terapéutico según su variedad.

## 02 - 084

### Manejo de eventraciones por técnica separación de componentes “nuestra experiencia”

*Nayib Zurita, Klovis Vergara Caly, Vicente Cogollo Mangones*  
Universidad del Sinú, Seccional Cartagena  
Cartagena De Indias, Colombia  
vicentecogollo@gmail.com

**Introducción.** Las eventraciones de gran tamaño han sido un reto importante para el cirujano a lo largo del tiempo, se ha conformado como una patología que ha cambiado su manejo en pro del mejoramiento de la técnica, así como la disminución de las complicaciones. En nuestra experiencia queremos demostrar el uso de una técnica que se encuentra a la vanguardia con óptimos resultados.

**Objetivo.** Presentar nuestra experiencia en la utilización de la técnica de separación de componentes en el manejo de eventraciones de gran tamaño, donde las técnicas convencionales no ofrecen un beneficio notable, obteniendo resultados seguros, eficaces con menor riesgo de complicación y recidiva.

**Material y método.** Vídeo realizado mediante el uso de una video cámara HD, la cual permite la grabación de todos los pasos durante la cirugía.

**Resultados.** Las eventraciones han sido tema de controversia dada la gama de posibilidades de corrección, a pesar de lo anterior en la actualidad se ha observado un crecimiento notable del uso de esta técnica, al separar los componentes de la pared cabe resaltar que brinda mejor margen de corrección con menor riesgo de complicaciones.

**Conclusión.** En nuestra experiencia recomendamos la realización de la técnica de separación de componentes en aquellos pacientes que presentan defectos grandes en la pared abdominal, los cuales no se beneficiarían adecuadamente de una técnica convencional; hemos

tenido resultados excelentes dentro de nuestra casuística teniendo como única complicación el manejo de seromas.

## 02 - 093

### **Herniorrafia inguinal por laparoscopia. Experiencia del grupo de cirugía laparoscópica avanzada en el Hospital Universitario San José de Popayán**

Juan Pablo López, Liliana Sánchez, Roger Orlando Bonilla, Edwin Muñoz

Universidad del Cauca. Hospital Universitario San Jose Popayán, Colombia  
rogerbonillarasas@gmail.com

*Introducción.* La operación de hernia es una de las más comunes de la cirugía ambulatoria. La evolución tecnológica y el desarrollo de nuevas técnicas así como la experiencia y habilidad del cirujano han permitido la corrección de las hernias inguinales mediante cirugía laparoscópica. Dos conceptos han revolucionado el tratamiento quirúrgico de las hernias inguinales en los últimos años. La utilización de material protésico preperitoneal para la reparación de las hernias y el concepto de herniorrafia sin tensión de Lichtenstein. Estos dos argumentos se unen en la reparación preperitoneal laparoscópica con la colocación de una malla. Las técnicas utilizadas son: la totalmente extraperitoneal (*totally extraperitoneal*, TEP), la transabdominal preperitoneal (*transabdominal preperitoneal*, TAPP), la intraperitoneal con malla aplicada (*intraperitoneal onlay mesh*, IPOM).

*Objetivo.* Presentar la experiencia del grupo de cirugía laparoscopia avanzada en el Hospital Universitario San Jose de Popayán en cuanto al reparo laparoscópico de la hernia inguinal.

*Material y método.* Estudio descriptivo. Presentación de casos clínicos y revisión bibliográfica.

*Resultados.* En nuestro hospital se utilizan las técnicas TEP y TAPP. La anestesia de elección es la raquídea. No se han observado recurrencias tempranas, aunque el tiempo de seguimiento es insuficiente. Complicaciones mínimas en relación a seromas y a hidrocele. Buenos resultados funcionales.

*Conclusión.* Hasta el momento la experiencia es satisfactoria, teniendo en cuenta que nuestro hospital no contaba con el grupo de cirugía laparoscópica avanzada - LAP. Es la primera serie de casos de la ciudad de Popayán en cuanto a la reparación laparoscópica ya que antes la técnica de elección era la abierta.

## 02 - 097

### **Hernia diafragmática: abordaje mínimamente invasivo**

Felipe Casas, Manuel Santiago Mosquera, Juan Carlos Garzón, Akram Kadamani

Universidad de la Sabana, Fundacion Cardioinfantil Chía, Colombia  
fcasasj@gmail.com

*Introducción.* En los últimos años con el auge de técnicas mínimamente invasivas se han generado diferentes alternativas para el manejo de ciertas patologías, la hernia diafragmática es una de ellas. Clásicamente la hernia diafragmática se ha manejado por laparotomía para los casos agudos y por toracoscopia para los crónicos.

*Objetivo.* Se describen los beneficios del abordaje mínimamente invasivo desde el tórax y desde el abdomen.

*Material y método.* Se revisaron 4 casos manejados en la Fundación Cardioinfantil, 3 por vía laparoscópica y uno por toracoscopia. Las 4 hernias crónicas, 2 congénitas y 2 adquiridas, una con antecedente de intervención quirúrgica en tórax (decorticación) y la otra con antecedente de herida por arma blanca en región toracoabdominal izquierda.

*Resultados.* Se realizaron los procedimientos sin complicaciones con estancia hospitalaria en promedio de 3.25 días, inicio de vía oral a los 1.2 días y con mejor control analgésico.

*Conclusión.* El abordaje mínimamente invasivo para el manejo de hernia diafragmática crónica es seguro, disminuye la estancia hospitalaria, el inicio de la vía oral es temprano y hay mejor control del dolor. El cirujano según su experiencia y habilidad puede escoger la vía que considere.

Por vía torácica se logra una mejor visualización del diafragma pudiendo resultar en una liberación más segura del saco herniario sin embargo no permite visualizar la presencia o no de isquemia en el órgano reducido. La vía abdominal permite visualizar la presencia o no de isquemia y de lesiones asociadas una vez reducida la hernia. El uso de malla es según criterio médico.

## 02 - 100

### **Gran hernia de Grynfeltt reparada por vía abdominal anterior más malla**

Adriana Marcela Zuñiga, José Fernando Reyes

Hospital Universitario del Valle-HUV, Universidad del Valle y Clínica Farallones de Cali  
Cali, Colombia  
adrianamzuniga@hotmail.com

*Introducción.* Paciente de 52 años quien fue obesa en 2013 realizan cirugía bariátrica y al perder marcadamente peso nota abultamiento en zona lumbar derecha consulta en varias ocasiones refieren ser un lipoma, por causa de una hemorragia uterina anormal solicitan ecografía pélvica transvaginal en la que reportan quiste complejo de ovario izquierdo es valorada por cirujano oncólogo quien encuentra que la protuberancia lumbar es reductible y programa para cirugía de resección de ovario más herniorrafia por laparotomía con colocación de malla.

*Objetivo.* Mostrar técnica de reparo de hernia lumbares poco frecuentes por vía abdominal más malla con peritonización de esta.

*Material y método.* Se hizo búsqueda de la literatura sobre la presentación y el mejor manejo de estas hernias en busca de una menor recurrencia y mejores resultados. Las hernias lumbares son sumamente raras. La reparación clásica, descrita por Dowden 1907 involucra la identificación del defecto fascial y el cierre primario por aproximación de sus bordes, aproximación del músculo oblicuo mayor a la fascia del músculo dorsal ancho y se refuerza al llevar hacia arriba un colgajo de fascia lata y aponeurosis del músculo glúteo mayor.

*Conclusión.* El espacio de Grynfeltt-Lesshaft, puede ser triangular o más frecuentemente en forma de cuadrilátero, pueden ser adquiridas, por debilidad y atrofas musculares. La mayoría de sus reparos se

reportan por lumbotomía. La reparación de esta hernia se realizó desde la cavidad peritoneal con malla de polipropileno y cubierta por peritoneo sin complicaciones y con buenos resultados hasta el momento.

## INFECCIONES

### 02 - 004

#### Otras causas de dolor y masa abdominal: actino-micetoma

Jessica Correa Marín<sup>1</sup>, Alden Pool Gómez<sup>2</sup>

<sup>1</sup> R. Cirugía General UNIVALLE, <sup>2</sup> Cirujano General UNIVALLE)

Universidad del Valle- HUV

Cali, Colombia

jcm1603@hotmail.com

**Introducción.** La actinomycosis es una enfermedad infecciosa rara, en ocasiones afecta órganos intraabdominales simulando patología oncológica.

**Objetivo.** Demostrar una causa alterna no maligna de tumoración intestinal.

**Descripción del caso.** Paciente masculino de 43 años procedente del área urbana quien consultó por 2 meses de dolor y masas en hemiabdomen izquierdo sin alteración del hábito intestinal ni sangrado. Pérdida de 8kg. de peso. Único antecedente relevante alcohol hasta la embriaguez desde los 20 años cada 8 días.

Consulta HSJD paciente con IK 90% y positivo al examen físico del abdomen masa en flanco izquierdo que se extiende hasta reborde costal izquierdo, tacto rectal normal.

Se realizó colonoscopia que fue normal: normal hasta ángulo esplénico angulación que no deja avanzar.

TAC abdomen: Masa en ángulo esplénico del colon sólida heterogénea 7x3,8cm compromiso de la pared del colon y grasa pericólica, no signos de obstrucción.

Paciente persiste con dolor abdominal, es llevado a laparotomía exploratoria y extensión transversa en flanco izquierdo, hemicolectomía izquierda, resección de diafragma y toracostomía cerrada. Hallazgos: Líquido ascítico, masa de 20x22 cms compromete ángulo esplénico del colon y sigmoides, ganglios aumentados de tamaño en el meso, masa que infiltra diafragma izquierdo y pared abdominal.

**Resultados.** Buena evolución posquirúrgica, se retira tubo de tórax a los 3 días y egresa a los 5 días. En control ambulatorio resultado patología: actino- micetoma negativo para malignidad, se da remisión a infectología realizan seguimiento ecográfico sin nuevos hallazgos. Recuperó su peso y vida habitual.

**Conclusión.** Se recomienda tener en cuenta esta entidad dentro de los diagnósticos diferenciales de masas en tracto gastrointestinal.

### 02-025

#### Tuberculosis como hallazgo de masa esplénica

Ricardo Manuel Nassar, Juan David Linares, Andrés Mauricio Ortega, Felipe Girón

Fundación Universitaria Santa Fe de Bogotá

Bogotá, D.C., Colombia

mao26.18@gmail.com

**Introducción.** La tuberculosis es una enfermedad que ha disminuido de forma progresiva desde los años 50. En el 21% de los casos se presentan como enfermedad extrapulmonar, y el compromiso esplénico aislado es muy raro. Inicialmente fue descrito por Coley en 1846, y a partir de este momento se han reportado algunos casos, pocos en el mundo occidental.

Se han descrito situaciones de riesgo asociados a la aparición de la enfermedad, como son inmunosupresión, infección piógena previa, anomalías esplénicas, trauma esplénico previo o enfermedad hematológica. Cuando se trata de pacientes inmunocompetentes se presenta como una infección secundaria a otra localización de la micobacteria.

Los síntomas son inespecíficos y el diagnóstico puede ser por biopsia principalmente, o por resección quirúrgica en caso de falla de otros métodos diagnósticos.

El tratamiento se inicia con el manejo usual de tuberculosis, teniendo siempre en mente la necesidad de llevar a esplenectomía en casos determinados

**Objetivo.** Dar a conocer la presencia de esta patología como parte de las causas de lesiones esplénicas de etiología indeterminada.

**Material y método.** Se presenta un caso de un paciente de 68 años con antecedente de cáncer de próstata y con evidencia tomográfica de masa esplénica.

**Resultados.** La tuberculosis esplénica aislada es una entidad demasiado rara, con una baja incidencia, y de presentación principalmente en pacientes inmunosuprimidos.

**Conclusión.** Siendo la tuberculosis una patología que ha presentado una disminución significativa en su incidencia, y con un bajo porcentaje de presentación extrapulmonar, se encuentra como una causa a determinar en pacientes con masas esplénicas. Tienen una presentación inespecífica y su diagnóstico bien definido por estudio patológico de biopsia o de pieza quirúrgica, que indica tenerlo en cuenta entre los diagnósticos diferenciales.

### 02 - 056

#### Apendicitis crónica por Actinomyces

Diego Valbuena, Wilmar Martín Montero, Esperanza Velásquez

Fundación Universitaria Sanitas

Bogotá, D.C., Colombia

diegoego55@hotmail.com

**Introducción.** La apendicitis aguda es una patología frecuente en la práctica diaria, ocurriendo lo contrario con la presentación crónica de dicha enfermedad, por esta razón su diagnóstico es tardío ocasionando incluso que este se realice luego de la manifestación de alguna de sus complicaciones.

**Objetivo.** Describir el caso de una apendicitis crónica por actinomyces.

**Material y método.** Se describe el caso de un paciente con dolor abdominal crónico y masa en fosa iliaca derecha, biopsias negativas,

tomografía con calcificaciones pericecales, adenopatías periaorticas e inflamación del ciego, quien es llevado a hemicolectomía derecha, cuyo reporte de patología es compatible con apendicitis crónica por actinomyces.

*Resultados.* Paciente con dolor y masa en fosa ilíaca derecha, tomografía con engrosamiento de ciego y calcificaciones, colonoscopia no conclusiva y biopsias negativas para neoplasia, se realiza hemicolectomía derecha con reporte de patología compatible con apendicitis crónica por actinomyces.

*Conclusión.* La apendicitis crónica es una patología insidiosa y de difícil diagnóstico. Pocos médicos tienen presente este diagnóstico, por lo que suele pasar inadvertido y manifestarse con las complicaciones tardías de la enfermedad.

Debe tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial en el dolor en fosa ilíaca derecha, especialmente cuando la evolución es crónica.

## 02 - 065

### Manejo percutáneo de la necrosis pancreática infectada en paciente con pancreatitis aguda: a propósito de un caso

Edwin Oveimar Muñoz<sup>1</sup>, Carlos Priarone<sup>2</sup>, Jesús Eduardo Díaz<sup>3</sup>, John Fredy Dorado<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Clinical Epidemiology training. Karolinska Institutet, Suecia<sup>2</sup>, Hospital Universitario San José de Popayán

<sup>3</sup> Universidad del Cauca, Gastroenterología, Hospital Universitario San José de Popayán<sup>4</sup> Universidad del Cauca Popayán, Colombia  
edw2648@yahoo.com

*Introducción.* Se trata de una paciente de 56 años con pancreatitis aguda severa de etiología no clara, quien desarrolló como complicación local colecciones pancreáticas y necrosis infectada.

*Objetivo.* Revisar la literatura y evidencia del manejo percutáneo de la necrosis pancreática infectada y presentar un caso clínico al respecto.

*Material y método.* Se revisaron los registros de historia clínica de la paciente y se realizó una búsqueda sistemática de la bibliografía acerca del manejo de dichas complicaciones a través de cirugía percutánea en las principales bases de datos de literatura médica.

*Resultados.* Después del inicio de la dieta la paciente presenta deterioro clínico con dolor abdominal y desarrolla marcada respuesta inflamatoria, la tomografía contrastada de abdomen reportó pancreatitis Balthazar E observando colecciones y áreas de necrosis con gas interno sugestivas de infección, se inició manejo antibiótico y además requirió soporte de nutrición parenteral total. La paciente fue llevada en dos ocasiones a drenaje de las colecciones peri-pancreáticas realizando un drenaje percutáneo transgástrico y en el espacio para renal anterior izquierdo. En la segunda intervención se colocó por vía percutánea un catéter transgástrico tipo *Pigtail* para drenaje interno de la colección peri pancreática bajo guía endoscópica. La recuperación de la paciente fue satisfactoria.

*Conclusión.* El manejo de las complicaciones locales pancreáticas pueden ser tratadas principalmente con técnicas mínimamente invasivas obteniendo buenos resultados. En este caso se realizó por vía percutánea y luego con ayuda endoscópica.

## NUTRICIÓN

### 02-019

#### Recuperación de más de 25 kilogramos con nutrición parenteral total ciclada

Carlos Ernesto Guzmán, Salín Pereira, Álvaro Mena, Sergio Iván Hoyos, Sandra Milena Alzate  
Hospital Pablo Tobón Uribe  
Medellín, Colombia  
cguzman@hptu.org.co

*Introducción.* Desde 1950 el manejo de la falla intestinal y el 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 cuatro pacientes que lograron recuperar más de 25 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 tres pacientes, de los cuales tres ingresaron por intestino corto, con ostomías (dos por obstrucción intestinal y otra por enfermedad de Crohn), y uno con el intestino completo pero con una dismotilidad desde la segunda porción del duodeno hasta segmentos aislados del colon.

*Resultados.* Los primeros tres pacientes lograron una recuperación nutricional de 37, 26 y 25 kilogramos, que les permitió ser llevados a cirugías reconstructivas intestinales en forma exitosa, con el posterior desmonte progresivo de la nutrición parenteral total y el cuarto paciente recuperó 29 kilogramos y está en trámites para realizarse un trasplante de intestino delgado.

*Conclusión.* El recuperar nutricionalmente a estos pacientes, hasta llegar a un índice de masa corporal adecuado para poderlos llevar a cirugía, nos estimula para compartir con los demás cirujanos colombianos que esta modalidad terapéutica para la falla intestinal ya es una realidad en Colombia.

### 02-020

#### Nutrición parenteral total ciclada ambulatoria: Sobrevida cercana a 4 años en una paciente mayor de 70 años

Carlos Ernesto Guzmán, Salín Pereira, Álvaro Mena, Sergio Iván Hoyos, Sandra Milena Alzate  
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 de 74 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 cms 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 12 horas y posteriormente se continuó en forma ambulatorio hasta la fecha. Complicaciones: 4 infecciones del acceso venoso central con bacteremia (última hace más de 18 meses) y una disfunción hepática que ha permanecido estable desde hace dos años.

**Conclusión.** El llevar a esta paciente a un índice de masa corporal adecuado y mantenerlo durante casi 4 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.

## 02-021

### Rehabilitación intestinal con menos de 40cms de yeyuno-íleon residual

*Carlos Ernesto Guzmán, Salin Pereira, Álvaro Mena, Sergio Iván Hoyos, Sandra Milena Álzate*  
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 tres paciente, con menos de 40cms de yeyuno-íleon residual, en lograr un completo proceso de adaptación intestinal.

**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; de un paciente de 47 años quien el 7 de febrero de 2012 quedó solamente con 40 cm de yeyuno-íleon; y de una paciente de 54 años quien el 24 de diciembre de 2012 quedó solamente con 40 cm de íleon; todos con el colon completo y todos secundarios a trombosis mesentérica masiva.

**Resultados.** Todos los 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; el segundo, 4 meses y la tercera paciente requirió 7 meses, permaneciendo todos, hasta la fecha, con una completa autonomía nutricional.

**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 trombosis mesentérica ya tienen posibilidad de manejo conservador, con resultados cada vez más satisfactorios.

## OTROS

### 02-022

#### Trasplante de multivisceral modificado: Reporte del primer paciente colombiano con sobrevida mayor a 5 años y medio

*Carlos Ernesto Guzmán, Álvaro Mena, Sergio Iván Hoyos, Sandra Milena Álzate, Carolina Echeverri*  
Hospital Pablo Tobón Uribe  
Medellín, Colombia  
guzman@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 5 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 5 años y 8 meses, con una completa autonomía nutricional y un retorno completo a sus actividades sociales y laborales.

**Conclusión.** El obtener una sobrevida mayor de 5 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.

### 02-023

#### Trasplante de intestino delgado: reporte del primer paciente colombiano con sobrevida mayor a 8 años

*Carlos Ernesto Guzmán, Álvaro Mena, Sergio Iván Hoyos, Sandra Milena Álzate, Carolina Echeverri*  
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 8 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 8 años y 3 meses, con una completa autonomía nutricional y un retorno completo a sus actividades sociales y laborales.

**Conclusión.** El obtener una sobrevida mayor de 8 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 - 028

### Un caso de ruptura espontánea de vejiga. Abordaje laparoscópico

*Uriel Ovidio Cardona, Ivo Siljic, Juan Carlos Valencia, Mauricio Zuluaga*  
Clínica SaludCoop Cali, Clínica Farallones de Cali  
Cali, Colombia  
urielcardona24@yahoo.com

**Introducción.** La ruptura espontánea de vejiga es una entidad clínica poco frecuente descrita en pacientes de edad avanzada o con trauma oculto.

**Objetivo.** Describir una técnica laparoscópica de reparo de una lesión de vejiga con exposición de la mucosa. Se presenta el seguimiento clínico a 3 meses.

**Material y método.** Se presenta el caso de una adolescente de 15 años que ingresa a urgencias por dolor abdominal, valorada por ginecología que encuentra líquido en fondo de saco en estudio ultrasonográfico. Se realiza laparoscopia diagnóstica encontrando abundante líquido en la cavidad peritoneal y una ruptura de la cúpula de la vejiga. Se realiza reparo primario con PDS 3.0. En un solo plano, a través de un puerto umbilical óptico de 10 mm y dos puertos de trabajo paraumbilicales de 5 mm. Se dejó sonda vesical y la paciente fue egresada en las primeras 24 horas.

**Resultados.** El seguimiento clínico a 3 meses no mostró ninguna complicación y la sonda vesical fue retirada a los 15 días. La paciente permaneció asintomática durante este tiempo.

**Conclusión.** La sutura primaria de la vejiga por laparoscopia en un solo plano es un método seguro y eficaz para el manejo de la ruptura espontánea de este órgano.

## 02 - 034

### Reporte de casos: migración transmural de oblitoma. De los errores también se aprende

*Sandra Milena Gutiérrez, Karen Johanna Ponce*  
Hospital Universitario del Valle, Universidad del Valle  
Cali, Colombia  
sandragutierrezmd@gmail.com

**Introducción.** Los errores médicos pueden conllevar a variadas consecuencias en la salud de los pacientes. Uno de ellos suele ser el olvido incidental de elementos quirúrgicos en las cavidades corporales. Aunque cada día son mayores las medidas tomadas para evitar esas complicaciones, aun se siguen presentando y se manifiestan a corto y largo plazo de manera variada, implicando procedimientos adicionales.

**Objetivo.** Realizar un reporte de dos casos de migración transmural de oblitomas o textilomas hacia la luz intestinal, para dar a conocer esta inusual presentación.

**Material y método.** Reporte de casos y revisión de la literatura.

**Resultados.** Se presentan dos casos, el primero de un paciente de 45 años que ingresa con un cuadro de obstrucción intestinal, tiene un antecedente de una laparotomía por una herida por proyectil de arma de fuego en abdomen, que requirió manejo con abdomen abierto y una segunda intervención para el cierre de la pared. Se evidencia en radiografía de abdomen imagen radiopaca sugestiva de cuerpo extraño tipo oblitoma y se lleva a cirugía, evidenciando el elemento en la luz intestinal, ejerciendo efecto obstructivo. Requiere enterotomía para su extracción, con una evolución adecuada en su postoperatorio. El segundo caso es un hombre de 72 años, con bolsa hidronefrótica izquierda, programado para nefrectomía por vía laparoscópica. Dada la presencia de múltiples adherencias durante la intervención se realizó conversión a vía abierta. Durante la nefrectomía fue necesario realizar ligadura hemostática en la cola del páncreas posterior y empaquetamiento en cuadrante superior izquierdo. Se programó para desempaquetamiento y cierre de cavidad el cual se llevó sin complicaciones y se dio egreso por buena evolución. Reconsulta a los 28 días por dolor en sitio operatorio y SIRS, al examen físico evidencian salida de abundante material seropurulento por sitio de antiguo dren, interconsultan con Cirugía General, se diagnostica fístula pancreática, se realizó TAC que evidencia oblitoma con migración transmural subtotal. Se llevó a laparotomía, adherenciólisis, enterotomía para extracción de oblitoma, enterografía, necrosectomía de cola de páncreas y derivación de fístula con dren en hipocondrio izquierdo. Buena evolución postoperatoria con egreso a casa sin drenes.

**Conclusión.** El oblitoma quirúrgico aunque infrecuente puede acarrear complicaciones a corto y largo plazo de variada presentación, entre ellas la extrusión a la luz intestinal.

## 02 - 052

### Colgajo fasciocutáneo de glúteos con cierre V-Y bilateral para el manejo de úlceras sacras complicadas: reporte de caso y revisión de la literatura

*Hugo A. Aguilar, Giseth Bustos, Aylinn González, John Vargas, Juan F. Camacho, Juan S. Barajas-Gamboá*

Hospital Universitario de Santander (HUS) E.S.E, Departamento de Cirugía Plástica.  
Bucaramanga, Colombia  
drhugomd@hotmail.com

**Introducción.** El control y manejo de las úlceras sacras complicadas (USC), representa un problema grave de salud en poblaciones especiales, incluyendo adultos mayores y personas con limitaciones físicas. La incidencia de USC varía dependiendo del contexto social, demográfico, y del nivel de atención médica, encontrando reportes desde 1 % al 12%. El manejo quirúrgico se presenta como la alternativa terapéutica de primera línea en caso avanzados y con procesos infecciosos concomitantes, mostrando resultados clínicos favorables.

**Objetivo.** El objetivo de este artículo es reportar un caso clínico de un paciente con USC manejadas con colgajos fasciocutáneos de glúteo con cierre V-Y.

**Material y método.** Se realizó revisión bibliográfica médica con criterios de búsqueda establecidos y se exploró la historia clínica del paciente disponible en el hospital (Historia electrónica y archivos físicos).

**Resultados.** Masculino de 52 años, habitante de la calle, con antecedentes de trauma raquímedular, parálisis de miembros inferiores, colostomía hace 6 años actualmente prolapsada, vejiga neurogénica e insuficiencia renal crónica. Presenta escaras sacras desde hace 10 años con constantes procesos de sobreinfección, manejadas con desbridación progresiva. Luego de un adecuado control intrahospitalario de las infecciones de las escaras y estado nutricional del paciente, se realiza cirugía de colgajos fasciocutáneos de glúteo con cierre V-Y, sin complicaciones quirúrgicas. A los 12 días, el paciente se le da salida.

## 02 - 075

### Frecuencia de las cirugías abdominales de urgencias en el anciano en el hospital universitario San José de Popayán, en el periodo 2009 a 2013

Alexei Rojas, Beatriz Bastidas, Juliana Jaramillo, Cecilia Manzano, Laura Lugo  
Universidad del Cauca  
Popayán, Colombia  
lauralugo@gmail.com

**Introducción.** Se define paciente anciano como mayor de 65 años. Debido al aumento de la expectativa de vida, es mayor el número de pacientes que consultarán por cuadros agudos de origen abdominal. Los estudios realizados son limitados, además no se dispone de información en la población caucana. Se ha encontrado en la revisión de la literatura la relación entre ASA elevada y el retraso en la admisión al hospital con mayor mortalidad.

**Objetivo.** Determinar la frecuencia de las cirugías abdominales de urgencias en el anciano en el hospital universitario San José de Popayán en el periodo 2009 a 2013, caracterizando la población, determinando los hallazgos quirúrgicos y describiendo las complicaciones presentadas.

**Material y método.** Se realizó un estudio tipo descriptivo y retrospectivo con una población y muestra de 90 ancianos intervenidos por urgencias abdominales, se caracterizó la población y se realizó análisis univariado para encontrar asociaciones entre mortalidad y complicaciones con factores clínicos y quirúrgicos.

**Resultados.** La tasa de mortalidad fue de 13.3 % (12 pacientes), las complicaciones posoperatorias se presentaron en el 54% de los casos (49 pacientes) encontramos asociación entre estas complicaciones y la mortalidad ( $p=0,001$ ). La presencia de reintervención y ASA elevado también se asociaron con mortalidad ( $p=0,028$  y  $0,045$ ), adicionalmente se encontró la relación entre menor estancia hospitalaria y baja tasa de complicaciones ( $p=0,0001$ ).

**Conclusión.** El presentar complicaciones posoperatorias el ASA elevado y la necesidad de reintervención podría aumentar el riesgo de mortalidad, estas características podrían ser estudiadas como factores de riesgo en futuras investigaciones.

## 02 - 085

### Reporte de un caso de trasplante en bloque, experiencia de la clínica Fundación Valle del Lili

Angie Nathaly Sabogal, Luis A. Caicedo, Gabriel J. Echeverri, Oscar J. Serrano, Jorge I. Villegas, Liliana Mesa, Johanna Schweineberg, Carlos Durán, Juan G. Posada, Jimmy Gallego, Mauricio Duque, Jairo Garcia, Diego Jimenez, Mauricio Sepúlveda  
Cali, Colombia  
gjecheverri@icesi.edu.co

**Introducción y objetivos.** El trasplante en bloque es una cirugía desafiante. La experiencia demuestra que ofrece menor dificultad en la reconstrucción vascular, siendo exitoso y conveniente para pacientes con enfermedades concurrentes. Se pretende reportar el primer caso de trasplante en bloque realizado por el grupo de cirugía y trasplante de la Fundación Clínica Valle del Lili.

**Materiales y métodos.** Se presenta el caso de un hombre de 38 años, procedente de Cali con diagnósticos: DM tipo-1, IRC y cirrosis CHILD A por NASH. Trasplantado de un donante masculino de 17 años con diagnóstico de muerte cerebral por herida de arma de fuego en cráneo. Los principales criterios de asignación del receptor: grupo sanguíneo, edad, talla y peso. Se reportó un PRA anticuerpos anti-HLA-clase-I 4% y HLA-Clase- II 13,33%. Se perfundió al clamp aórtico con 8 litros de Custodiol-HTK; tiempo de isquemia en frío: 210 min. El bloque consistió: hígado, páncreas, riñón derecho.

**Resultados.** No se presentaron complicaciones quirúrgicas. Requirió 27 días de hospitalización, presentó SIRS tratado exitosamente, no se indicó diálisis y requirió dosis mínimas de insulina. Es dado de alta insulino-independiente, sin diálisis y perfil hepático adecuado; esquema de inmunosupresión (tacrolimus 4mg/12h; mofetil micofenolato 500mg/12h). Posterior 4 años de seguimiento sin reintervenciones quirúrgicas y con pruebas séricas que indican adecuado funcionamiento de los órganos trasplantados.

**Conclusión.** Con una adecuada técnica y experticia quirúrgica el procedimiento debe ser considerado como un tratamiento de elección

para pacientes que presentan simultáneamente falla renal, cirrosis y diabetes tipo 1.

## 02 - 091

### **Dolor abdominal, enigma quirúrgico**

*Nayib Zurita, Karla Gutiérrez, Yessica Trujillo, Luis Mejía Vargas*  
Universidad del Sinú, Seccional Cartagena  
Cartagena De Indias, Colombia  
kpgdip@hotmail.com

*Introducción.* El dolor abdominal es un enigma al que diariamente se enfrenta el cirujano general, haciendo uso de la evaluación clínica, métodos diagnósticos imaginológicos; que en ocasiones no logran dilucidar la causa de este sin presentar abdomen agudo, siendo la realización de la laparoscopia diagnóstica el método de elección en este cuadro. Presentaremos un caso clínico de dolor abdominal de comportamiento bizarro no clásico, que dentro del hallazgo intraoperatorio se encontró diverticulitis apendicular, la cual es una patología de poca prevalencia y clínica difusa; por lo

tanto queremos compartir por medio de nuestra experiencia dicho hallazgo.

*Objetivo.* Presentar un caso clínico en el cual se evidencia nuestra experiencia en la utilización de la laparoscopia en el estudio de dolor abdominal bizarro sin necesidad de llegar a presentar signos de abdomen agudo o de sepsis de origen abdominal.

*Material y método.* Vídeo realizado mediante el uso de un computador portátil el cual va conectado a una video cámara capturadora, que se acopla al procesador del equipo de laparoscopia, el cual permite la grabación de todos los pasos durante toda la cirugía.

*Resultados.* Uso de la laparoscopia en dolor abdominal sin signos de abdomen agudo, como método diagnóstico oportuno y terapéutico; lo que corrobora la eficacia y pertinencia en causas de difícil sospecha y hallazgo.

*Conclusión.* El dolor abdominal, es y seguirá siendo un enigma para el cirujano general, ya que se pueden presentar o descubrir hallazgos de baja prevalencia que generen complicaciones sin ser sospechadas gracias a su rareza.



## VIDEOS

### TORAX

03 - 005

#### Esofagectomía en tres planos - Toracolaparoscopia

Jorge Bernal, Santiago Gómez, Juan David Martínez, Juan Pablo Gómez, Felipe Solórzano  
 Universidad CES, Laparoscopia avanzada - CLÍNICA VIDA  
 Medellín, Colombia  
 laparoscopiaavanzada@gmail.com - gomez.santiago@hotmail.com

**Introducción.** El esófago es un órgano de ubicación cervical, torácico y abdominal. La cirugía para el cáncer de esófago es una de las técnicas más desafiantes debido a su ubicación anatómica e inaccesibilidad en ciertos sectores. Existen varios abordajes quirúrgicos descritos. La esofagectomía en 3 planos - toracolaparoscopia se puede dividir en 3 etapas: la primera, movilización del esófago torácico y linfadenectomía mediastinal. La segunda, movilización del estómago y disección ganglionar abdominal. La tercera, creación del reservorio gástrico y anastomosis cervical. Quienes realizan la esofagectomía en 3 campos describen que el abordaje torácico permite una adecuada visualización y resección ganglionar de esta zona.

No existe en la actualidad un consenso unánime de cual es la mejor técnica quirúrgica para el tratamiento del cáncer de esófago. Se presenta un video que describe la esofagectomía en tres planos - toracolaparoscopia.

**Objetivo.** Describir la técnica de esofagectomía en 3 planos - toracolaparoscopia para el tratamiento del cáncer de esófago.

**Materiales y métodos.** Presentación de video en el que se da a conocer la técnica para realizar la esofagectomía en 3 planos - toracolaparoscopia como tratamiento del cáncer de esófago. Se describe la técnica utilizada, posición del paciente, colocación de puertos y abordaje quirúrgico.

**Resultados.** Mediante este video se presenta que la técnica de esofagectomía en 3 planos - toracolaparoscopia es un procedimiento seguro y eficaz.

**Conclusión.** La técnica de esofagectomía laparoscópica en tres campos - toracolaparoscopia para el tratamiento del cáncer de esófago es un procedimiento seguro y eficaz, adicional a los beneficios que proporciona la cirugía mínimamente invasiva.

03 - 047

#### Manejo oportuno de las complicaciones de reconstrucción de esternón y pared torácica, aparte de un caso

Carlos Emilio Remolina, Yulieth Acevedo, José Antonio Rodríguez  
 Clínica Gestión Salud SAS  
 Cartagena de Indias, Colombia  
 remolinamd@gmail.com; drayuli880813@hotmail.com

**Introducción.** Los tratamientos quirúrgicos de los tumores de pared torácica ya sea primario o metafísico requieren un procedimiento y técnicas específicas por parte de los cirujanos, ya que la cirugía oncológica precisa de una reconstrucción adecuada para asegurar la supervivencia, tratando de disminuir la morbimortalidad en estos pacientes.

**Objetivo.** Eficiencia del manejo oportuno de las complicaciones de la reconstrucción de pared torácica y esternón.

**Material y método.** Paciente de sexo femenino, 71 años de edad, con antecedentes de cáncer de mama izquierdo ductal infiltrante estadio IIIA tratado con quimioterapia neo y adyuvante, mastectomía radical más vaciamiento ganglionar axilar izquierdo y radioterapia hace 6 años, quien presenta recaída tumoral a nivel de esternón.

**Resultados.** Paciente quien es llevada a esternectomía con reconstrucción de esternón con malla y placas de titanio por videotoroscopia y reconstrucción de la pared torácica con colgajo local dermográfico, procedimiento realizado sin complicaciones; a los 30 días de posoperatorio presenta dehiscencia de sutura; es llevada a exploración de herida quirúrgica, integración total de la malla biológica sin compromiso de la misma, completa manejo médico intrahospitalario sin complicaciones.

**Conclusión.** Las grandes resecciones de la pared torácica con reconstrucción utilizando materiales protésicos y colgajos dermográficos son posibles con baja morbimortalidad y aceptables resultados mecánicos y estéticos; por lo tanto es importante identificar y tratar oportunamente las complicaciones con el fin de garantizar buenos resultados.

03 - 061

#### Síndrome de Boerhaave: tratamiento por toracosocopia bilateral con el paciente en prono

Walter Romero, Juan Pablo Toro, Alfredo Costain, Carlos Hernando Morales  
 Universidad de Antioquia  
 Medellín, Colombia  
 wadaro19@gmail.com

**Introducción.** La perforación esofágica espontánea (síndrome de Boerhaave) es una condición infrecuente que constituye un gran desafío. Su identificación es usualmente tardía y se asocia a una alta morbi-mortalidad independientemente del manejo quirúrgico.

**Objetivo.** Exponer el caso de un paciente que presentó perforación esofágica espontánea y que fue manejado mediante cirugía de mínima invasión.

**Material y método.** Se presenta el video del procedimiento ilustrando las ventajas de la posición en prono para el acceso a cavidades pleurales y al mediastino, además de la excelente exposición quirúrgica del esófago torácico.

**Resultados.** Paciente masculino de 70 años quien consulta por vómito pertinaz y posterior dolor epigástrico intenso asociado al desarrollo de una sepsis severa en las siguientes horas. Se realizó laparoscopia diagnóstica que fue negativa y una TAC de tórax que mostró signos de mediastinitis. Fue llevado a toracoscopia bilateral en prono para drenaje de empiemas, mediastinotomía con lavado y sutura primaria del esófago. Se hizo además manejo combinado con stent esofágico recubierto por el riesgo alto de dehiscencia. El esófagograma de control fue negativo para fugas. Presentó manejo prolongado en UCI por neumonía aspirativa.

**Conclusión.** El síndrome de Boerhaave permanece como un gran reto diagnóstico y terapéutico. La cirugía mínimamente invasiva a través de toracoscopia sumado al manejo endoluminal con *stent* es una excelente alternativa de tratamiento en manos de cirujanos con experiencia en cirugía laparoscópica de esófago. La toracoscopia en el paciente en prono ofrece excelente acceso a ambas cavidades pleurales y al mediastino posterior.

### 03 - 067

#### Manejo laparoscópico de hernia de Morgagni con liberación de pulmón

Jesús Vásquez, Consuelo Bello  
Universidad el Bosque  
Bogotá D.C., Colombia  
viny\_bello@hotmail.com

**Introducción.** La Hernia de Morgagni es una hernia congénita de la región retroesternal del diafragma por una alteración en la fusión de la membrana pleuroperitoneal y fallo en la muscularización. Su presentación es infrecuente y corresponde al 3%-5% de las hernias diafragmáticas. Usualmente contienen un saco herniario y su contenido está formado por colon, intestino delgado y muy raro el hígado, cursan asintomáticas y se diagnostican secundarias al estudio de afecciones pulmonares donde se evidencian en la Radiografía de tórax. Su diagnóstico y manejo es común en la infancia. El manejo se realiza por vía laparoscópica o toracoscópica con cierre primario del defecto con sutura intracorpórea, grapadoras o mallas.

El video muestra el caso de un hombre joven con Hernia de Morgagni diagnosticada por Radiografía a los 32 años, en el cual se realiza el cierre primario del defecto vía laparoscópica pero se resalta la liberación del saco herniario, reducción del contenido intestinal y liberación del pulmón atrapado durante toda su vida con recuperación de volumen y clínicamente recuperación de oxigenación en el posoperatorio inmediato.

**Objetivo.** Mostrar el cierre laparoscópico de La hernia de Morgagni con liberación del saco herniario y liberación del pulmón atrapado por un largo periodo con recuperación de la oxigenación.

**Material y método.** Video obtenido durante el acto quirúrgico de un paciente con Hernia de Morgagni a quien se le reduce el saco herniario, contenido intestinal y liberación de pulmón atrapado por vía laparoscópica. Cierre longitudinal primario con sutura y colocación de malla Physiomesher.

**Resultados.** La literatura revisada en la corrección de Hernia de Morgagni no describe la liberación del pulmón atrapado. En este caso se resalta la liberación del saco herniario y la liberación del pulmón que se encontraba atrapado desde el nacimiento teniendo en cuenta que es

una hernia congénita. Se logra liberar un 70% del pulmón atrapado con una adecuada recuperación de su función y con recuperación de la saturación de 85% prequirúrgico en un hombre joven a 95% con mejoría clínica significativa. No hay recidiva de la hernia ni de la sintomatología respiratoria durante el seguimiento del paciente.

**Conclusión.** La hernia de Morgagni se diagnostica y maneja en la infancia en la gran mayoría de los casos. Este video muestra el caso de un hombre de 32 años con diagnóstico reciente de Hernia de Morgagni por sintomatología respiratoria. El defecto herniario de 20x15cm, de grande, con contenido de colon transversal y derecho volvulado en su interior y con colapso de los lóbulos inferior y medio derechos con bridas en la cavidad torácica. Se realiza reducción del contenido herniario, liberación de saco herniario y se resalta la liberación del pulmón atrapado con recuperación significativa de su volumen y de la saturación con adecuada evolución a pesar de ser una hernia congénita que comprometía la capacidad pulmonar con atrofia e hipoplasia del pulmón derecho.

### 03 - 071

#### Extracción de vidrio intracavitario totalmente bajo videotoracoscopia

Miguel Ricardo Buitrago, Diego Fernando Salcedo  
Universidad El Bosque, programa Cirugía General  
Bogotá D.C., Colombia  
dsalcedo\_ub@hotmail.com

**Introducción.** La toracotomía ha sido por varios años la metodología de abordaje de elección para el paciente con trauma de tórax con cuerpo extraño penetrante a cavidad, la cual permite una adecuada exposición de la cavidad intratorácica, pero los cirujanos han empleado la cirugía por video-toracoscopia (VATS) para el manejo de trauma penetrante de tórax, el cual ha permitido realizar control hemostático y visualización de estructuras vasculares importantes en la cavidad torácica. Se han realizado reporte de casos de manejo de cuerpo extraño en cavidad intratorácica secundario a trauma, en su gran mayoría de material metálico, pero hasta el momento no se ha reportado casos de manejo por videotoracoscopia de estructuras vítreas intratorácicas secundarias a trauma penetrante de tórax. En el presente trabajo exponemos el manejo de extracción de vidrio intracavitario totalmente bajo video-toracoscopia en paciente con trauma penetrante de tórax.

**Objetivo.** Demostrar el abordaje y extracción de una pieza de vidrio de aproximadamente 18 cms de longitud intracavitaria totalmente por toracoscopia

**Material y método.** Extracción de vidrio intracavitario en tórax totalmente por videotoracoscopia con abordaje con dos puertos.

**Resultados.** Se realizó extracción de pieza de vidrio intracavitario en tórax totalmente por videotoracoscopia, en paciente con trauma de tórax penetrante, logrando obtener una adecuada visualización del cuerpo extraño en cavidad, apreciando longitud y lugar de inserción intracavitario hacia la cisura media, realizando extracción por dos puertos, con adecuado control hemostático, drenaje de hemotorax y cierre de cavidad con evolución clínica favorable sin complicaciones, sin requerimiento de toracotomía.

**Conclusión.** La videotoracoscopia es un abordaje seguro y de elección para extracción de cuerpo extraño intracavitario en paciente hemodi-

namicamente estable, permite adecuada visualización de estructuras intratorácicas, adecuado control hemostático y drenaje de hemotorax.

## VIAS BILIARES

### 03 - 002

#### **Manejo multidisciplinario de la anemia de células falciformes: colelitiasis y vesícula de porcelana. Reporte de un caso**

*Nayib Zurita, Caterin Arévalo, Nelson Buelvas, Klovis Vergara*

Universidad del Sinú  
Cartagena De Indias, Colombia  
cate-90@hotmail.com

**Introducción.** Presentamos el caso de una paciente que posee vesícula en porcelana asociada a anemia de células falciformes y colelitiasis, su manifestación clínica, metodología diagnóstica y tratamiento pre, intra y posoperatorio llevado a cabo multidisciplinariamente; asimismo, resaltamos la destreza y suspicacia que debe tener el cirujano en su abordaje.

**Objetivo.** Presentar un vídeo en el cual se evidencie la baja frecuencia y la controversia en cuanto al tratamiento de la colelitiasis en pacientes con anemia de células falciformes y su asociación con el cáncer de vesícula.

**Material y método.** Vídeo realizado mediante el uso de un computador portátil el cual va conectado a una video cámara capturadora, que se acopla al procesador del equipo de laparoscopia, el cual permite la grabación de todos los pasos durante toda la cirugía.

**Resultados.** La colelitiasis siendo una de las patologías del tracto gastrointestinal más frecuentes y a la cual se le han atribuido múltiples factores de riesgo; se ha descrito en la mayoría de pacientes con anemia de células falciformes y también, genera un riesgo adicional para el padecimiento de neoplasias de la vesícula biliar, que son poco diagnosticadas tempranamente por la ausencia de síntomas específicos.

**Conclusión.** La colelitiasis debe ser tratada multidisciplinariamente por varias subespecialidades, sobretodo en casos de pacientes con alto riesgo. Asimismo, intra y posoperatoriamente, la vigilancia, destreza y prudencia por parte del cirujano, es fundamental para la culminación del procedimiento que tiene que ser seguro y confiable y que no debe ser subestimado por su uso cotidiano.

### 03 - 013

#### **Variantes anatómicas de la vía biliar**

*Juan Antonio Gaitán, Leonardo Herrera, Miguel Andrés Lima, Jorge Ángel*

Clínica de Occidente  
Bogotá, D.C., Colombia  
miguelandreslima@gmail.com

**Introducción:** La injuria de los conductos biliares segmentarios y sectoriales son provenientes principalmente del sistema biliar derecho. Es un evento raro pero hay que tenerlo presente. Tanto la inserción baja de un ducto segmentario o sectorial derecho a la vía biliar común, como un conducto cístico corto son variantes importantes de riesgo para presentar dichas lesiones, así como la cirugía de alto riesgo. Las

variantes anatómicas de alto riesgo ocurren en el 15%-20% de los pacientes sometidos a colecistectomía. En otras series se habla de 3,2% a 36% de la población estudiada.

El manejo de este tipo de lesiones ha sido muy polémico y no ha sido estandarizado mundialmente. Así como el mismo es dependiente del tiempo del diagnóstico y los tipos de complicaciones.

**Objetivo:** discutir la forma ideal de evidenciar sectoriales y segmentarias durante colecistectomía laparoscópica con el fin de disminuir lesiones iatrogénicas de vía biliar y discutir en caso de presentar lesión de las misma qué conducta tomar.

**Material y método:** video de colecistectomía laparoscópica durante el cual es poco evidente la llegada de sectorial derecha a vía biliar.

**Resultados:** video editado de identificación de sectoriales y segmentarias durante colecistectomía laparoscópica.

**Conclusión:** Jamás tener exceso de confianza durante colecistectomía laparoscópica. Evaluar siempre la ventana de seguridad de Strasberg. Identificar siempre claramente la anatomía.

### 03 - 016

#### **Colecistectomía laparoscópica en colecistitis aguda moderada-severa, 30 casos consecutivos por el mismo grupo quirúrgico.**

*Julio Alberto García, Carlos Felipe García, Manuel Felipe Castro, Rubén Darío Álvarez*

Clínica Foscal-Foscal Internacional  
Bucaramanga, Colombia  
cirubargarcia2@gmail.com

**Introducción.** Existe controversia entre realizar colecistectomía laparoscópica temprana (7 primeros días de inicio de los síntomas) en pacientes con colecistitis aguda o diferirla 6 o 7 semanas, por el riesgo de lesión de la vía biliar, conversión a cirugía abierta y con ellas la morbilidad respectiva, especialmente en vesículas de difícil abordaje o grado II según las guías Tokio 2007 (colecistitis gangrenosa, absceso pericolecístico, absceso hepático, peritonitis biliar y/o colecistitis enfisematosa). Varios estudios han demostrado que la cirugía temprana disminuye el tiempo de estancia hospitalaria y a su vez que no hay diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de desenlaces negativos.

**Objetivo.** Demostrar que el abordaje laparoscópico temprano en colecistitis aguda es adecuado y seguro, aun en condiciones que lo hacen operativamente difícil (Colecistitis grado II o moderada).

**Material y método.** Se obtuvo una serie de casos con todos los pacientes diagnosticados con colecistitis aguda, llevados a colecistectomía laparoscópica por el mismo cirujano en el periodo Enero de 2013 a Marzo de 2015 en la clínica Foscal, Bucaramanga, Colombia. De un total de 88 pacientes, se analizaron los documentos clínicos (historia clínica y video quirúrgico). Se seleccionaron aquellos que cumplían con criterios intraoperatorios para asignarles un grado II-Moderado (Tokyo 2007). Se presenta un video representativo del tipo de pacientes intervenidos.

**Resultados.** No hubo ninguna conversión a cirugía abierta, lesión de vía biliar, ni mortalidad; un paciente fue reintervenido por sangrado del lecho quirúrgico.

**Conclusión.** La colecistectomía laparoscópica temprana es el tratamiento de elección en los pacientes con colecistitis aguda leve y moderada.

### 03 - 018

#### **Vesícula escleroatrófica, “reto vía laparoscópica”**

*Nayib Zurita, Carlos Cruz, Klovis Andrés Vergara, Caterin Arévalo Zamora, Vicente Cogollo*  
Universidad del Sinú, Seccional Cartagena, Clínica Cartagena Del Mar  
Cartagena de Indias, Colombia  
klovisvergara@hotmail.com

**Introducción.** El manejo de paciente con vesícula escleroatrófica, es un verdadero reto en lo que respecta al abordaje laparoscópico, siendo una de las causas de colecistectomía difícil por la dificultad que agrega la fibrosis/ esclerosis en estructuras de triangulo hepatocístico, con alto riesgo de complicaciones intraoperatorias y conversión a cirugía abierta.

**Objetivo.** Demostrar que el manejo laparoscópico de una colecistectomía difícil en un caso de paciente con vesícula escleroatrófica, con manejo de múltiples modalidades de disección, permitiendo culminar procedimientos sin complicaciones ni conversión de cirugía en el caso presentado.

**Material y método.** Se revisa historia clínica de paciente con coledocolitiasis y antecedente de múltiples episodios de colecistitis, con evidencia ecográfica de engrosamiento importante de paredes de vesícula biliar compatible con vesícula escleroatrófica, y llevada a cirugía para colecistectomía por vía laparoscópica.

**Resultados.** Paciente es llevada a cirugía con culminación de colecistectomía sin complicaciones intraoperatorias, no requirió conversión a cirugía abierta, muy buena evolución de su postquirúrgico, manejo ambulatorio.

**Conclusión:** La vía laparoscópica permite el abordaje de vesícula escleroatrófica, con utilización de múltiples modalidades de disección siempre y cuando se logren individualizar estructuras de triangulo hepatocístico y se cuente con materiales e implementos necesarios, con el fin de disminuir morbilidad y logrando resolución de cuadro sin conversión a cirugía abierta.

### 03 - 022

#### **Quiste del colédoco. Tratamiento totalmente laparoscópico. Reconstrucción biliar de E3.**

*Guillermo E. Aldana, Johanna Paipilla, Mario Barrera*  
Hospital San José, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud Bogotá, D.C., Colombia  
galdana1@hotmail.com

**Introducción.** El quiste de colédoco es una patología de mayor prevalencia en la población infantil y que debido a sus potenciales complicaciones como pancreatitis, colangitis, coledocolitiasis y cáncer, requiere tratamiento quirúrgico.

**Objetivo.** Mostrar el enfoque terapéutico y tratamiento quirúrgico del quiste de colédoco en una paciente joven, por vía totalmente laparoscópica.

**Material y método.** Paciente de 28 años, con dolor abdominal crónico, sin ictericia o antecedentes de pancreatitis. El estudio de CRNM y TAC mostró quiste de colédoco tipo I, con extensión alta hacia la confluencia de los conductos hepáticos. Se considera candidata a tratamiento quirúrgico.

**Resultados.** Paciente sometida a resección completa del quiste coledociano, resultando una sección proximal tipo E3 de la clasificación de Strassberg. Se llevó a cabo la reconstrucción laparoscópica en Y de Roux. No complicaciones intraoperatorias. Evolución sin complicaciones y controles posoperatorios de medicina nuclear y función hepática normales.

**Conclusión.** Técnicas avanzadas de cirugía hepatobiliar y reconstrucción biliar pueden ser llevadas a cabo en nuestro medio, con indicaciones precisas y tecnología de alta complejidad para su desarrollo. Link: [https://youtu.be/w4M\\_EGjOYZE](https://youtu.be/w4M_EGjOYZE)

### 03 - 023

#### **Hepático yeyunostomía totalmente laparoscópica con reconstrucción en Y de Roux por coledocolitiasis**

*Guillermo E Aldana, Diego Ardila, Adriana Barrera*  
Hospital San José, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud Bogotá, D.C., Colombia  
galdana1@hotmail.com

**Introducción.** La coledocolitiasis, patología de alta prevalencia en nuestro medio tiene un espectro variado de presentación. Desde “oculta” hasta en un 15% de pacientes con coledocolitiasis o asociada a complicaciones como la pancreatitis aguda y la colangitis aguda.

**Objetivo.** Mostrar el enfoque terapéutico y tratamiento quirúrgico de una paciente con “coledocolitiasis masiva”, sometida ya a tratamientos endoscópicos múltiples.

**Material y método.** Paciente de 23 años, con dolor abdominal crónico y colangitis a repetición. Múltiples intentos de extracción de cálculos por CPRE. CRNM y TAC con vía biliar dilatada e incontables litos en la vía biliar proximal y distal, asociados a dilatación extrahepática del árbol biliar.

**Resultados:** Paciente sometida a exploración laparoscópica de la vía biliar, con resección del colédoco y reconstrucción totalmente laparoscópica en Y de Roux. No complicaciones intraoperatorias. Evolución con fleo prolongado posoperatorio, con respuesta a manejo médico, sin complicaciones y controles post operatorios de medicina nuclear y función hepática normales.

**Conclusión:** Técnicas avanzadas de cirugía hepatobiliar y reconstrucción biliar laparoscópica pueden ser llevadas a cabo en nuestro medio, con las ventajas implícitas a la cirugía laparoscópica. Link: <https://youtu.be/bAZ1UkcC91A>.

### 03 - 048

#### **Exploración de la vía biliar por laparoscopia**

*Diego Buitrago, Liliana Cuevas, Camilo Andrés García*  
Pontificia Universidad Javeriana  
Bogotá D.C., Colombia  
camiloagarcia@gmail.com

**Introducción.** Paciente de 67 años con antecedente de hipertensión arterial, hipotiroidismo y osteosíntesis por fractura de radio y carpo izquierdo en manejo con AINES, quien consulta por cuadro clínico de 2 días de dolor en epigastrio, pirosis, náuseas, emesis en 2 ocasiones de contenido alimentario. Niega otra sintomatología.

Al examen físico con ictericia generalizada con signos vitales normales y como único hallazgo dolor a la palpación en hipocondrio derecho, Murphy positivo. Paraclínicos con hemograma sin leucocitosis ni neutrofilia y perfil hepático de patrón obstructivo. Se toma ecografía hepatobiliar con evidencia de colecistitis - coledocitis y dilatación del conducto hepático derecho con cálculo de diámetro mayor de 14 mm. Se realiza colangiografía magnética nuclear con evidencia de litiasis en la confluencia de los hepáticos, conducto hepático común y en el cístico, el mayor de 11 mm de diámetro con un colédoco intrapancreático de 3 mm de diámetro.

Es llevada a CPRE por parte de gastroenterología con evidencia de dos defectos de llenamiento de 10 y 8 mm de diámetro en el conducto hepático común, este último con diámetro de 13 mm con dilatación de la vía biliar intrahepática y colédoco de 7 mm.

CPRE fallida por cálculo enclavado en conducto hepático común, por lo que es llevada el 11/05/2015 a colecistectomía más exploración de la vía biliar por coledocotomía - cierre primario - por laparoscopia. Adecuada evolución POP, normalización de perfil hepático.

**03 - 056**

### **Aportes de la colecistectomía por laparoscopia en colecistitis en fase subaguda**

*Nayib Zurita, Ernesto Vélez, Yessica Trujillo, Karla Gutiérrez*  
Universidad del Sinú, seccional Cartagena  
Cartagena de Indias, Colombia  
ernestovelez26@gmail.com

**Introducción.** El tratamiento quirúrgico de la colecistitis, siempre ha sido objeto de controversia, presentando un dilema sobre cuando intervenir quirúrgicamente un paciente con colecistitis ya sea en su fase temprana o en su fase tardía. El consenso mundial es hacerlo en la fase temprana o aguda. Sin embargo por varios factores externos que dificultan que esto se lleve a cabo, provocan que los pacientes sean intervenidos en fase tardía, como consecuencia de postergar la cirugía, los pacientes reingresan nuevamente, con sus diferentes complicaciones. Proponemos, que estos pacientes que no pueden ser intervenidos en fase aguda, sean intervenidos en fase subaguda, evitando reingresos y sus complicaciones. Aun no hay un consenso mundial, por tal motivo queremos mostrar nuestra experiencia.

**Objetivo.** Presentar a través de videos nuestra experiencia, en el uso de la colecistectomía laparoscópica en su etapa subaguda, obteniendo resultados seguros, eficaces y costo efectivos.

**Material y método.** Vídeo realizado mediante el uso de un computador portátil conectado a una video cámara capturadora, que se acopla al procesador del equipo de laparoscopia, el cual, permite la grabación de todos los pasos durante toda la cirugía

**Resultados.** Colecistectomía laparoscópica en colecistitis en su fase subaguda, ha demostrando ser un procedimiento seguro y benéfico para el paciente. Con resultados seguros, sin complicaciones en el

acto quirúrgico y posquirúrgico, sin reingresos, sin estancias hospitalarias prolongadas

**Conclusión.** La decisión de intervención quirúrgica (colecistectomía laparoscópica) en pacientes con colecistitis subaguda, mostro ser segura y eficaz, sin muestra de complicaciones, por lo tanto se recomienda esta conducta, siempre y cuando el personal sea el idóneo.

**03 - 069**

### **Experiencia de 7 años en colecistectomía por laparoscopia único puerto**

*Fernando Arias, Gabriel Almario Herrera, Carolina Ocampo, Lina Parra, Wilson Riaño, Beatriz Taboada*  
Fundación Santa Fe de Bogotá  
Bogotá, D.C., Colombia

**Hipótesis.** La colecistectomía por laparoscopia por único puerto es un procedimiento seguro y con mínimas complicaciones en equipos quirúrgicos con experiencia.

**Materiales y métodos.** Se evaluaron todos los pacientes llevados a colecistectomía por laparoscopia único puerto entre julio 2007 y diciembre 2014 por nuestro grupo. Se establecen variables en términos de tiempo quirúrgico, inicio de la vía oral, estancia hospitalaria, manejo de dolor y registro de complicaciones.

**Resultados.** Se presentan una cohorte de 234 pacientes llevados a colecistectomía por laparoscopia único puerto en el periodo comprendido entre julio 2007 y diciembre 2014, Se completa en todos los casos exitosamente el procedimiento, tiempo quirúrgico promedio es de 52.3 minutos. Inicio de vía oral promedio es de 2.6 horas. Estancia hospitalaria postoperatoria no supera en ningún caso las 24 horas. Se realizó una colangiografía intraoperatoria para evaluación de la anatomía en un caso programado. Se registra como complicación un epiplocele por problema técnico.

**Conclusiones.** La colecistectomía por laparoscopia por único puerto es una técnica segura en equipos expertos.

## **GASTROINTESTINAL**

**03 - 003**

### **Laparoscopia diagnóstica. Nuestra elección y experiencia**

*Nayib Zurita, Caterin Arévalo, Omar Godoy, Klovis Vergara*  
Universidad del Sinú  
Cartagena de Indias, Colombia  
cate-90@hotmail.com

**Introducción.** El diagnóstico del paciente con dolor abdominal agudo, continúa siendo unos de los grandes retos en medicina. Recientemente, las técnicas laparoscópicas han sido aplicadas a variedad de procedimientos abdominales, dejando a un lado la vía operatoria abierta, sin embargo, aún no hay un consenso establecido que reconozca las indicaciones y contraindicaciones claras sobre su uso, por eso las queremos mostrar por medio de nuestra experiencia.

**Objetivo.** Presentar un vídeo en el cual se evidencia nuestra preferencia y experiencia en la utilización de la laparoscopia diagnóstica,

obteniendo resultados seguros, eficaces y costo efectivos, en diversas patologías abdominales.

*Material y método.* Vídeo realizado mediante el uso de un computador portátil el cual va conectado a una video cámara capturadora, que se acopla al procesador del equipo de laparoscopia, el cual permite la grabación de todos los pasos durante toda la cirugía.

*Resultados.* La laparoscopia diagnóstica se ha convertido en el procedimiento de elección, demostrando ser un procedimiento seguro y benéfico para el paciente. Dentro de los diagnósticos más comunes, coincidimos con otras investigaciones, encontrando patologías como apendicitis aguda, enfermedad diverticular y otras entidades ginecológicas, lo cual permitió una mejoría en las decisiones quirúrgicas tomadas.

*Conclusión.* El abdomen agudo es una patología frecuente y es un reto clínico establecer un correcto diagnóstico para ejecutar un adecuado tratamiento. Es importante que los cirujanos estén capacitados para poder ofrecer este servicio, mostrando una mejor obtención y rápida recuperación, reintegración del paciente a sus actividades laborales en el menor tiempo y un excelente resultado estético.

### 03 - 004

#### Resección de leiomioma esofágico por laparoscopia

*Jorge Bernal, Santiago Gómez, Juan David Martínez, Juan Pablo Gómez, Felipe Solórzano*

Universidad CES, Laparoscopia avanzada - CLÍNICA VIDA Medellín, Colombia

laparoscopiaavanzada@gmail.com - gomez.santiago@hotmail.com

*Introducción.* El leiomioma es un tumor benigno. Es poco frecuente, 0,4–1 % de los tumores del esófago, pero es el más común de los tumores benignos (67–80 %) del esófago. Su diagnóstico diferencial debe establecerse con el cáncer, los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) y otros tumores benignos. Generalmente se presenta como una masa intramural solitaria de forma ovalada que se origina en la muscular propia o en forma alongada, anular, en herradura o en espiral, rodeando la pared del esófago. Los leiomiomas pueden ser múltiples en aproximadamente un 5 % de los casos. El aspecto endoscópico es el de una masa recubierta por mucosa normal.

La mayoría no produce síntomas y son un hallazgo incidental. La necesidad de resear o no un leiomioma se basa en los síntomas que produce, especialmente disfagia y en el diagnóstico diferencial con los GIST. En la actualidad gracias a las modernas técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas, se posibilita la extirpación completa de estos tumores con mínima morbilidad y excelentes resultados.

*Objetivo.* El objetivo de este video es describir la resección de un leiomioma de esófago por laparoscopia.

*Materiales y métodos.* Presentación de video que muestra la resección de leiomioma esofágico por laparoscopia. Se describe la técnica utilizada, posición del paciente, colocación de puertos y abordaje quirúrgico.

*Resultados.* La resección de un leiomioma esofágico por laparoscopia es un procedimiento seguro y eficaz.

*Conclusión.* La cirugía mínimamente invasiva permite la extirpación completa de los leiomiomas esofágicos con buenos resultados y mínima morbilidad.

### 03 - 008

#### Resección de tumor de intestino delgado por laparoscopia

*Jorge Bernal, Santiago Gómez, Juan David Martínez, Juan Pablo Gómez, Felipe Solórzano*

Universidad CES, Laparoscopia avanzada - CLÍNICA VIDA Medellín, Colombia

laparoscopiaavanzada@gmail.com - gomez.santiago@hotmail.com

*Introducción.* Los tumores benignos del intestino delgado suelen ser asintomáticos y su diagnóstico se realiza en la mayoría de las ocasiones de forma incidental. Su incidencia es similar en varones y mujeres, pueden diagnosticarse a cualquier edad, siendo más frecuentes en edades avanzadas. Cuando ocasionan síntomas, los más frecuentes son los derivados de la obstrucción que producen al tránsito intestinal por sí mismos o al provocar una invaginación, en cuyo caso se manifiestan con dolor abdominal intermitente de tipo cólico y distensión abdominal. Otra forma de presentación clínica es la hemorragia digestiva aguda o, con mayor frecuencia, la anemia crónica por pérdida de sangre oculta en las heces. Dentro del tratamiento de estos tumores está la resección por vía laparoscópica.

*Objetivo.* El objetivo es presentar un video de resección de un tumor de intestino delgado por laparoscopia y describir la técnica utilizada.

*Materiales y métodos.* Presentación de video en el que se da a conocer la técnica para la resección de un tumor de intestino delgado por laparoscopia. Se describe la técnica utilizada, posición del paciente, colocación de puertos y abordaje quirúrgico.

*Resultados.* La resección de tumores del intestino delgado por laparoscopia es un procedimiento seguro y eficaz.

*Conclusión.* La resección de tumores de intestino delgado es factible y segura por vía laparoscópica con todas las ventajas ya conocidas de este método, como son la mínima invasión y la más rápida recuperación posoperatoria.

### 03 - 021

#### Manejo mínimamente invasivo del divertículo esofágico epifrénico

*Gonzalo Moros, Andrés Felipe Salazar, Natalia Cortes*

Hospital Universitario San Ignacio

Bogotá, Colombia

ncortesm24@gmail.com

*Introducción.* El divertículo esofágico epifrénico es una entidad rara. Ocurren en el esófago distal y son sintomáticos en 15-20% de los casos siendo disfagia el síntoma más común. Con el avance de las técnicas mínimamente invasivas el abordaje laparoscópico es considerado hoy en día el método de elección para el tratamiento.

*Objetivo.* Se presenta el caso de un paciente de 43 años con cuadro de 1 año de evolución de disfagia para sólidos y para líquidos con estudios que incluyeron endoscopia y radiografía de vías digestivas identificando divertículo epifrénico posterior.

*Material y método.* Se llevó a cabo procedimiento quirúrgico con colocación de cinco (5) puertos de laparoscopia. Se realizó disección

de la unión gastroesofágica hasta identificar plenamente los pilares con disección completa de la membrana gastroesofágica. Se traccionó el esófago inferior hasta identificar el divertículo a nivel de la cara postero-lateral derecha procediendo a su disección completa y sección con sutura mecánica. Se realizó miotomía de Heller y descartó fuga a nivel de la línea de suturas y solución de continuidad en mucosa esofágica con prueba de azul de metileno finalizando con funduplicatura parcial de Dor sin complicaciones.

*Resultados.* Paciente toleró adecuadamente el reinicio de la vía oral 24 horas posteriores al procedimiento, tras radiografía de vías digestivas que descartó fugas. En el período posoperatorio inmediato el paciente refirió mejoría de la disfagia y resolución de sintomatología.

*Conclusión.* El tratamiento quirúrgico por vía laparoscópica del divertículo esofágico epifrénico es una opción segura con resultados satisfactorios similares a los reportados en la literatura con la técnica estándar.

### 03-026

#### **Esofagectomía transhiatal con ascenso gástrico por técnica mínimamente invasiva: aproximación por pasos**

*Juan Pablo Toro, Francisco Vásquez, Andrea Naranjo, Carlos Mauricio Ocampo*  
Universidad de Antioquia  
Medellín, Colombia  
carlosmocampo@gmail.com

*Introducción.* La esofagectomía transhiatal con ascenso gástrico por vía laparoscópica es un procedimiento técnicamente exigente pero que ofrece ventajas comparado con la técnica abierta, tales como mejor visualización del campo operatorio, menor sangrado, menor estancia en la unidad de cuidado intensivo y más rápida recuperación del paciente.

*Objetivo.* Presentar la experiencia temprana de nuestro grupo de cirugía mínimamente invasiva en el manejo de pacientes con indicación de esofagectomía transhiatal por patología benigna y maligna.

*Material y método.* Presentamos en el video la recopilación de diferentes casos en los cuales se ilustra de una manera simple los pasos quirúrgicos claves del procedimiento. Hacemos especial énfasis en disección abdominal y mediastinal totalmente laparoscópicas.

*Resultados.* Varios pacientes con patología benigna y maligna del esófago distal fueron llevados a esofagectomía por técnica mínimamente invasiva más ascenso gástrico con anastomosis cervical. Se realizó en todos los casos una técnica quirúrgica estandarizada a través de un abordaje transhiatal por dos vías (laparoscopia y cervicotomía lateral izquierda). Exponemos de una manera sistemática los pasos del procedimiento quirúrgico, resaltando la excelente visualización que facilita esta aproximación para la disección mediastinal.

*Conclusión.* La esofagectomía transhiatal con ascenso gástrico a través de una técnica mínimamente invasiva estandarizada por pasos es un procedimiento desafiante que en cirujanos expertos en cirugía laparoscópica del intestino anterior se asocia a menor morbilidad que la técnica abierta, con iguales o mejores resultados a largo plazo.

### 03 - 027

#### **Esofagectomía laparoscópica para acalasia**

*Luis Gerardo Villota, Juan Carlos Hoyos, Hernando Caba, Jaime Andrés Hernández*  
Universidad de Cartagena, Facultad de Medicina  
Cartagena de Indias, Colombia  
Lugevigo@gmail.com

*Introducción.* La acalasia es el trastorno de motilidad esofágica más frecuente, sin embargo, con una incidencia anual baja. Se presenta un caso que se corrigió por vía cervical y laparoscópica.

*Objetivo.* Presentar un caso de acalasia grado IV manejado exitosamente en un paciente joven realizando esofagectomía con ascenso gástrico por vías de cervicotomía y laparoscopia.

*Material y método.* Paciente masculino de 28 años que consultó por dos años de disfagia progresiva, con limitación del volumen de ingesta, examen físico sin hallazgos patológicos, se confirmó el diagnóstico por esofagograma, endoscopia y manometría de alta resolución. Se programó para esofagectomía laparoscópica con ascenso gástrico y anastomosis esofagogastrica por cervicotomía. Se prolongó su estancia por derrame pleural bilateral postquirúrgico tratado con toracostomía cerrada bilateral con evolución favorable.

*Resultados.* La corrección de acalasia por medio de esofagectomía representa un tratamiento más definitivo en casos de pacientes jóvenes con larga expectativa de vida, con mejoría de la calidad de vida. El abordaje laparoscópico permite un reacomplamiento a las actividades normales más temprano.

*Conclusión:* Los pacientes jóvenes se benefician de esofagectomía total en casos confirmados de acalasia. El abordaje laparoscópico permite una recuperación más temprana.

### 03-035

#### **Gastrostomía por vía laparoscópica simplificando la técnica**

*Mauricio Zuluaga, Boris Sánchez, Ivo Siljic*  
Universidad del Valle, Hospital Universitario del Valle  
Cali, Colombia  
borsaz@gmail.com, mauriciozuluagaz@yahoo.es

*Introducción.* Paciente con gastrostomía previa disfuncional a quien no se logra realización de gastrostomía por vía endoscópica por no paso de endoscopio a cavidad gástrica, requiriendo obtención de una nueva vía de alimentación.

*Material y métodos.* Se realizó abordaje laparoscópico a través de trocar umbilical y de trocar en mesogastrio periostomal, resecando gastrostomía disfuncional previa y realizando nueva gastrostomía con doble jareta y sonda, y verificando la adecuada posición por vía laparoscópica.

*Resultados.* Se logró remodelación de gastrostomía por vía laparoscópica, sin complicación posquirúrgica inmediata dando manejo ambulatorio.

*Conclusión.* La vía laparoscópica como método alternativo quirúrgico para la realización de gastrostomía en pacientes en quienes

no es posible el método endoscópico es un procedimiento seguro y fácilmente replicable para asegurar la vía de alimentación en pacientes seleccionados.

03 - 038

### **Obstrucción intestinal de alto grado. Ventajas de la laparoscopia**

*Carlos Felipe Perdomo, María Helena Velázquez*  
Fundación Santa Fe De Bogota  
Bogotá D.C., Colombia  
pacientesdrfelipeperdomo@gmail.com

*Introducción.* La obstrucción intestinal continua siendo una de las urgencias quirúrgicas más frecuentes en nuestro medio.

En los casos en que la presentación es del tipo completo o de alto grado el paciente debe ser llevado de inmediato a cirugía para disminuir la probabilidad de desenlaces morbidos o aun mortales. El abordaje de elección actual debe ser la laparoscopia acorde al juicio del cirujano.

*Objetivo.* Mostrar las ventajas del manejo oportuno por laparoscopia de la obstrucción intestinal estrangulada por hernia interna.

*Material y método.* Se presenta el video de una paciente de sexo femenino de 58 años con antecedentes quirúrgicos quien presentó una obstrucción intestinal completa por una hernia interna con signos de estrangulamiento, pero finalmente con isquemia reversible en un manejo temporalmente adecuado.

*Resultados.* La evolución de la paciente es satisfactoria y es dada de alta en 24 horas.

*Conclusión.* En los tiempos quirúrgicos actuales el abordaje del paciente con obstrucción intestinal mecánica completa debe ser realizado por medio de la laparoscopia salvo que de acuerdo al juicio del cirujano exista contraindicación o limitación técnica para realizarlo.

03 - 041

### **Abordaje laparoscópico en perforación gástrica por espina de pescado**

*Henry Hernando Martínez, Danny Conde, Oscar Gómez*  
Hospital Universitario Mayor Méderi, Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario  
Bogotá, D.C., Colombia  
henryhmartinez@gmail.com

*Introducción.* La perforación esofágica secundaria a cuerpos extraños es una complicación relativamente frecuente que representa un reto terapéutico para el cirujano general dado la variedad de opciones terapéuticas disponibles y amplio soporte en la literatura médica. Caso contrario ocurre con la perforación gástrica por cuerpos extraños, la cual no es muy frecuente, no está muy documentada en la literatura mundial y el diagnóstico en algunos casos es difícil dada la presentación insidiosa y sintomatología inespecífica. Presentamos un caso de una perforación de pared posterior gástrica secundaria a una espina de pescado, con un manejo mínimamente invasivo y evolución favorable para el paciente.

*Objetivo.* Identificar y reconocer una complicación poco frecuente y mostrar la posibilidad de un manejo mínimamente invasivo.

*Material y método.* Posterior al estudio tomográfico y a la documentación de un cuerpo extraño y una colección retrogástrica, se decide realizar un abordaje laparoscópico para la exploración, drenaje y extracción del cuerpo extraño y evaluar la presencia o no de perforación gástrica libre en cavidad abdominal para su respectivo manejo.

*Resultados.* Paciente quien acude al servicio de urgencias del Hospital Universitario Mayor, por un cuadro de 4 días de evolución de dolor en epigastrio, con náuseas sin otra sintomatología asociada y sin hallazgos clínicos de abdomen agudo. Se realizan estudios paraclínicos incluyendo una tomografía de abdomen con contraste en la cual se documenta una colección retrogástrica con una imagen de cuerpo extraño (espina de pescado) en su interior. Con lo anterior se decide realizar una exploración mínimamente invasiva con el objetivo de efectuar un drenaje de la colección y retiro del cuerpo extraño, así como verificar si existe o no una perforación gástrica libre a cavidad que requiera algún manejo adicional.

Posterior a las respectivas pruebas con azul de metileno y neumática no se evidencia perforación gástrica libre, se drena la colección y se retira el cuerpo extraño, se deja un drenaje cerrado, terminando el procedimiento. Su evolución postoperatoria es ampliamente favorable con buena tolerancia a la vía oral desde el segundo día y con egreso al cuarto día postoperatorio y manejo antibiótico por 10 días.

*Conclusión.* La perforación esofágica se encuentra ampliamente estudiada en la literatura mundial, determinando claros esquemas de manejo. Caso contrario ocurre con la perforación de la cámara gástrica donde no se cuenta con protocolos de manejo y existe una tendencia a realizar abordajes abiertos dada la complejidad de esta complicación. Debe considerarse el abordaje mínimamente invasivo en casos seleccionados como una herramienta terapéutica valiosa que puede disminuir morbimortalidad.

03 - 043

### **Manejo mínimamente invasivo de un tumor fusocelular del fondo gástrico**

*Henry Hernando Martínez, Juan Guillermo Holguín*  
Hospital Universitario Mayor - MÉDERI  
Bogotá, D.C., Colombia  
henryhmartinez@gmail.com

*Introducción.* Se presenta el reporte de caso de una mujer de 45 años con un tumor del fondo gástrico con compromiso del parénquima esplénico, manejado de forma mínimamente invasiva, diagnosticado de forma incidental en el estudio de una póliposis vesicular sintomática.

*Objetivo.* Exponer las ventajas y beneficios del manejo mínimamente invasivo de las lesiones subepiteliales gástricas.

*Material y método.* Se realizó un abordaje laparoscópico para la resección de un tumor localizado en el fondo gástrico, con extensión macroscópica al bazo requiriendo una gastrectomía parcial junto con esplenectomía por laparoscopia, además de colecistectomía por la póliposis sintomática.

*Resultados.* El tiempo quirúrgico fue 3 horas, con una adecuada recuperación posquirúrgica, inicio de vía oral al día siguiente y egreso temprano a los 3 días posoperatorios.

Obteniendo como resultado de patología un tumor fusocelular, con inmuno histoquímica que arrojó como resultado tumor miofibroblástico inflamatorio originado en la pared del fondo gástrico con extensión hasta el polo superior del bazo sin compromiso de su parénquima.

*Conclusión.* Este reporte muestra la factibilidad y ventajas del abordaje mínimamente invasivo en este tipo de tumores, incluso con compromiso de órganos vecinos, disminuyendo estancia hospitalaria, complicaciones y dolor posoperatorio, entre otros; además de un retorno más temprano a la actividad laboral. Todo esto sin sacrificar el resultado oncológico.

03 - 059

### **Cirugía suprarrenal por laparoscopia en síndrome de Cushing severo. Reporte de caso**

*Nayib Zurita, Karla Gutiérrez, Yessica Trujillo Zapata, Luis Mejía Vargas*

Universidad del Sinú, Seccional Cartagena  
Cartagena de Indias, Colombia  
kpgdpl@hotmail.com

*Introducción.* El síndrome de Cushing tiene una incidencia anual de 2 por cada un millón de personas, donde el 25% se asocia a adenomas suprarrenales o hiperplasia suprarrenal bilateral. Se considera que el tratamiento curativo a esta causa es la resección suprarrenal logrando una tasa de remisión en el 70% de los casos.

*Objetivo.* Mostrar la evolución posquirúrgica del paciente sometido adrenalectomía por laparoscópica, lo que permite comprobar que la cirugía mínimamente invasiva es un método seguro.

*Material y método.* Vídeo realizado mediante el uso de un computador portátil el cual va conectado a una video cámara capturadora, que se acopla al procesador del equipo de laparoscopia, el cual permite la grabación de todos los pasos durante toda la cirugía.

*Resultados.* Se practicó de forma exitosa adrenalectomía derecha por laparoscopia en un paciente de 57 años de edad con síndrome de Cushing de difícil manejo y control, con crisis hipertensivas e hiperglicémicas frecuentes; además de hipocalemia severa, con hallazgos por estudios imagiológicos de nódulo en glándula suprarrenal el cual era asociado a la persistencia de los síntomas de la paciente, logrando extracción de la glándula. Presento mejoría parcial de los síntomas, por lo cual se considera que la paciente puede cursar con tumor neuroendocrino o focos ectópicos de estirpe adrenal. Procedimiento realizado en 1 hora 45 minutos sin complicaciones.

*Conclusión.* El mejor método por seguridad en la ejecución del procedimiento y pronta recuperación es la adrenalectomía por laparoscopia en pacientes con patologías de base que incrementan el riesgo anestésico y quirúrgico al mismo tiempo.

03 - 060

### **Leiomioma de esófago. Abordaje transhiatal laparoscópico**

*Gonzalo Moros, Liliana Cuevas, Natalia Cortez, Simón Moros*  
Hospital Universitario San Ignacio  
Bogotá D.C., Colombia  
docmoros@gmail.com

*Introducción.* De los tumores benignos de esófago, el leiomioma es el más frecuente (alrededor del 75%), sin embargo, los tumores benignos conforman menos del 1% de los tumores del esófago. Pueden ser diagnosticados de manera accidental o manifestarse por disfagia, dolor torácico, vómitos, regurgitación o pirosis. La indicación de su resección está en relación directa a los síntomas que produce. La enucleación es el procedimiento más utilizado, lo que cambia es la vía de abordaje.

*Objetivo.* Presentar en un vídeo el primer caso de resección laparoscópica transhiatal de un leiomioma del tercio distal esofágico realizado en nuestro hospital.

*Material y método.* Se intervino quirúrgicamente a una paciente de 47 años con sintomatología de disfagia, documentando previamente la presencia de tumoración en tercio inferior de esófago con endoscopia, radiología de vías digestivas superiores y ecoendoscopia. En decúbito supino y antitrendelemburg, cirujano a la derecha del paciente fue realizado el procedimiento y grabado paso a paso para posterior edición. Se utilizaron 4 puertos de 5 mm, uno subxifoideo para separar hígado, paramediano subcostal izquierdo para mano izquierda del cirujano y flanco izquierdo línea axilar anterior y pararectal ipsilateral para el ayudante, un puerto de 10 mm para rectal derecho a 5 cm por debajo del superior para la diestra del cirujano, un equipo STORZ HD, óptica de 30 grados y 10 mm

*Resultados.* Se abordó el mediastino vía laparoscópica, disección y enucleación de la tumoración con total indemnidad de la mucosa esofágica; las 12 horas se inició vía oral y alta a las 48 horas. Se realizó esofagograma control a los 30 días del posoperatorio sin evidencia de obstrucción o reflujo gastroesofágico, permaneciendo asintomática y sin cambios radiológicos; histopatología sin evidencia de malignidad.

*Conclusión.* El leiomioma es una tumoración benigna que rara vez ocurre en el esófago. Con el caso dejamos en evidencia las bondades de este no tan nuevo abordaje y sus beneficios. Es una vía segura, de riesgo similar a la convencional, que requiere entrenamiento por parte equipo de cirujanos.

## **CIRUGIA BARIATRICA**

03 - 034

### **Hernias poscirugía bariátrica, resolución de 5 casos por vía laparoscópica**

*Mauricio Zuluaga, Boris Sánchez, Ivo Siljic*  
Universidad del Valle, Hospital universitario del Valle  
Cali, Colombia  
borsaz@gmail.com, mauriciozuluagaz@yahoo.es

*Introducción.* Pacientes con posquirúrgicos de cirugía bariátrica quienes presentaron dolor abdominal persistente inespecífico sin signos de irritación peritoneal entre 1 de marzo del 2014 y 10 de mayo de 2015, realizando en 5 pacientes nueva intervención por hallazgos de hernias internas en el espacio de Petersen.

*Material y métodos.* Se realizó abordaje laparoscópico a través de trocar umbilical y de trocres en flancos identificando defecto herniario que se genera entre el asa alimentaria y el mesocolon transversal, logrando reducción de segmento de intestino delgado herniado y

cerrando meso con sutura intracorpórea con un adecuado cierre del defecto con material no reabsorbible.

**Resultados.** Se logro corrección de defecto herniario en los 5 pacientes con adecuado cierre y con buena evolución posquirúrgica.

**Conclusión.** La vía laparoscópica como método para la corrección de defectos herniarios secundarios a cirugía bariátrica en el espacio de Petersen es posible fácilmente replicable y con poca morbilidad asociada.

### 03 - 039

#### Complicaciones inusuales en *bypass* gástrico

*Lucas Bojanini Acevedo, Santiago Gómez, Luis Felipe Roldan*  
Universidad CES  
Medellín, Colombia  
feliperoldanmd@gmail.com

**Introducción.** El aumento en la población con obesidad mórbida en Colombia va de la mano de un incremento en la cantidad de procedimientos bariátricos. Tales procedimientos tiene un porcentaje bajo de complicaciones.

Hay dentro de todo el espectro de complicaciones algunas de baja frecuencia de presentación, que pueden generar múltiples problemas para su diagnóstico y manejo

**Objetivo.** Describir complicaciones poco comunes de alto valor didáctico

**Material y método.** Se presentan casos en video de complicaciones poco frecuentes y sus soluciones.

**Conclusión.** Las complicaciones en cirugía bariátrica son bajas. Es importante la presentación de tales casos para aprender de su enfoque y solución.

### 03-062

#### Cirugía bariátrica de conversión en Hospital IV nivel como centro de referencia.

*Gonzalo Moros, Liliana Cuevas, Mónica Castro*  
Pontificia Universidad Javeriana  
Bogotá D.C., Colombia  
monicastro424@gmail.com

**Introducción.** El 10-15% de los pacientes de cirugía bariátrica requerirán revisión por complicaciones posoperatorias tempranas (fugas, hemorragias, estenosis) o complicaciones posoperatorias tardías (esofagitis por ERGE, estenosis no resuelto, reganancia de peso, fuga crónica). Se presenta el video de un paciente con antecedente de cirugía bariátrica primaria que requirió procedimiento secundario dado presencia de ERGE.

**Objetivo.** Mostrar en un video paso a paso el abordaje laparoscópico, realizado en una institución de IV nivel (Hospital Universitario San Ignacio) en pacientes de cirugía bariátrica como centro de referencia.

**Material y método.** Paciente con procedimiento bariátrico primario en quien se realizo uno secundario.

Cirugía de conversión de *minibypass* o *bypass* no derivado a derivación gástrica en y de Roux. Conversión con hiatoplastia por hernia hiatal.

**Resultados.** Paciente con evolución satisfactoria postoperatoria con resolución de sintomatología por reflujo gastroesofágica.

**Conclusión.** Procedimiento factible, seguro, reproducible, que aumentaran a medida que evolucione el tiempo y aumente la realización de procedimiento de cirugía bariátrica.

### 03 - 063

#### Gastro-Gastroplastia a *bypass* derivado. Alternativa viable

*Gonzalo Moros, Liliana Cuevas, Mónica Castro*  
Pontificia Universidad Javeriana  
Bogotá D.C., Colombia  
monicastro424@gmail.com

**Introducción.** El 10-15% de los pacientes de cirugía bariátrica requerirán revisión por complicaciones posoperatorias tempranas (fugas, hemorragias, estenosis) o complicaciones posoperatorias tardías (esofagitis por ERGE, estenosis no resuelto, reganancia de peso, fuga crónica). Se presenta el video de un paciente con antecedente de cirugía bariátrica primaria que requirió procedimiento secundario dado presencia de ERGE

**Objetivo.** Mostrar en un video paso a paso el abordaje laparoscópico, realizado en una institución de IV nivel (Hospital Universitario San Ignacio) en pacientes de cirugía bariátrica como centro de referencia.

**Material y método.** Paciente con procedimiento bariátrico primario en quien se realizo uno secundario.

Gastro-gastroplastia con aparente fístula gastro-gástrica y ERGE con reganancia de peso conversión a *bypass* convencional.

**Resultados.** Paciente con evolución satisfactoria posoperatoria con resolución de sintomatología por reflujo gastroesofágica.

**Conclusión.** Procedimiento factible, seguro, reproducible, que aumentaran a medida que evolucione el tiempo y aumente la realización de procedimiento de cirugía bariátrica.

## COLON Y RECTO

### 03 - 009

#### Colectomía derecha por laparoscopia en cáncer de colon

*Jorge Bernal, Santiago Gómez, Juan David Martínez, Juan Pablo Gómez, Felipe Solórzano*  
Universidad CES, Laparoscopia avanzada - CLÍNICA VIDA  
Medellín, Colombia  
laparoscopiaavanzada@gmail.com - gomez.santiago@hotmail.com

**Introducción.** La colectomía derecha implica la resección en bloque de los últimos 10 a 15 cm de ileon terminal, ciego, colon ascendente y parte del colon transverso en algunos casos. Esto conlleva a la ligadura de pedículos vasculares: vasos ileocólicos, cólicos derechos y la cólica media o una de sus ramas en algunos casos (si la lesión afecta el colon transverso).

La colectomía derecha por laparoscopia esta aceptada en los casos de tumores malignos de colon derecho, tumores polipoides no extirpables por endoscopia, angiodisplasia refractaria, diverticulosis derecha e enfermedad inflamatoria intestinal entre otras.

*Objetivo.* El objetivo es presentar un video de colectomía derecha por laparoscopia y describir la técnica utilizada para el manejo del cáncer de colon.

*Materiales y métodos.* Presentación de video en el que se da a conocer la técnica para realizar una colectomía derecha por laparoscopia para el cáncer de colon. Se describe la técnica utilizada, posición del paciente, colocación de puertos y abordaje quirúrgico.

*Resultados.* La colectomía derecha para el cáncer de colon es un procedimiento seguro y eficaz.

*Conclusión.* La colectomía derecha es factible y segura por vía laparoscópica. En la actualidad gracias a las modernas técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas, se posibilita la extirpación completa de los tumores del estroma gastrointestinal con mínima morbilidad y excelentes resultados

### 03 - 010

#### **Resección abdominoperineal por laparoscopia para el cáncer anorectal**

*Jorge Bernal, Santiago Gómez, Juan David Martínez, Juan Pablo Gómez, Felipe Solórzano*  
Universidad CES, Laparoscopia avanzada - CLÍNICA VIDA Medellín, Colombia  
laparoscopiaavanzada@gmail.com - gomez.santiago@hotmail.com

*Introducción.* La cirugía laparoscópica para el cáncer de colon ha sido ampliamente adoptada desde su primer reporte en 1990. La cirugía mínimamente invasiva se asocia con menos dolor postoperatorio, regreso más temprano de la función gastrointestinal, mejor función pulmonar, disminución de la estancia hospitalaria y mejor calidad de vida. Los estudios actuales reportan que la cirugía laparoscópica para el cáncer de colon es equivalente a la cirugía abierta en cuanto a resultados. Sin embargo, no hay estudios prospectivos con una muestra significativa y existen pocos estudios retrospectivos para determinar los resultados de la resección abdominoperineal por laparoscopia para el cáncer ano rectal.

*Objetivo.* Describir la técnica de resección abdominoperineal por laparoscopia para el tratamiento del cáncer ano rectal

*Materiales y métodos.* Presentación de video en el que se da a conocer la técnica para realizar una resección abdominoperineal por laparoscopia para el tratamiento del cáncer ano rectal. Se describe la técnica utilizada, posición del paciente, colocación de puertos y abordaje quirúrgico.

*Resultados.* La resección abdominoperineal por laparoscopia para el tratamiento del cáncer ano rectal es un procedimiento seguro y eficaz.

*Conclusión.* La resección abdominoperineal por laparoscopia para el tratamiento del cáncer ano rectal ofrece los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva, como son menor pérdida sanguínea, menor dolor e inicio rápido de la vía oral entre otros.

### 03 - 012

#### **Resección anterior baja con preservación de esfínter por laparoscopia para el tratamiento de cáncer de recto medio y algunos cánceres de recto distal**

*Jorge Bernal, Santiago Gómez, Juan David Martínez, Juan Pablo Gómez, Felipe Solórzano*  
Universidad CES, Laparoscopia avanzada - CLÍNICA VIDA Medellín, Colombia  
laparoscopiaavanzada@gmail.com - gomez.santiago@hotmail.com

*Introducción.* El tratamiento ideal para el cáncer de recto incluye controlar la enfermedad, minimizar el trauma, morbilidad, mortalidad y el preservar el esfínter y una adecuada función. La resección anterior baja por laparoscopia con preservación de esfínter, en cáncer de recto medio y algunos cánceres de recto distal seleccionados, es utilizada con similares resultados a la técnica abierta convencional, adicionando los beneficios que otorga la cirugía mínimamente invasiva.

*Objetivo.* Describir la técnica de resección anterior baja por laparoscopia con preservación de esfínter para el tratamiento del cáncer recto medio y algunos cánceres de cáncer de recto distal.

*Materiales y métodos.* Presentación de video en el que se da a conocer la técnica para realizar una resección anterior baja por laparoscopia con preservación de esfínter para el tratamiento del cáncer de recto medio y algunos cánceres de recto distal. Se describe la posición del paciente, colocación de puertos y abordaje quirúrgico.

*Resultados.* La resección anterior baja por laparoscopia con preservación de esfínter para el tratamiento del cáncer de recto medio y algunos cánceres de recto distal es un procedimiento seguro y eficaz.

*Conclusión.* La resección anterior baja por laparoscopia con anastomosis coloanal proporciona un adecuado tratamiento para cánceres de recto medio y algunos cánceres de recto distal.

### 03-019

#### **“TAMIS: una solución eficaz para tumores tempranos de recto”**

*Rodrigo Castaño, Juan Darío Puerta, José Ignacio Restrepo, Diego Uribe.*  
Clínica Las Américas  
Medellín, Antioquia, Colombia  
rcastanoll@hotmail.com diegouribem@hotmail.com

*Introducción.* La cirugía transanal mínimamente invasiva (TAMIS) es un abordaje quirúrgico para las lesiones rectales. Esta técnica provee una exposición superior y acceso al recto en toda su extensión, con un riesgo menor de compromiso de márgenes de resección y menores tasas de recurrencia, cuando es comparada con la escisión transanal convencional o las remociones endoscópicas.

*Objetivo.* Se pretende hacer una pequeña ambientación de la técnica de TAMIS, presentar los resultados de 15 pacientes intervenidos y mostrar los videos de los 3 casos más representativos de nuestra experiencia inicial con la cirugía TAMIS.

**Materiales y métodos.** Es una presentación de un video basado en un estudio de revisión prospectivo de nuestras bases de datos. Se analizaron los resultados de 15 procedimientos realizados entre Enero 2013 y Diciembre de 2014, utilizando el monopuerto SILS (Covidien). Se presentan en el video los 3 casos más significativos por la exposición de la técnica, así como dos complicaciones con la técnica.

**Resultados.** Quince intervenciones fueron completadas. Cinco mujeres y 10 hombres fueron evaluados. La edad promedio fue 70.3 años (63-81 años). El seguimiento promedio fue de 452 (180-864) días. El tamaño promedio de tumor fue de 3.6 cm (2 – 8 cm) cm. La distancia promedio desde el margen anal fue 6.6 cm (5-8 cm) Las complicaciones posoperatorias fueron de 13,3% (una perforación rectal que se corrigió vía laparoscópica en el mismo acto quirúrgico, una estenosis rectal que se manejó con dilatación digital). Se presentó 1 caso de carcinoma avanzado en el sitio de resección en un paciente que había presentado una polipectomía previa a la utilización de técnica TAMIS. No hubo readmisiones. La mortalidad fue nula. La patología operatoria reportó la presencia de adenoma de bajo grado en 1 caso, alto grado en 11, adenocarcinoma *in Situ* en 3 y tumor neuroendocrino en 3 pacientes.

**Conclusión.** TAMIS es un procedimiento mínimamente invasivo con baja morbilidad postoperatoria en nuestra experiencia inicial aunque no está exento de presentar complicaciones. TAMIS es un procedimiento curativo para lesiones benignas y para pacientes seleccionados con cáncer temprano.

### 03 - 030

#### Resección anterior ultra baja asistida con robot

*Juliana Restrepo, Faye Querehy, Juan Camilo Correa*  
University Health Network, Universidad Pontificia Bolivariana  
Toronto, Canadá – Medellín, Colombia  
julirpo85@gmail.com

**Introducción.** La laparoscopia es el nuevo estándar de oro para la cirugía colorectal. La cirugía laparoscópica asistida por robot (CLAR) es equivalente a la cirugía laparoscópica convencional pero la CLAR permite mayores rangos de articulación, reducción del temblor e imagen en tercera dimensión. Características que podrían ser útiles para el manejo de pacientes con cáncer de recto.

**Objetivo.** Presentar el caso de un paciente con cáncer de recto cuyo manejo quirúrgico se realizó con CLAR.

**Material y método.** Se revisó la historia clínica del paciente y se hizo una correlación con la literatura actual. El video del procedimiento quirúrgico se editó para presentar las imágenes más relevantes en 6 minutos.

**Resultados.** Presentamos el caso de un paciente de 63 años con diagnóstico de anemia. Una colonoscopia reveló una lesión a 6cm del reborde anal y la patología reportó un adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Los estudios de extensión no mostraron enfermedad metastásica y la resonancia estadificó el caso como cT2/T3 N1. El paciente recibió tratamiento neoadyuvante y luego se realizó una resección anterior ultra-baja con CLAR. El paciente tuvo una recuperación postoperatoria normal y fue dado de alta al cuarto día. El reporte de patología fue: 0/16 nódulos positivos y mínimo adenocarcinoma residual.

**Conclusión.** La disección mesorectal total es el estándar de oro en cirugía de recto y requiere una técnica meticulosa y precisa. La compleja anatomía de la pelvis, el espacio restringido y la visibilidad hace que la cirugía laparoscópica sea un desafío. La cirugía robótica puede ofrecer solución para algunos de estos problemas.

### 03 - 032

#### Resección de tumor en colon derecho y cierre de colostomía tipo Hartmann por vía laparoscópica en un tiempo quirúrgico

*Eduardo Bolaños, Omar Zorrilla, Andrés Mejía, Boris Sánchez*  
Universidad del Valle, Hospital Universitario del Valle  
Cali, Colombia  
borsaz@gmail.com

**Introducción.** Paciente con antecedente de peritonitis y perforación intestinal de colon descendente que requirió hace 1 año manejo con resección y colostomía tipo Hartmann; ahora ingresa con masa en colon ascendente con diagnóstico de adenocarcinoma. Se programa para hemicolectomía derecha y el paciente solicita cierre de colostomía por disminución marcada en su calidad de vida.

**Material y métodos.** Se realizó abordaje laparoscópico a través de trocar umbilical y de trocates en flancos liberando adherencias peritoneales previas, se procede a realización de hemicolectomía derecha más anastomosis ileo-transverso con grapadora mecánica y refuerzo con sutura intracorpórea, posterior a esto se realiza cierre de colostomía por vía laparoscópica realizando anastomosis intra corpórea.

**Resultados.** Se logró resección de colon ascendente y cierre de colostomía tipo Hartmann en el mismo tiempo quirúrgico, sin complicaciones inmediatas en su posquirúrgico.

**Conclusión.** La realización de hemicolectomía derecha más el cierre de colostomía tipo Hartmann por vía laparoscópica en el mismo tiempo quirúrgico es viable de realizar sin presentar gran morbilidad asociada en el posquirúrgico inmediato.

### 03 - 037

#### Resección de carcinoma mal diferenciado ulcerado infiltrante de colon derecho más duodenectomía parcial por vía laparoscópica

*Mauricio Zuluaga, Boris Sánchez, Ivo Siljic*  
Universidad del Valle, Hospital Universitario del Valle  
Cali, Colombia  
borsaz@gmail.com, mauriciozuluagaz@yahoo.es,

**Introducción.** Paciente de 49 años con hemorragia digestiva inferior con colonoscopia que reporta adenocarcinoma mal diferenciado infiltrante ulcerado de ángulo hepático de colon, estudios de extensión negativos, se programa para resección por vía laparoscópica.

**Material y métodos.** Paciente a quien mediante abordaje laparoscópico se realiza hemicolectomía derecha con anastomosis extracorpórea y liberación de adherencias a hígado y a duodeno requiriendo duodenectomía parcial con vaciamiento ganglionar.

**Resultados.** Resección satisfactoria por vía laparoscópica de masa de colon ascendente y de compromiso de duodeno, con adecuada evolución posquirúrgica tras 7 días de tratamiento antibiótico. Pato-

logía reporta: carcinoma mal diferenciado ulcerado infiltrante hasta la capa serosa, invasión vascular presente, bordes de resección proximal y distal están libres, carcinoma metastásico (1 conglomerado), ganglios linfáticos individualizados negativos (0/17), duodeno con adherencias serosas, sin evidencia de lesión neoplásica

*Conclusión.* La hemicolectomía derecha laparoscópica es el estándar de oro para la resección de patologías de colon ascendente, la resolución del compromiso de órganos vecinos secundario al tumor, por esta técnica laparoscópica es factible y segura.

### 03 - 050

#### Nuestra experiencia en colostomía por laparoscopia en paciente inmunosuprimido

Nayib Zurita, Karla Gutiérrez, Yessica Trujillo, Luis Mejía  
Universidad del Sinú, Seccional Cartagena  
Cartagena De Indias, Colombia  
kpgdpl@hotmail.com

*Introducción.* El paciente inmunosuprimido por patología neoplásica de colon, tiene alto riesgo de obstrucción o perforación intestinal; de acuerdo al estadio tumoral en el cual se encuentre se realizara manejo de resección o paliativo. Dentro de estas está la derivación intestinal por colostomías temporales o permanentes. Las colostomías se pueden realizar abiertas o por laparoscopia, teniendo en cuenta el estado nutricional, de inmunosupresión per se lo que incrementa el riesgo de hernias paraostomales, fistulas intestinales; se emplea el método laparoscópico como una alternativa segura en esta población.

*Objetivo.* Presentar un vídeo en el cual se evidencia nuestra experiencia en la realización de la colostomía por laparoscopia, con resultados de seguridad y eficacia

*Material y método.* Vídeo realizado mediante el uso de un computador portátil el cual va conectado a video cámara capturadora, que se acopla al procesador del equipo de laparoscopia, el cual permite la grabación de todos los pasos durante toda la cirugía.

*Resultados.* Se observó que la realización de la colostomía por laparoscopia es un método seguro, eficaz en manos expertas, por lo cual se insiste en el entrenamiento de este procedimiento como método de elección en pacientes inmunosuprimidos por cáncer de colon.

*Conclusión.* El uso de técnicas mínimamente invasivas en paciente inmunosuprimidos por patología neoplásica de colon; dan un mayor margen de seguridad, disminución de riesgo de hernias paraostomales, con rápida recuperación clínica y a su reactivación en la vida cotidiana.

### 03 - 055

#### Apendicectomía laparoscópica en paciente embarazada

Nayib Zurita, Nelson Buelvas, Andrés Felipe Laverde  
Universidad del Sinú, Seccional Cartagena  
Cartagena de Indias, Colombia  
andres11@hotmail.com

*Introducción.* La apendicitis aguda en gestantes es uno de los grandes retos que como cirujanos debemos afrontar para evitar complicaciones que pueden incidir en morbimortalidad materno-fetal. En el presente trabajo queremos presentar el caso de una paciente con

embarazo de 5.5 semanas a quien se le practico apendicectomía laparoscópica con excelentes resultados.

*Objetivo.* Mostrar nuestra experiencia en la utilización de la técnica laparoscópica como manejo de esta patología, obteniendo resultados seguros, eficaces con menos riesgo de complicación, recidiva y estancia hospitalaria.

*Material y método.* Reporte de caso clínico con registro videográfico de los tiempos quirúrgicos. Revisión exhaustiva de literatura referente al tema en base de datos PubMed.

*Resultados.* Se logró un buen abordaje del apéndice cecal por vía laparoscópica, sin lesiones uterinas ni a otros órganos vecinos, no se registraron otras complicaciones. La paciente tuvo una evolución postquirúrgica favorable en los controles ambulatorios.

*Conclusión.* La laparoscopia ha demostrado múltiples ventajas en comparación con la técnica abierta, tales como menores tasas de infección quirúrgica y hernias incisionales, hipoventilación materna posoperatoria, disminución de la manipulación uterina y de asas, y una mayor recuperación posoperatoria. Cabe resaltar, sin embargo, que es necesario individualizar los casos, teniendo en cuenta la extensión extrapélvica del útero a partir del segundo trimestre.

### 03 - 057

#### Resección anterior ultrabaja de recto por laparoscopia.

Abraham Kestenber, Sandra Patricia Molina Meneses, Jessica Capre Pereira, Sandra Milena Gutiérrez  
Universidad del Valle, Cali, Colombia  
sandrapmolina08@hotmail.com

*Introducción.* Hemangiomas de recto son malformaciones vasculares poco frecuentes que se presentan con hematoquecia indolora. Para diagnóstico se realiza colonoscopia que permite definir localización, morfología y extensión de lesión precisando relación con esfínteres, sin toma de biopsias pues por características de lesión se realiza diagnóstico correcto, y riesgo de sangrado es elevado y RMN para delimitar la lesión y su relación con las estructuras adyacentes. Se han utilizado terapias como escleroterapia, crioterapia o fulguración con argón con limitada utilidad. El tratamiento quirúrgico con resección anterior ultrabaja con anastomosis coloanal es la opción de elección.

*Objetivo.* Presentar en video resección anterior ultrabaja de recto por laparoscopia.

*Material y método.* Video

*Resultados.* Paciente de 26 años, quien desde los 17 años tenía diagnóstico hemangioma ano-rectal, sin aceptar manejo quirúrgico; ha requerido múltiples transfusiones. Consulta por sangrado rectal asociado a mareo y lipotimias. HB: 5 HTO: 15.2. Colonoscopia: Recto con evidencia de lesión vascular de tipo hemangioma, compromete todos los segmentos rectales y canal anal.

RMN de pelvis: engrosamiento circunferencial de toda la pared del recto que compromete el canal anal. Se decide en conjunto con paciente realización de resección anterior ultrabaja de recto con anastomosis colo-anal e ileostomía de protección.

*Conclusión.* Cirugía laparoscópica de colon se realiza desde 1991, indicado para manejo de patologías benignas y malignas, observándose ventajas en manejo mínimamente invasivo: rápida recuperación

del tránsito intestinal, menor dolor y uso de analgesia, realimentación y de ambulación precoz, menor estancia hospitalaria, con tasas de morbilidad similares a la cirugía abierta: 17,6%-22,1%, con menor incidencia de infección de herida quirúrgica y hernias incisionales.

### 03 - 058

#### **Abordaje laparoscópico en todos los estadios de apendicitis aguda. Nuestra experiencia**

*Nayib Zurita, Karla Gutierréz, Yessica Trujillo Zapata, Luis Mejía Vargas*

Universidad del Sinú, Seccional Cartagena  
Cartagena de Indias, Colombia  
kpgdpl@hotmail.com

*Introducción.* La apendicitis aguda es la patología no traumática quirúrgica más frecuente en el servicio de urgencias; cuya resolución y manejo quirúrgico se puede realizar abierto o por laparoscopia; este último abordaje ha sido un punto de gran controversia mundial que sin embargo ha dado buenos resultados en los pacientes a quienes se les practica apendicectomía por vía laparoscópica; por lo tanto queremos mostrar nuestra experiencia en la realización de este en los distintos estadios de la apendicitis.

*Objetivo.* Presentar un vídeo en el cual se evidencia nuestra preferencia y experiencia en la realización de apendicectomía por laparoscopia en los distintos estadios de apendicitis, obteniendo resultados seguros, eficaces y costo efectivos.

*Material y método.* Vídeo realizado mediante el uso de un computador portátil el cual va conectado a una video cámara capturadora, que se acopla al procesador del equipo de laparoscopia, el cual permite la grabación de todos los pasos durante toda la cirugía.

*Resultados.* Hemos observado que con la realización de apendicectomía por laparoscopia se disminuye la incidencia de infección de sitio operatorio en los pacientes con apendicitis gangrenosa o perforada asociado a peritonitis, mejor visibilidad y confianza en el lavado peritoneal guiado; lo que se relaciona con lo hallado en la literatura internacional; lo cual nos da certeza de la fiabilidad de el abordaje en apendicitis edematosa hasta la perforada asociada a peritonitis.

*Conclusión.* La apendicectomía por laparoscopia es un método seguro de realizar en todos los estadios de la apendicitis e incluso en peritonitis asociada a esta, siempre y cuando se cuente con la pericia para la realización del procedimiento por esta vía convirtiéndolo en un método idóneo y con buenos resultados posquirúrgicos.

## **TUMORES**

### 03 - 006

#### **Gastrectomía laparoscópica para el tratamiento del cáncer gástrico**

*Jorge Bernal, Santiago Gómez, Juan David Martínez, Juan Pablo Gómez, Felipe Solórzano*

Universidad CES, Laparoscopia avanzada - CLÍNICA VIDA  
Ciudad: Medellín, Colombia  
laparoscopiaavanzada@gmail.com - gomez.santiago@hotmail.com

*Introducción.* El cáncer gástrico es uno de los cánceres más frecuentes a nivel mundial. A pesar de los nuevos métodos diagnósticos y

terapias sistémicas, la cirugía continúa siendo la piedra angular en el algoritmo de tratamiento. La primera gastrectomía laparoscópica fue publicada en 1994 y se describe la primera gastrectomía con disección ganglionar en 1999. Desde entonces el abordaje laparoscópico ha estado en continuo desarrollo y aumento de popularidad en las últimas décadas. La gastrectomía laparoscópica tiene múltiples beneficios al compararla con la técnica abierta como son la recuperación temprana, menor dolor, mejor calidad de vida postoperatoria, entre otros.

*Objetivo.* Describir la técnica de gastrectomía por laparoscopia para el tratamiento del cáncer gástrico.

*Materiales y métodos.* Presentación de video en el que se da a conocer la técnica para realizar una gastrectomía por laparoscopia para el tratamiento del cáncer gástrico. Se describe la posición del paciente, colocación de puertos y abordaje quirúrgico.

*Resultados.* La gastrectomía por laparoscopia para el tratamiento del cáncer gástrico es un procedimiento seguro y eficaz.

*Conclusión.* La gastrectomía por laparoscopia para el manejo del cáncer gástrico es un procedimiento que se puede realizar, con todas las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva como son: la recuperación temprana, menor estancia hospitalaria y mejor calidad de vida posoperatoria, entre otras.

### 03 - 007

#### **Resección de GIST gástrico por laparoscopia**

*Jorge Bernal, Santiago Gómez, Juan David Martínez, Juan Pablo Gómez, Felipe Solórzano*

Universidad CES, Laparoscopia avanzada - CLÍNICA VIDA  
Medellín, Colombia

laparoscopiaavanzada@gmail.com - gomez.santiago@hotmail.com

*Introducción.* Los tumores estromales gastrointestinales (GIST por Tumores del estroma gastrointestinal) son neoplasias intestinales raras de origen mesenquimal. La resección quirúrgica completa, con margen libre de enfermedad, es considerada el tratamiento de elección para la enfermedad sin metástasis, con una tasa de sobrevida a 5 años del 40 % al 55 %. Factores asociados con resultados pobres incluyen el tamaño del tumor, localización, índice mitótico y la presencia de ulceración o necrosis. La extensión de los márgenes libres de tumor o la linfadenectomía, no se han asociado con mejora de los resultados oncológicos. Estas características únicas han llevado a muchos centros a investigar la factibilidad y seguridad de un abordaje mínimamente invasivo en el tratamiento de los GIST.

*Objetivo.* El objetivo es describir la técnica utilizada en la resección de un GIST gástrico por vía laparoscópica.

*Materiales y métodos.* Presentación de video en el que se describe la vía laparoscópica para la resección de un GIST gástrico. Se describe la técnica utilizada, posición del paciente, colocación de puertos y abordaje quirúrgico.

*Resultados.* La resección de un GIST gástrico por laparoscopia es un procedimiento seguro y eficaz.

*Conclusión.* La resección de GIST gástrico es factible y segura por vía laparoscópica. En la actualidad gracias a las modernas técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas, se posibilita la extirpación completa de los tumores del estroma gastrointestinal con mínima morbilidad y excelentes resultado

**03 - 011****Resección de tumor retroperitoneal por laparoscopia**

Jorge Bernal, Santiago Gómez, Juan David Martínez, Juan Pablo Gómez, Felipe Solórzano

Universidad CES, Laparoscopia avanzada - CLÍNICA VIDA Medellín, Colombia

laparoscopiaavanzada@gmail.com - gomez.santiago@hotmail.com

**Introducción.** Los tumores retro peritoneales representan el 0.2 % de todas las neoplasias. De estos el 80% son tumores malignos. Los lipomas raramente ocurren en el retroperitoneo; por lo tanto, lesiones que contengan grasa en esta localización nunca deben asumirse como lipomas.

Los lipomas benignos retroperitoneales son raros y representan el 2,9 % de todos los tumores retroperitoneales primarios. La resección por vía laparoscópica permite una rápida recuperación y menor morbilidad.

Al realizar la resección de estos tumores por vía laparoscópica es importante conocer la ubicación de la lesión antes de iniciar el procedimiento para una adecuada colocación de los puertos operatorios y así obtener una mejor exposición quirúrgica.

**Objetivo.** El objetivo es presentar un video de resección de un lipoma retroperitoneal por laparoscopia y describir la técnica utilizada.

**Materiales y métodos.** Presentación de video en el que se da a conocer la técnica para la resección de un lipoma retroperitoneal por laparoscopia y se describen las estructuras anatómicas relacionadas en el procedimiento. Se describe la posición del paciente, colocación de puertos y abordaje quirúrgico.

**Resultados.** La resección de lipomas retroperitoneales por laparoscopia es un procedimiento seguro y eficaz.

**Conclusión.** La resección de lipomas retroperitoneales es factible y segura por vía laparoscópica con todas las ventajas ya conocidas de este método, como son la mínima invasión y la más rápida recuperación postoperatoria.

**03 - 020****Tratamiento quirúrgico laparoscópico de un tumor neuroendocrino: hemicolectomía derecha y pancreatoduodenectomía**

Eduardo Bolaños, Andrés Mejía, José Omar Zorrilla, Cristian Vargas

Universidad del Valle  
Santiago de Cali, Colombia  
crivargas@gmail.com

**Introducción.** Los tumores neuroendocrinos del tracto gastrointestinal son neoplasias raras que según sus características hormonales, tamaño, localización anatómica y la presencia de metástasis, debutan con distintas presentaciones clínicas y pronóstico. Se presenta el caso de un hombre de 60 años con cuadro de obstrucción intestinal secundaria a un tumor neuroendocrino del ciego, con compromiso de íleon terminal, tercera porción del duodeno y cabeza del páncreas. Se lleva a hemicolectomía derecha por laparoscopia y en un segundo tiempo, a pancreatoduodenectomía.

**Objetivo.** Exponer los resultados del abordaje laparoscópico en la resección radical de un tumor neuroendocrino localmente avanzado.

**Material y método.** Se presentan las imágenes diagnósticas más relevantes y se graban los actos quirúrgicos en alta definición. Se hace revisión de la historia clínica y seguimiento periódico por consulta externa.

**Resultados.** Se realizó una hemicolectomía derecha más exclusión duodenal, con tiempo quirúrgico de 180min, con sangrado intraoperatorio de 400mL, sin complicaciones en el postoperatorio. La pancreatoduodenectomía tuvo un tiempo quirúrgico de 360min, con sangrado intraoperatorio de 800mL, anastomosis bilio-entérica con un hepático común de 3mm. El remanente pancreático fue abandonado por gran friabilidad. Todo el caso fue abordado con técnica laparoscópica.

**Conclusión.** La resección laparoscópica de tumores neuroendocrinos con compromiso intraabdominal extenso puede ser una alternativa segura y con resultados oncológicos comparables con la cirugía abierta. El tratamiento quirúrgico con la resección local de la masa tumoral es la piedra angular del tratamiento en este tipo de neoplasias.

**03 - 044****Dissección ganglionar en gastrectomía subtotal por laparoscopia**

Alfonso Carlos Márquez, José Gonzalo Moros  
Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá  
Bogotá D.C., Colombia  
alcamarus23@hotmail.com

**Introducción.** La gastrectomía por laparoscopia para el tratamiento del cáncer gástrico, se considera hoy en día el abordaje ideal de tratamiento del cáncer gástrico locoregional, mostrando superioridad en resultados de morbilidad postoperatoria y similares resultados oncológicos en manos experimentadas.

**Objetivo.** Se presenta el video de un paciente de 52 años con cuadro de dolor abdominal y hematemesis. Endoscopia con evidencia de lesión ulcerada corporoantral y biopsia que confirma adenocarcinoma gástrico tipo Intestinal diferenciado ulcerado.

Sin antecedentes de importancia.

Al examen físico sin ganglios palpables, abdomen no doloroso, no masas palpables.

Estudios de extensión negativos para enfermedad metastásica.

**Material y método.** Es llevado a cirugía, para la realización de gastrectomía subtotal del 80%, vaciamiento ganglionar D1 plus, reconstrucción con gastroyeyunostomía en Y de Roux por laparoscopia con hallazgos de tumor gástrico corporoantral de 3 x 3 cm hacia la cara posterior, con infiltración de la serosa, no adherido a otros órganos, con ganglios aumentados de tamaño, suprapilóricos, infrapilóricos, en la arteria gástrica izquierda, arteria hepática común y en el ligamento hepatoduodenal. Procedimiento sin complicaciones.

**Resultados.** El paciente presentó adecuada evolución posoperatoria, dolor controlado, heridas limpias, diuresis adecuada, al segundo día se le inició la dieta, al cuarto día se dio de alta.

Patología: adenocarcinoma moderadamente diferenciado de tipo intestinal ulcerado, de 4.6 cm con infiltración hasta la serosa y tejido graso, estado nodal 5/47 ganglios comprometidos por tumor.

*Conclusión.* La disección ganglionar en la gastrectomía por laparoscopia es segura, con bajas tasas de morbilidad y buenos resultados oncológicos.

### 03 - 054

#### **Insulinoma: pancreatometomía distal por laparoscopia**

José Gonzalo Moros, Aníbal Manuel Ariza, Carlos Eduardo Díaz  
Hospital Universitario San Ignacio  
Bogotá D.C., Colombia  
cediazc@gmail.com

*Introducción.* La cirugía laparoscópica es una herramienta quirúrgica disponible en la actualidad para el manejo de múltiples patologías gastrointestinales, la cual ha demostrado tener beneficios como menor dolor posoperatorio, menor riesgo de adherencias y recuperación temprana, entre otros. Durante la última década diversos procedimientos se han desarrollado para el manejo de patologías pancreáticas por vía laparoscópica y en especial la pancreatometomía distal ha demostrado tener superioridad con menor tiempo quirúrgico, tasa de complicaciones, sangrado y estancia hospitalaria.

*Objetivo.* Presentar el caso de una paciente con diagnóstico de insulinoma manejado por vía laparoscópica con pancreatometomía distal demostrando que es un procedimiento con beneficios clínicos y seguro para el paciente.

*Material y método.* Paciente de 43 años quien consultó por cuadro clínico de 4 meses de evolución de múltiples episodios de debilidad, alteración del estado de conciencia, somnolencia, diaforesis, con duración de 15-30 minutos y con resolución después de administración de comida. Se realizó test de ayuno positivo para hipoglicemias hiperinsulínicas y resonancia magnética de abdomen con lesión en la cola del páncreas de 12 x 13 mm de diámetro, con diagnóstico pre quirúrgico de insulinoma. Se realizó el 14 noviembre pancreatometomía distal con sutura mecánica por laparoscopia (4 puertos), con preservación esplénica, sangrado 100 cc, sin complicaciones.

*Resultados.* Evolución clínica con mejoría de los registros de controles de glucometrías en el posoperatorio inmediato, tolerancia a la vía oral en el día 1 y egreso al 3 día posoperatorio.

Patología: neoplasia endocrina pancreática completamente reseca compatible con insulinoma, marcadores de inmunohistoquímica positivos para sinaptofisina y cromogranina con negatividad para ckae1/ae3. Índice de proliferación celular ki-67 menor al 1%.

*Conclusión.* La pancreatometomía distal por laparoscopia es un procedimiento seguro para el manejo de patologías pancreáticas benignas, con beneficios clínicos para el paciente.

### 03 - 064

#### **Resección no anatómica laparoscópica de las metástasis hepática por cáncer colorectal**

Oscar Germán Palacios, Diego Fernando Dávila, Jaime Esteban Álzate  
Instituto de Cancerología, Clínica Las Américas, Universidad de Antioquia.

Medellín, Colombia  
alzatejaimec@gmail.com

*Introducción.* El cáncer colorrectal es uno de los tumores malignos más comunes. Aproximadamente 50% de los pacientes con cáncer colorrectal desarrollan metástasis hepáticas durante el curso de la enfermedad. Los pacientes con metástasis hepáticas colorrectales tienen una supervivencia a 5 años entre 0% y 3%. La resección hepática es la única posibilidad de curación de los pacientes con metástasis hepáticas colorrectales y la tasa de supervivencia a los 5 años después de una resección radical se encuentra entre 37 a 58%. Se han descrito diferentes técnicas y aproximaciones en las resecciones hepáticas, buscando que se presenten menos complicaciones y una menor morbilidad, sin impactar negativamente en los resultados oncológicos. Se presenta una resección hepática segmentaria no anatómica por laparoscopia.

*Material y métodos.* Se presenta el video del caso de un paciente masculino de 56 años con metástasis hepáticas por cáncer colorrectal, quien es llevado por el servicio de cirugía hepato biliar en un segundo tiempo a una trisegmentectomía (segmentos III, V y VI) no anatómica hepática laparoscópica.

*Resultados.* No hubo mortalidad intra, ni postoperatoria, el paciente no presentó sangrado, infección, colección, fistula biliar ni sepsis, no requirió dren, no hubo necesidad de transfusión, ni reintervenciones, el tiempo quirúrgico fue de 300 minutos y la estancia hospitalaria fue de 4 días.

*Conclusión.* La resección no anatómica hepática laparoscópica es una técnica con menos complicaciones posoperatorias, menor morbilidad, mayor conservación de parénquima hepático y adecuados resultados oncológicos.

### 03 - 065

#### **Resección laparoscópica de neoplasia solida pseudopapilar del páncreas**

Luis Fernando Becerra, Luis Felipe Vanegas, Andrés Mauricio Higuíta, José Luis Correa, Andrés Ramos  
SES Hospital de Caldas.  
Manizales, Colombia  
Jolco123@gmail.com

*Introducción.* Las neoplasias solidas pseudopapilares del páncreas son lesiones relativamente raras, encontradas principalmente en mujeres caucásicas, entre la segunda y cuarta década de la vida. Comprenden entre el 1 y 2 % de las lesiones exocrinas del páncreas, son de comportamiento predominantemente benigno, actualmente siendo lesiones de buen pronóstico y que responden satisfactoriamente al tratamiento quirúrgico.

Los pacientes pueden debutar con dolor abdominal, masas en abdomen y síntomas inespecíficos. Los estudios imaginológicos reportan una masa heterogénea bien circunscrita comprendiendo diferentes grados de componentes sólidos y quísticos con capsula periférica, y calcificaciones. La RMN es superior a la TAC ya que tiene la capacidad de detectar cambios degenerativos, como los cambios quísticos, hemorragia y la integridad de la capsula. A su vez no es infrecuente y esta descrito en la literatura invasión y metástasis de la capsula, de los tejidos peritumorales, del parénquima pancreático y

de órganos distantes como el hígado y el bazo. Este es un diagnóstico preoperatorio principalmente radiológico.

*Objetivo.* Presentar un video caso de una paciente con una neoplasia pseudopapilar del páncreas.

*Material y método.* Se realizó una resección laparoscópica de una neoplasia sólida pseudopapilar del páncreas.

*Resultados.* El pronóstico post-operatorio de estos pacientes es muy bueno, ya que presentan tasas de supervivencia excelentes (superiores al 90 %), con niveles de recidivas mínimos (inferiores al 3 %) y de muerte asociada (alrededor del 1 %).

*Conclusión.* El manejo es principalmente quirúrgico, aun cuando se presenta invasión peritumoral y metástasis.

## TRAUMA

### 03 - 036

#### Corrección de hernia ventral traumática vía laparoscópica

Mauricio Zuluaga, Boris Sanchez, Ivo Siljic  
Universidad del Valle, Hospital Universitario del Valle  
Cali, Colombia  
borsaz@gmail.com, mauriciozuluagaz@yahoo.es

*Introducción.* Paciente de 34 años quien sufre accidente de tránsito en calidad de conductor de moto, con trauma cerrado de abdomen con manubrio de motocicleta en flanco derecho presentando masa dolorosa en flanco derecho posterior a trauma, sin otros traumas asociados, sin signos de abdomen agudo, se realiza TAC abdominal que reporta hernia traumática en hipocondrio derecho con asas intestinales dentro de defecto herniario y hematoma retroperitoneal derecho.

*Material y métodos.* Paciente a quien se realiza corrección de hernia traumática en la segunda semana postraumática por abordaje laparoscópico realizando técnica IPOM con cierre primario del defecto.

*Resultados.* Corrección adecuada de defecto herniario por vía laparoscópica, con sutura intracorpórea de músculo y fascia y fijación de malla protegida. Paciente con adecuada evolución posquirúrgica temprana.

*Conclusión.* La cirugía mínimamente invasiva es una técnica segura y factible para la corrección temprana de hernias traumáticas ventrales, siendo otras de las indicaciones en el paciente traumatizado.

### 03 - 046

#### Manejo de fistula traqueoesofágica traumática, aparte de un caso

Carlos Emilio Remolina, José Antonio Rodríguez, Yulieth Acevedo  
Clínica Gestión Salud SAS, Cartagena de Indias, Colombia  
remolinamd@gmail.com; jose7080@hotmail.com

*Introducción.* La fistula traqueoesofágica es una rara complicación en los pacientes que mantiene un tubo endotraqueal durante largo tiempo, siendo la excesiva presión del balón endotraqueal la principal causa de la misma.

*Objetivo.* Determinar la importancia del diagnóstico y tratamiento de la fistula traqueoesofágica post-intubación con el fin de minimizar los riesgos y complicaciones inmediatas y tardías en estos pacientes.

*Material y método.* Se trata de un paciente de 83 años de edad con antecedente de accidente cerebro vascular isquémico con secuelas neurológicas, requiriendo soporte ventilatorio prolongado, con alimentación enteral por sonda nasogástrica durante su estancia en unidad de cuidados intensivos. Presento cuadro de 3 meses de evolución con disfagia y neumonías aspirativas recurrentes, con estudios imagenológicos que evidenciaron fistula traqueoesofágica la cual fue manejada quirúrgicamente por el servicio de cirugía de tórax.

*Resultados.* Paciente quien es llevado a realización de traqueoplastia y cierre de fistula traqueoesofágica, procedimiento que se realiza sin complicación, con evolución satisfactoria durante su estancia hospitalaria.

*Conclusión.* La reparación quirúrgica de la fistula traqueoesofágica debe intentarse como método de solución definitiva del defecto traqueoesofágico siempre y cuando las condiciones clínicas del paciente lo permitan, con el fin de aportar aceptables resultados funcionales para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

### 03 - 066

#### Reporte de casos. Tubos de Cali, redireccionando el control de daños intestinal

Alden Pool Gómez, Sandra Gutiérrez, Isabel García, Jessica Capre, Paola Rodríguez  
Hospital San Juan de Dios, Universidad del Valle  
Cali, Colombia  
sandragutierrezmd@gmail.com

*Introducción.* Las lesiones intestinales han pasado históricamente por distintas modalidades de tratamiento tales como colostomías protocolarias, reparos definitivos en la época de los 70's al costo de cirugías prolongadas, en los 80's nace el concepto cirugía de control de daños que ha sido depurada en donde el principio terapéutico es realizar el mejor manejo para el tipo de lesión o lesiones según el contexto hemodinámico y teniendo en cuenta la triada de la muerte, así los requerimientos para la adecuada reanimación del caso, si el contexto es de choque hipovolémico la lesión intestinal puede manejarse con ligadura, sutura continua o grapado intestinal.

*Objetivo.* Realizar un reporte de dos casos de pacientes uno en contexto de trauma y otro de sepsis, en quienes se decidió realizar una modificación de la técnica actual de control de daños intestinal.

*Material y método.* Reporte de Casos y Revisión de la literatura.

*Resultados.* Paciente No.1 quien ingresa al servicio de urgencias posterior a presentar HPAF abdominal con signos vitales T/A 64/34, FC 120, FR 24 luce pálido, diaforético, con abdomen agudo; es llevado a laparotomía de urgencia se realizó cirugía de control de daños utilizando un tubo endoluminal intestinal para perpetuar continuidad en tracto gastrointestinal, empaquetamiento, abdomen abierto, y en el POP es trasladado a la UCI para reanimación por metas, e inicio temprano de NET. Se realizó revisión de cavidad, desempaquetamiento y anastomosis, cierre de cavidad abdominal, seguimiento de paraclínicos, se da egreso por buena evolución.

Paciente No. 2 en choque séptico de origen abdominal, se realizó laparotomía de control de daños resección intestinal y colocación de tubo endoluminal enteral y manejo de abdomen abierto, se realizó reanimación dirigida por metas en UCI y una vez estabilizado se llevó a anastomosis intestinal y manejo en piso hasta el egreso. Paciente No. 3 ingresa a urgencias con cuadro de obstrucción intestinal por hernia inguinal encarcerada, pálido, álgico, taquicárdico, con franca distensión abdominal con abdomen agudo, se realiza laparotomía exploradora, resección y colocación de tubo endoluminal y sistema de presión negativa intra abdominal, inicio de TPN.

*Conclusión.* La posibilidad de realizar cirugía de control de daños con tubos intraluminales intestinales temporales manteniendo tránsito intestinal es una opción poco explorada que requiere ser analizada detalladamente. Actualmente se utilizan métodos que ocuyen la luz intestinal, produciendo sobredistensión de las asas proximales, alteraciones hidroelectrolíticas al desfuncionalizar parte del intestino y restringir la absorción y mayor edema y desvascularización de las asas, por lo cual se propone este método y principios del shunt vascular, el cual en este caso tiene como ventajas permitir el tránsito intestinal durante la fase de reanimación, permitiendo un inicio temprano de nutrición enteral y evitando los demás efectos adversos mencionados de la ligadura que podrían aumentar el riesgo de filtración de la anastomosis.

### 03-068

#### Trauma limítrofe toracoabdominal izquierdo penetrante por arma blanca (laparoscopia)

*Fernando Alayo Sirlupu*  
Hospital Nacional Sergio Bernales  
Lima, Perú  
fernandoalayos@hotmail.com

*Introducción.* El uso de la laparoscopia en trauma abdominal es un punto de controversia en la cirugía de trauma. Hay un punto de congruencia y este está en que debería ser un paciente hemodinámicamente estable. Clásicamente la herida punzocortante penetrante en cavidad ha sido indicación de laparotomía exploratoria, independientemente de la hemodinámica del paciente. A continuación se presenta un caso de un traumatismo toracoabdominal izquierdo penetrante por arma blanca, en el que el abordaje laparoscópico fue diagnóstico y terapéutico.

*Objetivo.* Valorar el uso de la laparoscopia como herramienta diagnóstica y terapéutica en el manejo del trauma abdominal en un paciente con trauma limítrofe toracoabdominal izquierdo penetrante por arma blanca.

*Material y método.* Paciente varón de 32 años quien ingresa al Servicio de Emergencia de Cirugía por presentar epiplocele debido a un trauma limítrofe toracoabdominal izquierdo penetrante por arma blanca. El paciente hemodinámicamente estable, con signos de irritación peritoneal ingresa a sala de operaciones para realizarle laparoscopia exploratoria.

*Resultados.* Se halló hemoperitoneo 350cc aproximadamente, Lesión diafragmática izquierda con sangrado activo de aprox. 4cm, Múltiples laceraciones y hematoma de epiplón. Se realizó hemostasia, revisión de estructuras, rafia de diafragma, lavado de cavidad y colocación

de drenaje. El paciente se fue de alta al 3er día posoperatorio, sin complicaciones.

*Conclusión.* El uso de laparoscopia en trauma constituye un método seguro diagnóstico, y terapéutico en muchas ocasiones, como se demuestra en este paciente con traumatismo toracoabdominal penetrante izquierdo. Evita las laparotomías exploratorias no terapéuticas (en blanco), la morbilidad de éstas y acorta la estancia hospitalaria.

## PARED ABDOMINAL Y HERNIAS

### 03 - 014

#### Hernia de Petit, abordaje mínimamente invasivo

*Mauricio Rodríguez, Mauricio Zuluaga, Ivo Siljic*  
Universidad del Valle- HUV  
Cali, Colombia  
mauricio\_rodriguez\_molina@hotmail.com

*Introducción:* La hernia de lumbar es una protrusión del contenido intraabdominal a través de un defecto en la musculatura de la pared posterior del abdomen.

*Objetivo:* Mostrar la técnica quirúrgica en cirugía mínimamente invasiva para la corrección de la hernia lumbar.

*Descripción del caso:* Paciente femenina de 64 años de edad, que consulta por cuadro de 1 año de evolución de aparición de masa blanda en región lumbar derecha, asociado a dolor abdominal difuso y lumbar derecho leve tipo cólico, no irradiado, sin cambios con la alimentación ni movimientos musculares.

Al examen físico, se encontró masa blanda a nivel lumbar derecho, no dolorosa, no reductible. Sin dolor abdominal ni otros hallazgos al examen físico.

Consultó en múltiples ocasiones al médico general, donde fue manejado como lumbalgia crónica, realizaron radiografías simples de columna dorsal y terapia física por el dolor lumbar, con escasa mejoría.

Realizan TAC abdominal y de columna lumbar que reporta. Defecto en la pared muscular posterior derecha cuyo contenido corresponde a ciego y válvula ileocecal.

*Resultados:* Se realizó la herniorrafia de Petit con técnica mínimamente invasiva, sin recidiva ni complicaciones en 6 meses.

*Conclusión:* El abordaje laparoscópico es seguro y parece también dar otras ventajas con respecto al dolor post operatorio y estancia hospitalaria y el costo global del procedimiento (teniendo en cuenta la estancia hospitalaria) parece no incrementarse.

### 03 - 015

#### Hernia inguinal por laparoscopia “bajo el lente de la actualidad”

*Zurita Nayib, Karla Gutiérrez, Jessica Trujillo, Yeiner Delgado*  
Universidad del Sinú – Seccional Cartagena  
Cartagena de Indias Bolívar, Colombia  
moxter\_882@hotmail.com

*Introducción.* La hernia inguinal es una de las patologías más frecuentes en cirugía, por eso se han creado diferentes técnicas con

el fin de resolverla, priorizando las complicaciones y recidivas, nuestra experiencia quiere mostrar a la técnica laparoscópica como una solución e instaurarla en nuestros quirófanos como abordaje de elección desde un primer episodio, sometiéndonos a un mundo que está bajo el lente de la actualidad.

**Objetivo.** Presentar un vídeo en el cual se evidencia nuestra preferencia y experiencia en la utilización de la técnica transabdominal como manejo de esta patología, obteniendo resultados seguros, eficaces con menos riesgo de complicación, recidiva y estancia hospitalaria.

**Material y método:** Vídeo realizado mediante el uso de un computador portátil conectado a una video cámara, que se acopla al equipo de laparoscopia, el cual permite la grabación de todos los pasos durante la cirugía.

**Resultados.** La técnica laparoscópica en reparación de la hernia inguinal con su abordaje transabdominal muestra menor recidiva, debido al cubrimiento amplio del orificio miopectíneo evitando nuevas fuentes de hernia, así mismo de acuerdo a la experiencia y entrenamiento del cirujano realizarla en el menor tiempo posible sin manipulación de los tejidos adyacentes.

**Conclusión.** Frente a la demanda e incidencia de esta patología se quiere implementar la técnica laparoscópica como abordaje cotidiano en salas de cirugía disminuyendo las tasas de recidiva y complicación que se presentan con la técnica abierta, de igual manera favorecer reintegración del paciente a sus actividades laborales en el menor tiempo y un excelente resultado estético.

### 03 - 017

#### **Hernia inguinoescrotal por laparoscopia, “nuestra experiencia”**

*Nayib Zurita, Carlos Cruz, Klovis Andrés Vergara, Caterin Arévalo*  
Universidad del Sinú, Seccional Cartagena, Clínica Cartagena Del Mar Cartagena de Indias, Colombia  
klovisvergara@hotmail.com

**Introducción.** La hernia inguinoescrotal es una de las entidades quirúrgicas que tradicionalmente y contando con la aparición de técnicas por laparoscopia se reserva para ser un procedimiento que tiene como primera línea opción de realización con técnica abierta, sin embargo consideramos contraindicación relativa, por lo que presentamos un caso en el que realización la reducción y herniorrafia de un paciente con esta patología, con ayuda de maniobras externas de reducción, sin recurrir a técnicas abierta, sin complicaciones y con mayor facilidad a la hora de reducción de saco y visualización directa de su contenido, disminuyendo riesgo de lesión de estructuras intraabdominales en caso que existiese algún deslizamiento.

**Objetivo.** Demostrar que el manejo laparoscópico de una hernia inguinoescrotal es posible, siempre que se tenga la instrumentación adecuada, y permite disminuir lesión de estructuras en caso de deslizamiento dentro del saco por permitir visión directa del contenido, minimizando las complicaciones de herniorrafia convencional.

**Material y método.** Se revisa historia clínica de paciente, evidencia cuadro de larga data con hernia inguinoescrotal, reductible parcialmente, que se programa para herniorrafia por vía laparoscópica.

**Resultados.** Paciente en llevado a cirugía, con abordaje de hernia bajo visión directa, sin complicaciones intraoperatorias, mínima morbilidad posterior a procedimiento y buena evolución posterior.

**Conclusión.** La hernia inguinoescrotal es una entidad que puede ser abordada por técnica laparoscópica, siempre y cuando se cuente con los elementos aptos para el abordaje y la pericia para realizarlo, permitiendo visualización directa de contenido y evitando lesión de estructuras deslizadas en caso aplicara, disminuyendo morbilidad con buenos resultados posquirúrgicos.

### 03 - 024

#### **Cirugía por puerto único. Reparación con malla de hernia de Morgagni y colecistectomía**

*Guillermo E Aldana, Luis Eduardo Mejía*  
Hospital San José, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud Bogotá D.C., Colombia  
galdana1@hotmail.com

**Introducción.** La hernia de Morgagni o hernia diafragmática anteromedial es una entidad bastante rara. La incidencia de hernias diafragmáticas en EU es de 1 en 3500 nacidos vivos y la hernia de Morgagni representa menos del 4% de las hernias no traumáticas.

**Objetivo.** Mostrar el tratamiento quirúrgico mediante la técnica de puerto único de una paciente con colelitiasis sintomática y hernia de Morgagni como hallazgo incidental.

**Material y método.** Paciente de 57 años, con dolor abdominal asociado a patología vesicular (colelitiasis) y antecedentes de evaluación radiológica y cirugía torácica extrahospitalaria, “descartando” patología diafragmática.

**Resultados.** Paciente programada para colecistectomía laparoscópica, abordaje por puerto único quien durante la laparoscopia se evidencia epiplón encarcelado en el orificio de Morgagni. Se lleva a cabo reducción del mismo, colocación de malla y fijación con sutura y “tackers” de la misma además de colecistectomía. Todo el procedimiento fue llevado a cabo por puerto único, sin complicaciones. Evoluciona satisfactoriamente y controles ambulatorios normales.

**Conclusión.** Caso poco frecuente de hernia diafragmática anteromedial asociada a colelitiasis, manejada por vía laparoscópica, mediante técnica de puerto único sin complicaciones. El cirujano debe estar preparado para hallazgos incidentales durante cualquier procedimiento, que podrán ser resueltos con base en su experiencia, experticia y los recursos tecnológicos que disponga.

### 03 - 028

#### **Resección de tumor en fosa iliaca derecha mas corrección de defecto de pared por vía laparoscópica**

*Mauricio Zuluaga, Boris Sanchez, Ivo Siljic*  
Universidad del Valle, Hospital Universitario del Valle Cali, Colombia  
borsaz@gmail.com, mauriciozuluagaz@yahoo.es,

**Introducción.** Paciente de 75 años con cuadro de masa en fosa iliaca derecha de aproximadamente 2 meses de evolución, con TAC que

reporta masa ovoide localizada en fosa iliaca derecha abombando la pared por compresión y localizándose por delante del musculo psoas, sospechando lesión de ciego, con colonoscopia que no permite paso hasta el ciego y sin otros hallazgos patológicos. Con antecedente de apendicetomía hace 10 años. Se programa para resección por vía laparoscópica.

*Material y métodos.* Paciente a quien se realiza abordaje laparoscópico con tres puertos de 10 mm ubicados en ombligo hipogastrio y fosa iliaca izquierda y un puerto de 5 mm en mesogastrio.

*Resultados.* Resección de masa ubicada en fosa iliaca dejando flap de peritoneo, se logra resecar la totalidad de masa de pared abdominal y se corrige defecto secundario con técnica TAPP con malla y se cubre defecto con peritoneo se toma biopsia hepática adicional, paciente evoluciona satisfactoriamente sin complicación, informe patológico reacción gigantocelular a cuerpo extraño con necrosis.

*Conclusión.* Resección satisfactoria de gran tumor secundario a reacción a cuerpo extraño en pared abdominal y corrección de defecto herniario secundario por cirugía mínimamente invasiva.

### 03 - 029

#### **Hernia diafragmática de Morgagni asociada a hernia paraesofágica tipo III: abordaje mínimamente invasivo**

*Henry Hernando Martínez, Nathaly Ramírez, Andrés Mauricio Palacio*

Hospital Universitario La Samaritana, Universidad de la Sabana, Universidad Nacional de Colombia  
Bogotá D.C., Colombia  
henryhmartinez@gmail.com

*Introducción.* Presentaremos el caso de un paciente de 76 años de sexo masculino con patología pulmonar restrictiva de larga data, en quien se documentó en estudios imaginológicos una hernia diafragmática tipo Morgagni y una hernia paraesofágica tipo III asociada. Se decidió llevar a corrección de ambos defectos por vía laparoscópica.

*Objetivo.* Mostrar la técnica quirúrgica utilizada para la reparación de los defectos descritos y los beneficios del abordaje laparoscópico. Mostrar los resultados del procedimiento quirúrgico y el impacto positivo en la calidad de vida del paciente.

*Material y método.* Se realizó un abordaje laparoscópico a través de 5 puertos. Inicialmente se hizo corrección de la hernia diafragmática con reparo primario con sutura, posteriormente se realizó liberación y resección del saco herniario a nivel del hiato logrando movilización de la unión esófago-gástrica y de la cámara gástrica a la posición anatómica normal, se completa el procedimiento realizando una funduplicatura de 360 grados tipo Nissen Rossetti. Debido al tamaño del defecto herniario y a la buena calidad de los pilares, no se coloca malla para el reforzamiento del defecto.

*Resultados.* Se presenta el caso de un paciente de 76 años con cuadro de disnea, se realizaron imágenes diagnosticas y por medio de una TAC toracoabdominal se evidenció una hernia diafragmática tipo Morgagni asociado a hernia paraesofágica tipo III. Dado el compromiso sintomático respiratorio del paciente, se decide llevar a cirugía para corrección de los dos defectos en el mismo acto quirúrgico. Se realiza el procedimiento por vía laparoscópica

sin complicaciones. Se da salida a los 4 días posterior a la cirugía; paciente con adecuada tolerancia a la vía oral, sin disnea, sin disfagia, ni requerimiento de oxígeno suplementario. Se realizó una radiografía de vías digestivas altas mostrando funduplicatura en adecuada posición, con paso normal del medio de contraste a través de la unión esófago-gástrica.

*Conclusión.* La hernia diafragmática tipo Morgagni es una entidad infrecuente en un paciente de edad avanzada, más aún asociado a hernia hiatal. Este tipo de pacientes se beneficia de la cirugía laparoscópica para el manejo de esta patología. Se ha demostrado ampliamente los beneficios como disminución de la estancia hospitalaria, mejor control del dolor posoperatorio y buenos resultados en cuanto a la sintomatología del paciente, con una mínima morbilidad e impacto positivo en la calidad de vida.

### 03 - 070

#### **Reducción de hernia encarcelada posterior a corrección de hernia paraesofágica gigante**

*Fernando Arias, Gabriel Almario Herrera, Carolina Ocampo, Lina Parra, Wilson Riaño, Beatriz Taboada*  
Fundación Santa Fe de Bogotá  
Bogotá, D.C., Colombia

*Hipótesis.* El manejo de la complicación aguda luego de la corrección de una hernia paraesofagica gigante es factible por vía laparoscópica.

*Materiales y métodos.* Se presenta el caso de un paciente de 86 años de edad, con antecedente de corrección de hernia paraesofágica gigante previamente. Manejado por servicio de medicina interna con diagnóstico de disfagia y empeoramiento de cuadro por lo que fuimos interconsultados programando el paciente de manera urgente para cirugía.

*Resultados.* El paciente evoluciona satisfactoriamente con corrección quirúrgica.

*Conclusiones.* El diagnóstico oportuno y manejo quirúrgico por vía mínimamente invasora temprano de las complicaciones de este tipo de patología es importante para el buen desenlace posoperatorio.

## INFECCIONES

### 03 - 031

#### **Experiencia en el manejo de pacientes con plastrón apendicular con cecectomía laparoscópica en la Fundación Santa Fe de Bogotá**

*Francisco Javier Díaz, Carlos Felipe Perdomo, Juan Pablo Villaje*  
Fundación Santa Fe de Bogotá  
Bogotá, Colombia  
jvillate87@hotmail.com

*Introducción.* Aproximadamente 2% - 6% de los pacientes con apendicitis aguda presentaran una masa apendicular, ya sea en la forma de un flemón inflamatorio o absceso. El manejo y abordaje óptimo de la apendicitis aguda complicada por un flemón inflamatorio, absceso o muñón apendicular de difícil manejo sigue siendo polémico.

La técnica estándar de apendicectomía puede por sí sola no ser suficientemente efectiva para la prevención de complicaciones como fistula intestinal, peritonitis, abscesos intrabdominales.

Es por esta razón que en la práctica quirúrgica algunos cirujanos al encontrar este tipo de hallazgos optan por distintos tipos de procedimientos de resección mayor: cecectomía, íleo-cecectomía, inclusive hemicolectomía derecha en algunos casos.

Este tipo de operaciones se caracterizan no solo por remover el apéndice veriforme sino por la incorporación a la resección de estructuras vecinas comprometidas en el proceso inflamatorio, el cual muchas veces puede ser avanzado y severo.

*Objetivo.* Compartir nuestra experiencia en tratamiento del paciente con apendicitis aguda complicada por plastrón apendicular y muñón apendicular difícil en el cual describimos mediante la ayuda del video los distintos pasos en la realización de una cecectomía por laparoscopia en el abordaje de este tipo de pacientes.

*Material y método.* Descripción de la secuencia de pasos en la realización de una cecectomía laparoscópica para el abordaje del paciente con plastrón apendicular y manejo del muñón apendicular difícil.

*Resultados.* La evidencia actual apunta a un manejo mínimamente invasivo para el manejo de la apendicitis; este tipo de enfoque se asocia con mejores resultados. En los casos de manejo del muñón apendicular difícil por compromiso de la base apendicular y a plastrón apendicular una excelente alternativa es realizar una cecectomía laparoscópica, técnicamente sencilla de realizar, con la ventaja de no hacer una resección mayor y una anastomosis. Y que puede prevenir complicaciones posquirúrgicas en el manejo de este tipo de pacientes con una apendicectomía convencional.

*Conclusión.* Consideramos que en los pacientes que no son candidatos a una apendicetomía estándar por muñón apendicular difícil o plastrón apendicular, el abordaje laparoscópico con cecectomía limitada frente a otro tipo de resecciones mayores es segura, con muy buen tiempo de egreso hospitalario y pocas complicaciones.

Consideramos que el manejo conservador frente a este tipo de pacientes no es una opción dado la importante tasa de identificación de neoplasias del apéndice en pacientes mayores de 40 años que son llevados a apendicectomía de intervalo.

Este tipo de abordaje es una buena alternativa de manejo y debe estar siempre en el armamentario del cirujano que se enfrenta a una patología tan frecuente y con hallazgos no siempre esperados.

### 03 - 045

#### **Necrosectomía pancreática por laparoscopia**

*Andrés Felipe Salazar, Diego Buitrago, Camilo Andrés García*  
Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá D.C., Colombia  
camiloagarciar@gmail.com

*Introducción.* Paciente de 51 años con antecedente de consumo de alcohol, remitido para manejo en unidad de cuidados intensivos de nuestra institución quien había estado hospitalizado desde el 11 de noviembre de 2014 hasta el 23 de noviembre de 2014 por pancreatitis aguda alcohólica. Reconsulta al hospital San Carlos a los dos días por cuadro de dolor en epigastrio e hipocondrio de-

recho asociado a fiebre por lo que toman imágenes documentando absceso vs. pseudoquistes de 4 x 4 cm de la cabeza del páncreas y remiten para punción por radiología intervencionista. Ingresó a nuestra institución el 14 de diciembre de 2014 durante la cual no se evidencia SIRS ni signos de sobreinfección por lo que se considera colección aséptica.

Paciente durante evolución con tolerancia parcial de la vía oral y presencia de dolor abdominal el cual es manejado por clínica de dolor. Realizan TAC de abdomen de control el 19 de diciembre de 2014 donde se documenta colección necrótica aguda pancreática y peripancreática con signos de sobreinfección.

El 22/12/2014 se realiza punción por radiología intervencionista, obteniendo 5 cc de material purulento con GRAM que reporta *Cocci gram negativo*, por lo que se inició cubrimiento antibiótico con meropenem. El 24 de diciembre de 2014 dado la persistencia de sintomatología sin lograr adecuado drenaje, se considera llevar a necrosectomía por laparoscopia, sin complicaciones, adecuada evolución posoperatoria sin complicaciones de falla exocrina.

### OTROS

#### 03 -025

#### **Pancreatitis crónica–pancreatolitiasis. Manejo totalmente laparoscópico: pancreatoyeyunostomía en Y de Roux (Partington-Rochelle)**

*Guillermo Aldana, Manuel Hosman, Iván Mariño*  
Hospital San José. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud  
Bogotá D.C., Colombia  
galdana1@hotmail.com

*Introducción.* El manejo laparoscópico de los pacientes con pancreatitis crónica ha tenido una evolución lenta debido a la dificultad técnica que esto representa al poco entrenamiento de los cirujanos en este tipo de procedimientos y a la baja incidencia y prevalencia que tiene esta enfermedad en nuestra población.

*Objetivo.* Presentar el video del primer reporte de pancreatoyeyunostomía en Y de Roux totalmente laparoscópica (Partington-Rochelle), en Colombia.

*Material y método.* Paciente de 34 años con diagnóstico de pancreatitis crónica y pancreatolitiasis confirmada en la TAC y RNM de abdomen, quien presenta dolor abdominal que ha progresado en intensidad hasta llegar a requerir manejo con opiáceos sin mejoría por lo que se decide llevar a cirugía.

*Resultados.* Se realiza pancreatoyeyunostomía latero-lateral (Procedimiento de Partington-Rochelle) en Y de Roux por laparoscopia, y extracción de litiasis pancreática. Evolución satisfactoria de la paciente, hospitalizada por 7 días y con adecuada respuesta al manejo dado por mejoría del dolor y los síntomas de mala absorción.

*Conclusión.* Los procedimientos quirúrgicos para el manejo de los pacientes con pancreatitis crónica no son tan frecuentes en nuestro medio dada la baja prevalencia de esta patología en nuestra población y sus indicaciones se encuentran bien establecidas. Es muy importante que los pacientes sean manejados en centros de alta experiencia y por personal con la mayor experiencia en cirugía de mínima invasión así como el enfoque por parte de la especialidad pertinente.

### 03 - 051

#### **Dolor abdominal, enigma quirúrgico**

*Nayib Zurita, Karla Gutiérrez, Yessica Trujillo Zapata, Luis Mejía Vargas*

Universidad del Sinú, Seccional Cartagena  
Cartagena De Indias, Colombia  
kpgdpl@hotmail.com

*Introducción.* El dolor abdominal es un enigma al que diariamente se enfrenta el cirujano general, haciendo uso de la evaluación clínica, métodos diagnósticos imaginológicos; que en ocasiones no logran dilucidar la causa de este sin presentar abdomen agudo; siendo la realización de la laparoscopia diagnóstica el método de elección en este cuadro. Le presentaremos un caso clínico de dolor abdominal de comportamiento bizarro no clásico, que dentro del hallazgo intraoperatorio se encontró diverticulitis apendicular; la cual es una patología de poca prevalencia y clínica difusa; por lo tanto queremos compartir por medio de nuestra experiencia dicho hallazgo.

*Objetivo.* Presentar un vídeo en el cual se evidencia nuestra experiencia en la utilización de la laparoscopia en el estudio de dolor abdominal bizarro sin necesidad de llegar a presentar signos de abdomen agudo o de sepsis de origen abdominal.

*Material y método.* Vídeo realizado mediante el uso de un computador portátil el cual va conectado a video cámara capturadora, que se acopla al procesador del equipo de laparoscopia, el cual permite la grabación de todos los pasos durante toda la cirugía.

*Resultados.* Uso de la laparoscopia en dolor abdominal sin signos de abdomen agudo, como método diagnóstico oportuno y terapéutico; lo que corrobora la eficacia y pertinencia en causas de difícil sospecha y hallazgo.

*Conclusión.* El dolor abdominal es y seguirá siendo un enigma para el cirujano general, ya que se pueden presentar o descubrir hallazgos de baja prevalencia que generen complicaciones sin ser sospechadas gracias a su rareza.

### 03 - 052

#### **Manejo integral laparoscópico del embarazo ectópico, Cirugía General y ginecología**

*Nayib Zurita, Karla Gutiérrez, Yessica Trujillo, Luis Mejía*

Universidad del Sinú, Seccional Cartagena  
Cartagena De Indias, Colombia  
kpgdpl@hotmail.com

*Introducción.* El diagnóstico de abdomen agudo y definición de su etiología es el reto de todo cirujano general, sin embargo ante la amplia envergadura de estas en el sexo femenino, se requiere de la participación del área de ginecología. Actualmente la cirugía laparoscópica se aplica ampliamente en el área de cirugía general en abdomen agudo y es interesante e importante el entrenamiento en el tratamiento específico del embarazo ectópico organizado o roto, por eso las queremos mostrar por medio de nuestra experiencia.

*Objetivo.* Presentar un vídeo en el cual se evidencia nuestra experiencia en la utilización de la laparoscopia para el manejo de abdomen agudo en patología ginecológica bajo la guía del especialista en Ginecología, logrando un trabajo mancomunado obteniendo resultados seguros, eficaces.

*Material y método.* Vídeo realizado mediante el uso de un computador portátil el cual va conectado a una video cámara capturadora, que se acopla al procesador del equipo de laparoscopia el cual, permite la grabación de todos los pasos durante toda la cirugía.

*Resultados:* El abordaje laparoscópico del abdomen agudo en las patologías ginecológicas ha sido una buena opción en el manejo del embarazo ectópico organizado o roto, ya que disminuye complicaciones postquirúrgicas como bridas que pueden generar recurrencia del cuadro, infertilidad y obstrucción intestinal, en comparación con los procedimientos abiertos.

*Conclusión.* El abdomen agudo es una patología frecuente en el servicio de urgencias dentro de las cuales el embarazo ectópico, es una de las causas más frecuentes en mujeres en edad fértil; por lo cual consideramos que dentro de nuestra capacitación en cirugía general, se deben incluir este tipo de competencias para resolver dicho cuadro; no obstante sería pertinente la ejecución del mismo bajo la veeduría del área de ginecología.



# PÓSTERES

## CABEZA Y CUELLO

04 - 003

### Tratamiento quirúrgico de un estallido carotideo

Alfredo Einstein Viana, Yessica Andrea Trujillo, Walter Gómez  
Imat Oncomedica, Montería, Colombia  
einsteinv7@yahoo.com

*Introducción.* El estallido carotideo (CBS) se debe a la ruptura de la carótida y /o sus ramas principalmente por invasión maligna de neoplasias de cabeza y cuello.

*Objetivo.* Validar el manejo de urgencias de un estallido carotideo con técnica convencional.

*Material y método.* Paciente masculino de 57 años con antecedentes de carcinoma de laringe T3 0 M0 operado hace un año quien, completo quimio-radioterapia adyuvante. El 16 de abril 2015 ingresa a la Clínica IMAT con lesión ulcerada cervical derecha con sangrado profuso asociado a inestabilidad hemodinámica. En urgencia se inicio reanimación siguiendo las pautas del ATLS con expansión de volumen y traslado urgente al quirófano.

Se realizo disección de la carótida común, localizándose dos perforaciones e infiltración de seno carotideo, partes blandas con áreas de necrosis, se realizó clampeo progresivo de la carótida común derecha con posterior ligadura de la misma, controlando el sangrado.

Se realizo colgajo del musculo esternocleidomastoideo y angular de la escapula para cobertura de la los grades vasos y partes blandas.

*Resultados.* La angioresonancia evidenció ausencia de flujo en carótida común derecha. Paciente sin secuelas neurológicas y sin nuevos episodios de resangrado en los dos meses posteriores. Se indico quimioterapia paliativa.

*Conclusión.* El paciente evoluciona satisfactoriamente con egreso hospitalario al día 14 posquirúrgico y una semana del alta acude a consulta sin presencia de ninguna complicación ni déficit neurológico, probablemente secundaria al desarrollo de circulación colateral dados los antecedentes de la paciente.

## VIAS BILIARES

04 - 024

### Fistula colecistogástrica, reporte de caso

Claudia Ximena Millán, Mónica Patricia Torres  
Clínica Amiga Cali  
Cali, Colombia  
mptorresd@gmail.com

*Introducción.* Las fístulas biliodigestivas son una complicación rara y excepcional que pueden aparecer en pacientes con patología biliar,

principalmente colelitiasis– colecistitis. Las más frecuentes son las colecistoduodenales (65-77%), seguidas por las colecistocólicas (10-25%) y las colecistogástricas (5%); las colédocoduodenales son mucho menos frecuentes.

*Objetivo.* Presentar el caso de un paciente que presentó fistula colecistogastrica y contribuir con un caso más a la literatura mundial.

*Material y método.* Se describe la historia de un paciente masculino de 65 años, diabético, en el contexto de un abdomen agudo, sin ictericia, con evidencia escanográfica de ruptura de víscera hueca en presencia de masa antropilórica. Se mostraran las imágenes pre y posquirúrgicas, los hallazgos operatorios, anatomopatológicos, manejo, evolución y seguimiento.

*Resultados.* Se llevó a laparotomía encontrando peritonitis generalizada, severo plastrón con pérdida de la anatomía subhepática involucrando píloro antro gástrico y epiplón – sin identificarse vesícula biliar; se realizó gastrectomía subtotal y reconstrucción Billroth II. La colangioresonancia postquirúrgica mostró indemne la vía biliar, la patología fue negativa para malignidad y el paciente ha evolucionado adecuadamente sin complicaciones hasta el momento.

*Conclusión.* Aunque las fistulas biliodigestivas y más aún la colecistogástrica es una complicación poco frecuente de la colelitiasis, debemos considerar su diagnóstico en el abanico de posibilidades diagnósticas del abdomen agudo del adulto mayor. Además sigue habiendo cierto debate sobre el manejo quirúrgico óptimo de esta patología.

## COLON Y RECTO

04 - 010

### Experiencia en el manejo de pacientes con muñón apendicular difícil con cecectomía laparoscópica en la Fundación Santa Fe de Bogotá

Juan Pablo Villate, Francisco Javier Díaz, Carlos Felipe Perdomo  
Fundación Santa Fe de Bogotá  
Bogotá D.C., Colombia  
jvillate87@hotmail.com

*Introducción.* En apendicitis aguda perforada, especialmente en los casos en que es necesario el manejo del muñón apendicular difícil debido al severo compromiso de la base del apéndice por perforación o frialdad, o a la extensión del proceso inflamatorio a estructuras vecinas, la técnica estándar de apendicectomía puede por sí sola no ser suficientemente efectiva para la prevención de complicaciones como fistula intestinal, peritonitis, abscesos intrabdominales. Es por esta razón que en la practica quirúrgica algunos cirujanos al encontrar este tipo de hallazgos optan por distintos tipos de procedimientos de resección mayor: cecectomía, fleo - cecectomía, inclusive hemi-

colectomía derecha en algunos casos. Este tipo de operaciones se caracterizan no solo por remover el apéndice veriforme sino por la incorporación a la resección de estructuras vecinas comprometidas en el proceso inflamatorio, el cual muchas veces puede ser avanzado y severo. Este abordaje relacionado a la resección radical del foco infamatorio puede evitar confiablemente complicaciones sépticas causadas por la progresión de la inflamación del cuadrante inferior derecho del abdomen.

**Objetivo.** Compartir nuestra experiencia en tratamiento del paciente con apendicitis aguda y con la imposibilidad de cierre seguro del muñón apendicular debido a frialdad o extensión de proceso inflamatorio que fueron manejados con abordaje laparoscópico y con cecectomía con endo GIA.

**Material y método.** Estudio observacional descriptivo retrospectivo, donde se toman los casos de apendicitis aguda en los cuales fue necesario realizar una cecectomía por compromiso de la base apendicular e imposibilidad de cierre del muñón con una apendicetomía convencional, en un lapso de un año de en la Fundación Santa Fe de Bogotá. Se evaluara la evolución de dichos pacientes, periodo de hospitalización, complicaciones. De igual forma, se compararan dichos resultados con los resultados las series mundiales en cuanto a características de los pacientes y desenlaces presentados con otro tipo de terapéutica quirúrgica.

**Resultados.** La evidencia actual apunta a un manejo mínimamente invasivo para el manejo de la apendicitis; este tipo de enfoque se asocia con mejores resultados. En los casos de manejo del muñón apendicular difícil por compromiso de la base apendicular y a plastrón apendicular una excelente alternativa es realizar una cecectomía laparoscópica, técnicamente sencilla de realizar, con la ventaja de no hacer una resección mayor y una anastomosis. Y que puede prevenir complicaciones posquirúrgicas en el manejo de este tipo de pacientes con una apendicetomía convencional.

**Conclusión.** Consideramos que en los pacientes que no son candidatos a una apendicetomía estándar por muñón apendicular difícil o plastrón apendicular, el abordaje laparoscópico con cecectomía limitada frente a otro tipo de resecciones mayores es segura, con muy buen tiempo de egreso hospitalario y pocas complicaciones. Es una buena alternativa de manejo y debe estar siempre en el armamentario del cirujano que se enfrenta a una patología tan frecuente y con hallazgos no siempre esperados.

## VASCULAR

### 04 - 016

#### **Terapia de presión negativa como tratamiento alternativo en el manejo de una úlcera vascular arterial de miembros inferiores**

Juan Pablo Martínez, Catalina Quilindo Giraldo, Julián Ramírez  
Universidad del Cauca  
Popayán, Colombia  
catalinaqg1420@gmail.com

**Introducción.** El sistema *vacuum assisted closure* (VAC) ha mostrado ser útil en el manejo de heridas complejas como abdomen abierto, heridas infectadas y úlceras venosas. Se presenta el caso de una paciente con una úlcera en miembro inferior derecho secundaria a enfermedad arterial oclusiva manejada con VAC.

Aunque su uso en estas lesiones no esté indicado, se utilizó con el fin de mejorar los síntomas y su calidad de vida.

**Objetivo.** Presentar un caso en el cual se evidencien los resultados obtenidos en una úlcera arterial manejada con el sistema VAC.

**Material y método.** Revisión de la historia clínica de la paciente y discusión del caso.

**Resultados.** Paciente femenina de 65 años de edad, con antecedentes de enfermedad arterial oclusiva crónica de miembros inferiores. Al examen físico se evidenció úlcera necrótica que comprometía el cuarto y quinto artejo del pie derecho. Se decidió llevar a cirugía, donde se realizó desarticulación del cuarto y quinto artejo y desbridamiento de la úlcera dorsal del pie derecho de aproximadamente 7 x 5 cm, con aplicación funcional del sistema VAC sin complicaciones. Posteriormente se realizó cobertura de la lesión ulcerosa mediante injertos cutáneos de espesor parcial.

**Conclusión.** La aplicación del sistema VAC con fines terapéuticos revela que los resultados del tratamiento fueron eficaces, con lo cual favoreció el cierre por segunda intención. Sin embargo, aún no está definido debido a la escasez de información y los pocos casos reportados sobre su uso, siendo necesario realizar nuevas investigaciones que evalúe su efectividad.

### 04 - 020

#### **Migración de catéter implantable al pericardio**

Maria Elena Velasquez, Roosevelt Fajardo, Felipe Perdomo,  
Juliana Ocampo  
Fundación Santa Fe de Bogotá  
Bogotá D.C., Colombia  
me.velasquez.acosta@gmail.com

**Hipótesis:** Los catéteres venosos implantables (CVI) son dispositivos frecuentemente utilizados en pacientes con cáncer ya que mejoran la calidad de vida al permitir la administración de quimioterapia en forma segura evitando múltiples punciones.

**Materiales y métodos.** Paciente de sexo femenino de 45 años con diagnóstico de adenocarcinoma de pulmón de células no pequeñas en recaída; en mayo de 2014 fue llevada a colocación de CVI para administración de quimioterapia. Por disfunción del catéter, en julio de 2014 se programa para revisión y retiro del mismo; durante el procedimiento se evidencia que el catéter ha migrado al ventrículo. Por fluoroscopia se intenta extracción sin éxito. Se realiza Angio-TAC de torax y evidenciamos que el catéter ha migrado al pericardio.

**Resultados.** Aunque los CVI son seguros y bien tolerados pueden presentarse complicaciones como: infección (4.8%), trombosis (3.2%), malposición (2.4%). Complicaciones menos frecuentes incluyen: fractura del catéter, desconexión al reservorio (0.5%), dislocación secundaria (1.5-2%), ruptura del catéter y posterior embolización del fragmento dislocado (0.2-1.7%).

**Conclusiones.** Los fragmentos de catéter o el catéter completo que migra generalmente embolizan a la aurícula derecha, ventrículo derecho, arteria pulmonar, seno coronario y en la mayoría de los casos no tienen repercusiones clínicas; aunque también se han reportado complicaciones cardíacas fatales como fibrilación ventricular y muerte súbita. A la paciente no se le extrae el catéter. Ella se encuentra asintomática.

04 - 026

### Reparo de lesión de arteria poplítea por abordaje posterior, reporte de 10 casos

Adriana Marcela Zuñiga, David Alejandro Mejía, Fabián Hernández

Hospital Universitario del Valle (HUV), Universidad del Valle Cali, Colombia  
adrianamzuniga@hotmail.com

**Introducción.** En la literatura existe amplia variación de las recomendaciones para el tratamiento quirúrgico de las lesiones de arteria poplítea. En nuestro hospital realizamos con relativa frecuencia este tipo de intervenciones y estas lesiones de arteria poplítea van acompañados en la mayoría de poli-traumatismo severos que en ocasiones dificultan el posicionamiento del paciente siendo necesario el abordaje de esta por vía posterior.

**Objetivo.** Mostrar como es la técnica de reparo de lesiones de arteria poplítea vía posterior en 10 casos del hospital universitario del Valle y cuáles fueron sus resultados.

**Material y método.** Se realizó la recolección de datos en las historias clínicas de los pacientes con lesiones arteriales poplítea que se sometieron a tratamiento quirúrgico en un centro de trauma de nivel I en Cali, donde la nota quirúrgica informara que el abordaje se hizo por vía posterior. Se revisaron los desenlaces tipo trombosis, amputación y resultados satisfactorios.

**Resultados.** Una de nuestras grandes preocupaciones es que las lesiones arteriales poplíteas conllevan un alto riesgo de amputación; en estos pacientes los casos que terminaron en amputación fue del 20%, similar a lo reportado en la literatura. No se observan cambios en cuanto a los resultados comparados con estudios observacionales previos.

**Conclusión.** La técnica aplicada está establecida por la magnitud del daño arterial y el compromiso general del paciente. En nuestro hospital los paciente tienen un grado de traumatismo severo que dificulta la movilización, siendo necesario la mínima manipulación y manejo interdisciplinario.

## TUMORES

04 - 001

### Tumor escapular: rara presentación de metástasis en un carcinoma de parótida

Gustavo Martínez, Caterin Arévalo, Sandra Aruachan, María Alejandra Espinosa

IMAT Oncomedica, Montería, Colombia  
cate-90@hotmail.com

**Introducción.** El carcinoma de células acinosas es un tumor maligno de las glándulas salivales, con alto grado de agresividad. Su presentación habitual cursa con metástasis linfáticas y hematógenas. Sin descripción de numerosos casos de metástasis a distancia, presentamos un caso inusual de un tumor escapular, cuya patología describió un carcinoma de la glándula parótida, la cual es una metástasis del tumor.

**Objetivo.** Presentar un caso de metástasis inusual del carcinoma de parótida.

**Material y método.** Se toman fotos del paciente y se realiza un póster con los estudios imaginológicos del mismo.

**Resultados.** Se presenta un caso de un paciente con cáncer de parótida derecha, con su resección y tratamiento con radioterapia y quimioterapia adyuvante. Tras recaídas locales y un hallazgo de una masa en región escapular derecha, el resultado de la biopsia es compatible con carcinoma acinar. Es tratado por Cirugía de Mama y Tumores de Tejidos Blandos, quienes realizan resección de la lesión con márgenes libres, con muy buenos resultados clínicos y estéticos posteriores.

**Conclusión.** No ha habido ningún reporte de metástasis de este carcinoma a región escapular. La infiltración del tumor desde el punto de vista quirúrgico coincidió con los criterios histopatológicos, que por el contexto clínico y el antecedente de tumor maligno de la parótida, favoreció el compromiso de tejido celular subcutáneo, músculo esquelético y hueso por el carcinoma de células acinares de la glándula salival. La vigilancia cuidadosa de los pacientes oncológicos, especialmente los que se quejan de dolor posteriormente es muy importante.

04 - 002

### Pancreatectomía distal laparoscópica con preservación de bazo para el manejo de tumor pseudopapilar del páncreas. Reporte de caso y revisión de la literatura

Mauricio Esteban Valencia, Carolina Salinas Parra, Carlos Alberto López, Jerónimo Toro Calle  
Universidad Pontificia Bolivariana  
Medellín, Colombia  
carosp@gmail.com

**Introducción.** El tumor sólido pseudopapilar es una neoplasia pancreática poco frecuente, presenta una incidencia especial en mujeres jóvenes y se encuentra asociada con un potencial de malignidad, por lo que su tratamiento es esencialmente quirúrgico. En la actualidad, la pancreatectomía por laparoscopia es el procedimiento que se asocia a una menor morbilidad comparado con pancreatectomía abierta y este es usualmente acompañado de esplenectomía debido a las dificultades anatómicas en la disección de los vasos esplénicos, lo cual aumenta la morbilidad postquirúrgica inmediata e inmunológica de estos pacientes.

**Objetivo.** Se presenta el caso de una paciente con un tumor sólido pseudopapilar en quien se realiza una pancreatectomía distal por laparoscopia con preservación de bazo con resultados exitosos.

**Material y método.** Paciente de sexo femenino de 15 años de edad, con masa en hipocondrio izquierdo de 2 meses de evolución. Tomografía computada de abdomen mostró lesión en el cuerpo del páncreas, de 84X84X86mm. Se realiza pancreatectomía distal laparoscópica con preservación de bazo. Alta al segundo día postoperatorio. No Fístula pancreática. No abscesos.

**Patología:** tumor sólido pseudopapilar del páncreas, márgenes de resección negativos y ganglios linfáticos negativos para malignidad

**Resultados.** Reportamos un caso de un tumor sólido pseudopapilar del páncreas el cual es manejado con pancreatectomía distal lapa-

ros cópica con preservación de bazo con corta estancia hospitalaria, sin complicaciones asociadas.

**Conclusión.** Se reafirma el tratamiento de las lesiones quísticas del páncreas con cirugía mínimamente invasiva como una aproximación diagnóstica y terapéutica, que brinda amplios beneficios clínicos con aceptable morbilidad y mortalidad, sin comprometer la función esplénica.

#### 04 - 009

### **Carcinoma escamocelular primario de mama con receptores hormonales y HER2 (+): reporte de caso y revisión de la literatura**

*Edgar Villamil, Diego Vanegas, Maritza Ávila, William Sánchez*  
Hospital Militar Central  
Bogotá D.C., Colombia  
villamilhamon@hotmail.com

**Introducción.** El carcinoma escamocelular primario de la mama es una neoplasia extremadamente rara, con una incidencia entre 0.04–1%. Su curso clínico usualmente es rápido, agresivo y refractario a la terapia convencional para el cáncer de seno. La cirugía aparenta ser el pilar fundamental de su tratamiento.

**Objetivo.** Descripción del reporte de dos casos de pacientes con Carcinoma escamocelular de mama, atendidas en el HMC, lo que nos permite comparar el perfil del comportamiento clínico y biológico de este tipo de tumores en nuestras usuarias con la población general.

**Material y método.** Mujer de 74 años con carcinoma infiltrante escamocelular queratinizante, 8 de 15 ganglios comprometidos por metástasis, RE (-) RP (-) HER2 3+, pT3pN2apMx.

Mujer de 63 años con carcinoma escamocelular metaplásico de célula grande, queratinizante, 1 de 14 ganglios con carcinoma, pT3pN1a-pMx. RE (-), RP (-), HER2 (-) KI 67 70% .

Manejadas inicialmente con quimioterapia neoadyuvante, con progresión de la enfermedad.

**Resultados.** Los casos expuestos demuestran una vez más que los esquemas habituales de neoadyuvancia para adenocarcinomas de seno, incluso en presencia de receptores hormonales positivos y sobreexpresión del HER2 no son de utilidad y posiblemente retrasen la cirugía como estrategia de control locorregional y curativa en ausencia de diseminación a distancia.

**Conclusión.** Este tipo de tumores son de curso localmente agresivo, refractario al manejo y con pobre pronóstico y pobre respuesta a los regímenes de quimio y radioterapia comúnmente utilizados para su tratamiento y en consecuencia no se ha establecido el papel de la terapia adyuvante.

#### 04 - 012

### **Silicona líquida inyectada en mama: ¿cuando operar?**

*Margarita Tautiva, Edgar Villamil, Diego Vanegas, Maritza Ávila, William Sánchez*  
Hospital Militar Central  
Bogotá D.C., Colombia  
margaritatautiva@gmail.com

**Introducción.** Desde hace más de cuatro décadas la silicona líquida se ha utilizado para el aumento de volumen los tejidos blandos, esto debido a su estructura química inerte, facilidad en su aplicación y bajo costo. Su empleo a nivel del tejido mamario dificulta el diagnóstico temprano del cáncer de mama, lo cual establece un reto terapéutico en el manejo de este tipo de casos.

**Objetivo.** Establecer indicaciones claras para el manejo quirúrgico en pacientes con complicaciones tras la inyección de silicona líquida intramamaria.

**Material y método.** Paciente de 42 años con cuadro de mastalgia bilateral, asociado a cambios de la coloración de la piel a este nivel. Antecedente de inyección de silicona líquida en ambas mamas, procedimiento realizado por personal no autorizado. Ante sintomatología se decide llevar a mastectomía subcutánea con vaciamiento axilar.

**Resultados.** Dentro de las complicaciones conocidas asociadas a la inyección de silicona líquida se encuentran cicatrización excesiva a nivel mamario, presencia de nódulos o abultamientos, migración del gel hacia la superficie y mastitis por silicona (dolor en mama, cambios en la coloración, úlceras y masas a nivel de la mama), esta última puede esconder la presencia de lesiones malignas de la mama, y por lo tanto retardar el diagnóstico de un posible cáncer de mama.

**Conclusión.** La inyección intramamaria de este tipo de polímeros conlleva a la aparición de múltiples complicaciones que dificultan el diagnóstico de patologías malignas. Todas las pacientes con síntomas de mastitis por silicona requieren intervención quirúrgica, que debe estar enfocada en la remoción de la mayor cantidad de tejido infiltrado.

#### 04 - 013

### **Cáncer oculto de la mama: reporte de caso**

*Margarita Tautiva, Edgar Villamil, Diego Vanegas, Maritza Ávila, William Sánchez*  
Hospital Militar Central  
Bogotá D.C., Colombia  
margaritatautiva@gmail.com

**Introducción.** El cáncer oculto de la mama se define como la presencia de adenopatía axilar metastásica de un adenocarcinoma, sin evidencia clínica ni radiológica de lesiones en la mama y en ausencia de otras neoplasias primarias. Tan solo el 0.1-0.8% de todas las neoplasias malignas de la mama se presentan con un primario oculto.

**Objetivo.** A partir de la descripción de un caso, establecer pasos diagnósticos y terapéuticos para el manejo de esta patología poco frecuente.

**Material y método.** Paciente de 52 años con masa a nivel axilar derecho, crecimiento progresivo, no dolorosa sin ningún otro síntoma asociado. Biopsia por aspiración de la lesión con reporte de adenocarcinoma metastásico. Se realizan estudios para localización del tumor primario, sin lograr identificarlo. Estudio inmunohistoquímico con patología que reporta adenocarcinoma mal diferenciado metastásico luminal b, altamente sugestivo de tumor primario localizado en la mama. Se lleva a mastectomía radical modificada.

**Resultados.** Es una patología poco frecuente, su forma de presentación más común es la presencia de un conglomerado ganglionar axilar, sin embargo, existen casos excepcionales en los que se

manifiesta a través de ganglios metastásicos en otra localización. Su manejo incluye la realización de una mastectomía radical modificada, sin embargo hasta un 30% de estas lesiones permanecen sin reconocimiento de un tumor primario.

*Conclusión.* El manejo de las pacientes con esta patología es controversial. Se considera que estas pacientes deben recibir el tratamiento estándar para un cáncer de mama estadio II.

#### 04 -015

### Enfermedad de Paget en hombres: reporte de caso y revisión de la literatura

*Edgar Villamil, Margarita Táutica, Diego Vanegas, Maritza Ávila, William Sánchez*  
Hospital Militar Central  
Bogotá D.C., Colombia  
villamilhamon@hotmail.com

*Introducción.* En Estados Unidos y el Reino Unido el cáncer de mama en hombres representa entre el 0.5 al 1 % de todos los cáncer de mama diagnosticados cada año. La enfermedad de Paget representa únicamente el 1-3 % de los nuevos casos de cáncer de mama en mujeres y aunque ocurre en hombres, este es un hallazgo extremadamente raro, usualmente está asociado a una lesión maligna subyacente en el 85 al 88% de los casos.

*Objetivo.* Presentar un caso de enfermedad de Paget, diagnosticado y manejado en el Hospital Militar Central, como aporte a la literatura.

*Material y método.* Paciente masculino de 67 con lesión hiperqueratósica en areola de mama izquierda, cuya biopsia de piel confirma enfermedad de Paget. Se realiza mastectomía y biopsia de ganglio centinela. Patología final enfermedad de Paget con positividad para CK7, ganglios linfáticos centinela sin compromiso tumoral.

*Resultados.* Hubo adecuada respuesta a tratamiento quirúrgico, en el caso de nuestro paciente la enfermedad de Paget no se encontraba asociada a ninguna lesión maligna subyacente.

*Conclusión.* Los estudios individuales institucionales de esta enfermedad, aun en el caso de centros de alto volumen, han tenido menos de 100 casos para estudio. Lo anterior dificulta extraer datos e información importante en cuanto a esta patología, más aún en población masculina, donde hasta el momento ha sido difícil identificar la asociación a factores de riesgo específicos.

#### 04 - 017

### Carcinoma mucinoso de mama. A propósito de un caso

*Francisco Infante, Vasiliki Androutsopoulos, José Luis Plaza, Gabriel González*  
Cruz Roja Venezolana, Hospital "Carlos J. Bello", Caracas  
Caracas, Venezuela  
franjavie1986@hotmail.com

*Introducción.* El carcinoma mucinoso es un subtipo poco frecuente de cáncer de mama, con una incidencia entre 1-7% del total. Puede ser puro o mixto según el tejido expresado mayormente en éste. Para su diagnóstico es indispensable el uso del ultrasonido mamario, mamografía y biopsia trucut. Presenta un comportamiento menos agresivo debido a una mayor diferenciación, alto índice de expresión

de receptores hormonales, baja expresión del protooncogén CEB-2, menor compromiso axilar y metástasis. La supervivencia global a los 5 años es 87 % y de 80% a los 10 años.

*Objetivo.* Reportar un caso de carcinoma mucinoso de mama, comportamiento, métodos diagnósticos y tratamiento.

*Material y método.* Se trata de un paciente de sexo femenino de 67 años, quien inicia enfermedad actual 10 años previos al ingreso, caracterizada por tumoración sólida palpable en mama derecha, de crecimiento progresivo. Acude a facultativo quien indica trucut que reporta adenosis microglandular. Es llevada a mesa operatoria realizándose resección de la lesión, cuyo corte congelado reporta lesión maligna poco diferenciada de aspecto epitelial, por lo que se realiza a continuación mastectomía radical derecha. Biopsia definitiva reporta carcinoma mucinoso, variante hiper celular (tipo B). Vaciamiento axilar reporta hiperplasia sinusoidal y folicular en 13/13 ganglios examinados.

*Resultados.* Biopsia e inmunohistoquímica que reportan carcinoma mucinoso, receptores estrógenos positivos (80%), progesterona negativos, Ki67 20%, HER2/neu positivo. Evolución satisfactoria, actualmente en control por Oncología médica.

*Conclusión.* El diagnóstico de carcinoma mucinoso requiere la correlación de los resultados imaginológicos sumados a la anatomía patológica. Se recomienda siempre el uso de la biopsia intraoperatoria e inmunohistoquímica para la correcta evaluación y conducta.

#### 04 - 019

### Mastitis granulomatosa idiopática (MGI): experiencia en el Hospital Universitario del Valle, Cali

*Juliana Lucia Rodríguez, José Fernando Reyes, Armando Daniel Cortes, Alejandro Suguimoto*  
Hospital Universitario del Valle  
Cali, Colombia  
julianalrc@hotmail.com

*Introducción.* La mastitis granulomatosa idiopática es una entidad infrecuente clasificada como lesión benigna de la mama, sin etiología clara. Se considera diagnóstico de exclusión y su abordaje es desafiante.

*Objetivo.* Reportar una serie de 8 casos con diagnóstico de la patología que consultaron a nuestra institución.

*Material y método.* Se recopilaron los casos con diagnóstico histopatológico confirmado desde el año 2000 a la fecha; se descartó etiología infecciosa mediante cultivo y/o coloraciones, factor autoinmune o reacción a cuerpo extraño. Se encontraron 19 pacientes. De éstas, solo 8 presentaron seguimiento institucional, por lo que se incluyeron en este reporte. Se describen rasgos epidemiológicos, clínicos, imaginológicos, histopatológicos, enfoque terapéutico y recurrencia.

*Resultados.* Los 8 casos fueron mujeres, con edad promedio de 35,2 años. La mayoría en edad reproductiva, una posmenopáusica. Sin antecedentes de importancia excepto dos mujeres con historia de familiar con cáncer de mama en primer grado. La evolución del cuadro en promedio 4,3 meses. El 75% presentó mastalgia y el 100% masa mamaria inflamatoria, de diámetro en promedio 3,5 cm.

Todas presentaron compromiso unilateral, siendo dos púerperas.

La imaginología fue inespecífica. El diagnóstico se realizó mediante resección, ACAF y biopsia TRUCUT. Se observó manejo extrahospitalario con antibióticoterapia, antiinflamatorios y corticoterapia. En nuestra institución se realizó resección en 2 casos, observación en 4 y prednisona oral en 2. Ninguna paciente ha presentado recurrencia durante el seguimiento.

**Conclusión.** La mastitis granulomatosa Idiopática es una patología rara, principalmente de la edad reproductiva, imaginología inespecífica y tratamientos no estandarizados, pero pronóstico favorable.

#### 04 - 021

### Metástasis gástrica en paciente con carcinoma de células renales, reporte de un caso

*Karen Nicole Moreno, Alejandro Botero, William Sánchez Maldonado*  
Hospital Militar Central  
Bogotá D.C., Colombia  
nicoletta\_moreno@hotmail.com

**Introducción.** El carcinoma de células renales (CCR) representa el 3% de los tumores malignos en el adulto; 50 % se detectan incidentalmente y un tercio de los pacientes tienen metástasis en el momento del diagnóstico y ocurren en casi todos los órganos siendo más prevalente en pulmón (75%), tejidos blandos (36%) y hueso (20%). Las metástasis gástricas son extremadamente raras con pocos casos reportados en la literatura.

**Objetivo.** Adicional a la literatura un caso de una paciente con metástasis gástrica de un carcinoma renal de células claras.

**Material y método.** Paciente de sexo femenino de 45 años con antecedente de carcinoma renal izquierdo de células claras (T1b) se le realizó nefrectomía total. Un año después presenta metástasis pulmonares y recaída tumoral sobre ligamento ancho por lo que inicia manejo con Pasopanib. Tres años después presenta cuadro anémico asociado a hemorragia de vías digestivas altas; la EVDA demuestra lesión pediculada de 6x7 cm con áreas de necrosis que ocluye la luz en un 70% sobre área prepilórica. Se realizó gastrectomía segmentaria sobre la curvatura mayor encontrando lesión umbilicada sin penetración de la serosa sin adenopatías ni implantes peritoneales. Reporte final de patología: CCR metastásico que compromete la submucosa sin compromiso de la muscular. Actualmente en manejo con everolimus.

**Resultados.** En la literatura se han reportado 20 casos de CCR con metástasis gástrica, presentando sangrado gastrointestinal alto (65%) y anemia por deficiencia de hierro (35%). Endoscópicamente son masas o úlceras (4,8 cm), única, común en el cuerpo (63%); predomina en el hombre, se presenta en un intervalo medio de 1,3 años. Histológicamente el tipo de células claras es el más prevalente. El manejo incluye gastrectomía total o subtotal, resección endoscópica o embolización asociado a quimioterapia e inmunoterapia.

**Conclusión.** El CCR con metástasis gástrica es extremadamente raro, pero es importante un cuidadoso examen endoscópico, en pacientes con antecedente de CCR que presentan manifestaciones gastrointestinales que puede afectar la evolución de los pacientes.

#### 04 - 027

### Pancreatectomía distal laparoscópica: ¿está siempre contraindicada en tumores grandes?

*Santiago Álvarez, Juan Toro, Carlos Morales*  
Universidad de Antioquia  
Medellín, Colombia  
cxgeneral@medicina.udea.edu.co

**Introducción.** La neoplasia sólida pseudopapilar del páncreas hace parte de las neoplasias quísticas del páncreas, representan el 2% de éstas y desarrollan malignidad en un 10 a 15%. La resección quirúrgica es curativa en el 95% de los casos.

No existe actualmente una guía en cuanto al tipo de abordaje recomendado (abierto vs laparoscópico). En el presente caso se demuestra como el abordaje mínimamente invasivo es seguro y efectivo en la resección de este tipo de tumores, inclusive cuando estos son de gran tamaño.

**Objetivo.** Demostrar que el abordaje mínimamente invasivo es seguro en resección de tumores grandes benignos de cuerpo y cola del páncreas

**Material y método.** Reporte de un caso clínico con un tumor benigno de gran tamaño en la cola del páncreas que se presentó en el hospital universitario de San Vicente Fundación, el cual fue llevado a resección.

**Resultados.** Paciente de 35 años la cual fue llevada a pancreatectomía distal mas esplenectomía por laparoscopia para resección de un tumor en la cola del páncreas de gran tamaño.

Se realizó un abordaje mínimamente invasivo, 4 puertos, tiempo quirúrgico de 3 horas, sangrado de 100 ml, no complicaciones, la paciente se dio de alta el día 3 postoperatorio. La patología de la lesión reportó un tumor sólido pseudopapilar, sin compromisos de borde de resección.

**Conclusión.** El abordaje laparoscópico es efectivo en la mayoría de los casos, no hay criterios claros de abordaje abierto versus laparoscópico, es razonable pensar que el tamaño es un factor decisivo, sin embargo con esta paciente, se demuestra que en casos selectos con tumores benignos de páncreas el abordaje laparoscópico es efectivo y seguro, ofrece ventajas como una mejor visualización operatoria, sumado a los beneficios clínicos del abordaje mínimamente invasivo.

## TRAUMA

#### 04 -005

### Apendicitis aguda posterior a trauma abdominal cerrado ¿casualidad o causalidad? Reporte de caso

*Sergio Latorre, John Alexander Bustos-Molina, Juan Pablo Villate-León, Luis Franco*  
Fundación Universitaria Ciencias de la Salud  
Bogotá D.C., Colombia  
sergio-lato@hotmail.edu.co

**Introducción.** Entre las causas bien definidas de la apendicitis aguda están la obstrucción luminal por fecalitos, hiperplasia linfóide, cuerpos extraños y parásitos intestinales. El trauma abdominal cerrado

ha sido relacionado como factor etiológico de la apendicitis aguda, sin embargo su relación causal aún no es clara.

*Objetivo.* Describir el caso de un paciente con apendicitis desencadenada por trauma abdominal cerrado.

*Material y método.* Estudio observacional, descriptivo tipo reporte de caso. Se revisa la historia clínica de un paciente con apendicitis aguda posterior a trauma abdominal cerrado.

*Resultados.* Paciente de 26 años con historia de 20 horas de evolución de caída desde motocicleta con trauma abdominal contundente quien consultó por cuadro de 5 horas de evolución de dolor en hemiabdomen inferior, sin fiebre, sin vómito ni náuseas. No refirió dolor abdominal ni otros síntomas previos al trauma.

Al examen físico dolor en flanco y fosa iliaca derecha que empeoraba con la palpación. Leucocitosis con neutrofilia, FAST con líquido libre en fosa iliaca derecha y cavidad pélvica.

Presenta empeoramiento del dolor abdominal con signos de irritación peritoneal, se lleva a laparotomía encontrándose apéndice cecal gangrenoso perforado en tercio medio con peritonitis de cuatro cuadrantes. Se realiza apendicectomía, se da de alta 5 días después.

*Conclusión.* La presentación clínica de la apendicitis postraumática es similar a la apendicitis no traumática. A pesar de ser un diagnóstico de exclusión, la apendicitis aguda posterior al trauma abdominal cerrado debe considerarse como factor etiológico, teniendo en cuenta la temporalidad de las circunstancias. Basados en los trabajos publicados y en nuestra experiencia con este caso creemos que la apendicitis aguda debe ser considerada en todo paciente con dolor abdominal en cuadrante inferior derecho el cual es precedido de un traumatismo cerrado de abdomen.

## PARED ABDOMINAL Y HERNIAS

### 04 - 006

#### Cierre de pared abdominal mediante sistema de presión negativa: experiencia Hospital San José Centro 2008-2014

Luis Martínez, Camilo Cétares, Luisa Mogollón  
Sociedad de Cirugía de Bogotá, Hospital de San José  
Bogotá D.C., Colombia  
cx\_general@hospitaldesanjose.org.co

*Introducción.* La pérdida de continente abdominal es un desafío para los cirujanos en pacientes con cirugía de control de daños y síndrome compartimental. Inicialmente se empezó a utilizar la "bolsa de Bogotá", que representa la opción para control abdominal. Sin embargo, por las complicaciones de dicho procedimiento como fistulas, cierre diferido y hernia ventral se ha empezado a aplicar sistema de presión negativa en abdomen para manejo de la pérdida de continente abdominal que ofrece cierre y preservación de la pared abdominal, control del proceso infeccioso abdominal, disminución de morbilidad y mortalidad.

*Objetivo.* Revisar la experiencia en el cierre de pared abdominal mediante el sistema de presión negativa, frecuencia de cambios de apósitos, evolución y complicaciones asociadas, así como mortalidad.

*Material y método.* Este estudio es una serie de casos, la información se obtuvo con revisión de historias clínicas y descripciones quirúrgicas de los pacientes que fueron llevados a sistema de presión negativa para el manejo de abdomen abierto. Se tabularon datos mediante Excel obteniendo medidas de tendencia central.

*Resultados.* En el hospital San José en el periodo de 2014 – 2015 se manejaron 8 pacientes con las patologías descritas en quienes se realizó el cierre de pared abdominal asistido, obteniendo las variables tiempo de cierre de pared abdominal, número de cambios de apósitos, presencia de fistulas intestinales.

*Conclusión.* El sistema de presión negativa es una técnica que ha demostrado reducción del riesgo de complicaciones como fistulas intestinales, sepsis abdominal, hernia ventral y disminuir el tiempo de estancia hospitalaria.

### 04 - 007

#### Manejo no quirúrgico de hernia diafragmática congénita en el adulto

Ricardo Zapata, Jerónimo Toro, Natalia Flórez  
Universidad Pontificia Bolivariana  
Medellín, Colombia  
jerotoro1@hotmail.com

*Introducción.* La hernia diafragmática congénita constituye agenesia de las fibras del diafragma y origina desplazamiento anormal del contenido de la cavidad abdominal hacia el tórax. De acuerdo a la alteración en el desarrollo embriológico y la porción muscular comprometida, se clasifica en hernia posterolateral (Bochdalek) y anterior (Morgagni), siendo esta última menos frecuente y la más asociada a anomalías cromosómicas.

*Objetivo.* Se presenta el caso clínico de un paciente de 61 años asintomático con hallazgo incidental de hernia diafragmática congénita (Bochdalek), manejado no quirúrgicamente sin complicaciones y se realiza una revisión de la literatura.

*Material y método.* Se extrajeron los datos de la historia clínica de un paciente previo consentimiento informado, analizando los datos clínicos y ayudas diagnósticas realizadas y descripción de los hallazgos y el enfoque inicial.

*Resultados.* Se evalúan estudios tomográficos, confirmando gran defecto diafragmático derecho y posterior de 13,3 x 8,1 cm, con casi la totalidad del hemitórax ocupado por asas intestinales, colon, cámara gástrica y parte del páncreas, compatible con una hernia diafragmática de Bochdalek.

De acuerdo a la evolución asintomática, el riesgo de síndrome compartimental al reposicionar el contenido intestinal y el riesgo de espacio pleural residual por no reexpansión pulmonar se decide realizar manejo no quirúrgico sin complicaciones para el paciente.

*Conclusión.* El diagnóstico de hernia diafragmática congénita en adultos es extremadamente raro y generalmente se evidencia de forma incidental. De acuerdo a las características del paciente se puede optar por manejo no quirúrgico con baja probabilidad de complicaciones futuras.

#### 04 - 022

### Neumoperitoneo progresivo preoperatorio como herramienta en la reconstrucción de la pared abdominal compleja por hernia incisional gigante

*Sergio Cervera, Carolina Restrepo, Lilian Torregrosa*  
Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana  
Bogotá D.C., Colombia  
crestrepo@husi.org.co

**Introducción.** Las hernias incisionales gigantes con pérdida de dominio constituyen un defectos complejos de la pared abdominal, por lo tanto, un reto para el cirujano dadas las potenciales complicaciones derivadas de su corrección por un aumento brusco de la presión intraabdominal al restituir el contenido a una cavidad con capacidad disminuida. El neumoperitoneo progresivo preoperatorio se ha utilizado en estos casos con el objetivo de aumentar las dimensiones de la cavidad y disminuir el riesgo de síndrome compartimental abdominal facilitando el reparo de dichos defectos.

**Objetivo.** Presentar nuestra experiencia en el uso del neumoperitoneo progresivo preoperatorio en un paciente con una hernia incisional gigante con pérdida de dominio por antecedente de laparotomía y abdomen abierto.

**Material y método.** Introducción percutánea de catéter central monolumen intraabdominal mediante guía ecográfica, con posterior introducción de aire ambiente progresivamente durante 13 días hasta llevar a cirugía.

**Resultados.** Aumento de la capacidad de la cavidad abdominal y reducción casi completa de la hernia confirmada por tomografía preoperatoria, logrando realizar la reconstrucción de pared abdominal mediante técnica de separación de componentes sin tensión y sin síntomas de hipertensión intraabdominal en el posoperatorio. El paciente no presentó ningún efecto adverso ni complicación derivada del neumoperitoneo, excepto dolor leve en hombros.

**Conclusión.** El neumoperitoneo progresivo preoperatorio constituye una herramienta segura, de bajo costo, fácil aplicación, bien tolerada por los pacientes y con bajo índice de complicaciones, que permite una adecuada preparación preoperatoria en pacientes con hernia incisional gigante con pérdida de dominio y facilita el reparo quirúrgico disminuyendo la morbilidad secundaria.

## OTROS

#### 04 - 018

### Pilomatricoma. A propósito de un caso

*Francisco Infante, Vasiliki Androutopoulos, Gabriel González, Rossella Mazzocca, Gustavo Thery*  
Cruz Roja Venezolana, Hospital "Carlos J. Bello", Caracas  
Caracas, Venezuela  
franjavie1986@hotmail.com

**Introducción.** El pilomatricoma, neoplasia cutánea benigna derivada de las células matriciales del bulbo del folículo piloso (causa desconocida), se presenta como una lesión solitaria palpable, con calcificación secundaria, de bordes definidos, localizada principalmente en cuero cabelludo, cuello y extremidades. De mayor incidencia entre los 5-15 y 50-60 años. Histopatológicamente es característica la proliferación de células redondeadas y basófilas con núcleo grande

y escaso citoplasma, y a medida que la lesión envejece, el núcleo se retrae, mientras que el citoplasma de células vecinas se fusionan dando origen a los islotes denominados "células fantasmas".

**Objetivo.** Reportar un caso de pilomatricoma, sus características, comportamiento, métodos diagnósticos y tratamiento.

**Material y método.** Masculino de 60 años, quien inicia enfermedad actual 4 años previos al ingreso, caracterizada por tumoración sólida palpable y dolorosa en cara lateral de muslo izquierdo, de crecimiento progresivo. Acude a facultativo quien indica trucut que reporta pilomatricoma (Epitelioma calcificante de Malherbe) sin atipias o malignidad. Es llevado a mesa operatoria realizándose resección de la lesión, obteniéndose tumoración sólida de 12x15cm calcificada, no adherida a planos profundos.

**Resultados.** Biopsia definitiva que reporta pilomatricoma (epitelioma calcificante de Malherbe), sin atipias o malignidad.

**Conclusión.** Su diagnóstico es histopatológico, y la precisión diagnóstica preoperatoria es bastante baja, siendo los diagnósticos diferenciales más comunes: quiste epidermoide, quiste tricolémico, tumores malignos, hemangioma, granuloma a cuerpo extraño y lipomas. Aunque generalmente tiene un curso benigno, se describen casos de malignización y no posee regresión espontánea, por lo que el tratamiento de elección es quirúrgico con un bajo índice de recidiva.

#### 04 - 023

### Necrosis de epiplón como causa de dolor en fosa ilíaca derecha, reporte de casos

*Claudia Ximena Millán, Mónica Patricia Torres*  
Clínica Amiga Cali  
Cali, Colombia  
mptorresd@gmail.com

**Introducción.** La necrosis del omento mayor es una entidad rara que puede causar dolor abdominal agudo o subagudo. Se pensaba que esta ocurría principalmente en el lado derecho ya que se hallaba incidentalmente en pacientes con dolor en fosa iliaca derecha, pero se ha encontrado en múltiples localizaciones.

**Objetivo.** Presentar dos casos clínicos de pacientes de sexo masculino con dolor en fosa ilíaca derecha cuya causa fue necrosis de omento mayor y que fueron atendidos el mismo día en la institución. Asimismo se pretende contribuir al reporte de la incidencia de esta entidad en la literatura mundial.

**Material y método.** Se presentan los casos de 2 pacientes de 23 y 35 años respectivamente, sin comorbilidades, en el contexto de dolor abdominal en fosa ilíaca derecha y que intraoperatoriamente se encontró esta anomalía. Se mostraran las imágenes intraoperatorias, manejo, evolución y seguimiento.

**Resultados.** Ambos pacientes se llevaron a cirugía con la impresión diagnóstica de apendicitis aguda, uno de ellos se manejó por vía laparoscópica y el otro por vía abierta (incisión Rockey Davis). La patología corrobora este hallazgo.

**Conclusión.** El infarto omental puede ser incluido en la lista de diagnóstico diferencial del dolor abdominal agudo en fosa ilíaca derecha aunque puede ocurrir en cualquier sitio. Esta enfermedad tiene un curso autolimitado, se recomienda tratamiento conservador si su diagnóstico se hace prequirúrgico por imágenes y el estado clínico de la sintomatología lo permite.



# ÍNDICE DE AUTORES

## A

Acevedo, Yulieth, 72, 87  
 Acero, Fanny, 12  
 Acosta, Juan David, 35  
 Acuña, Edisson Alberto, 31  
 Agredo-Delgado, Valentina, 8, 16, 22  
 Agresott, Rubén, 56  
 Agudelo, Juan Javier, 51  
 Agudelo, Leidy, 50  
 Agudelo, María Teresa, 27  
 Aguilar, Hugo A, 16, 68  
 Alayo Sirlupu, Fernando, 88  
 Aldana, Guillermo, 11, 23, 24, 74, 89, 91  
 Álvarez, Andrés, 55  
 Álvarez, Eligio, 12  
 Álvarez, Luis Fernando, 17  
 Álvarez, Rubén Darío, 73  
 Álvarez, Santiago, 98  
 Álzate, Jaime Esteban, 86  
 Álzate, Sandra Milena, 15, 35, 36, 66, 67  
 Anaya, Nafer, 18  
 Androutopoulos, Vasiliki, 97, 100  
 Ángel, Jorge, 73  
 Ardila, Diego Alejandro, 11, 24, 74  
 Arenas, Isabel, 13,  
 Arenas, Juan Carlos, 41  
 Arévalo, Caterin, 43, 73, 74, 75, 89, 95  
 Arias, Carlos Alberto, 30  
 Arias, Fernando, 13, 20, 29, 75, 90  
 Aristizábal, Ana M, 37  
 Ariza, Aníbal, 53, 86  
 Arroyave, Gabriel, 40  
 Arroyave, María Clara, 8  
 Ávila, Maritza, 96, 97  
 Ayala, Juan Carlos, Ayala, 31, 32  
 Azuero, Jorge, 55  
 Azula, María Camila, 53

## B

Baquero, David, 41  
 Barajas-Gamboa, Juan S, 16, 68  
 Barjun-Palomino, Yamil, 26  
 Barrera, Adriana, 23, 74  
 Barrera, Mario H, 24, 74  
 Barrera, Oscar Javier, 19  
 Barrios, Mónica Daniela, 56  
 Bastidas, Beatriz, 69  
 Bautista, Camilo, 29  
 Bayona, Juliana María, 45  
 Bayona, Laura Manuela, 45  
 Becerra, Fernando, 10, 86

Bello, Consuelo, 72  
 Beltrán, Julián, 24, 32  
 Beltrán, Rafael, 61  
 Bernal, Felipe, 44  
 Bernal, Jorge, 71, 76, 80, 81, 84, 85  
 Betancourt, Andrea, 31, 32, 33  
 Bojanini, Lucas, 80  
 Bolaños, Daniel Mauricio, 16  
 Bolaños, Eduardo, 28, 54, 82, 85  
 Bonilla, Roger, 9, 64  
 Borráez, Bernardo, 43, 49, 55  
 Borráez, Oswaldo, 34  
 Botero, Alejandro, 98  
 Botero, Harold, 46  
 Botero, Verónica, 27  
 Buelvas, Nelson, 38, 39, 60, 73, 83  
 Buitrago, Diego, 74, 91  
 Buitrago, Miguel Ricardo, 72  
 Bustos, Giseth, 16, 68  
 Bustos-Molina, John Alexander, 98

## C

Cabrera, Luis Felipe, 17, 44, 57  
 Cadena, Manuel, 13, 25, 42  
 Caicedo, Luis A, 14, 27, 37, 69  
 Camacho, Carlos Andrés, 33  
 Camacho, Carlos Alberto, 32  
 Camacho, Elver, 62  
 Camacho, Juan F, 16, 68  
 Camargo, Francisco Javier, 45  
 Camargo, Ximena, 47  
 Cardona, Uriel Ovidio, 7, 10, 11, 34, 62, 68  
 Carvajal, Edgar Manuel, 63  
 Carvajal, Germán, 12  
 Carvajal, Sebastián, 32  
 Casabuenas, Mauricio, 27  
 Casas, Felipe, 64  
 Castaño, Rodrigo, 81  
 Castilla, Rodrigo, 62  
 Castro, Carlos Augusto, 10  
 Castro, Jorge Andrés, 42  
 Castro, Manuel Felipe, 73  
 Castro, Mónica, 80  
 Ceballos, Oswaldo, 7, 20, 21, 22  
 Cervera, Sergio, 35, 36, 100  
 Cetares, Camilo, 11, 99  
 Chala, Andrés Ignacio, 55  
 Chaparro, Pedro, 10  
 Charry, José, 10  
 Charry, Juan Pablo, 32, 33  
 Chauz, Carlos Felipe, 17  
 Chávez, Jaime, 13

Chona, Mauricio, 15  
 Coba, Hernando, 12, 52, 57, 77  
 Cogollo, Vicente, 59, 63, 74  
 Conde, Danny, 78  
 Correa, Alberto, 60  
 Correa Marín, Jessica, 65  
 Correa, José Luis, 86  
 Correa, Juan Camilo, 82  
 Cortés, Andrés Mauricio, 11, 53  
 Cortes, Armando Daniel, 97  
 Cortés, Arley, 11, 33  
 Cortés, Natalia, 76  
 Costain, Alfredo, 71  
 Cruz, Carlos, 74, 89  
 Cruz, Diego Fernando, 60, 61  
 Cuevas, Liliana, 74, 79, 80  
 Culig, Jennifer, 55

## D

Daguer, Ricardo, 50  
 Dávila, Diego, 12, 28, 57, 86  
 Delgado, Carlos Andrés, 55  
 Delgado, Yeiner, 88  
 Díaz, Ángela María, 29  
 Díaz, Carlos Eduardo, 86  
 Díaz, Francisco Javier, 25, 47, 90, 93  
 Díaz, Jesús Eduardo, 35, 66  
 Díaz, José Domingo, 52  
 Díaz, Marcela, 22  
 Díaz, Sergio, 8, 56  
 Domínguez, Luis Carlos, 18  
 Dorado, John Fredy, 66  
 Duarte, Álvaro, 13  
 Durán, Carlos, 37, 71  
 Duque, Mauricio, 14, 27, 37, 69  
 Duque, Pedro Fernando, 17

## E

Echeverri, Carolina, 67, 70  
 Echeverri, Gabriel J, 14, 27, 37, 69  
 Einstein, Alfredo, 93  
 Ensuncho, Cesar, 44  
 Escobar, Fernando, 10  
 Espinosa, Alejandra, 95  
 Espinoza, Federico, 9

## F

Fagua, Mónica, 55  
 Fajardo, Ernesto, 50  
 Fajardo, Roosevelt, 13, 94  
 Falla, Andrés Ricardo, 63  
 Flechas, Jhon, 23

Flórez, Natalia, 40, 41, 99  
 Forero, Sara C, 49  
 Franco, Luis, 98

## G

Gaitán, Juan Antonio, 73  
 Galeano, Nohemí, 25, 45  
 Galindo, Sandra Milena, 12  
 Gallego, Jimmy, 14, 27, 69  
 García, Alberto Federico, 9  
 García, Camilo Andrés, 74, 91  
 García, Carlos Felipe, 73  
 García, Giovanni, 54  
 García, Isabel, 88  
 García, Jairo, 69  
 García, Julio Alberto, 73  
 García, María L, 49  
 García, María Paula, 9, 30, 44  
 García, Oscar Armando, 24, 54  
 Garzón, Juan Carlos, 64  
 Godoy, Omar, 75  
 Gómez, Alden Pool, 42, 65, 87  
 Gómez, Andys Rafael, 7  
 Gómez, Carlos Felipe, 32  
 Gómez, Cristian, 49  
 Gómez, Juan Carlos, 37  
 Gómez, Juan Pablo, 71, 76, 80, 81, 84, 85  
 Gomez, Oscar, 41, 78  
 Gómez, Santiago, 71, 76, 80, 81, 84, 85  
 Gómez, Walter, 93  
 González, Adolfo, 30  
 González, Adriana, 16  
 González, Aylinn, 16, 68  
 González, Felipe, 16  
 González, Gabriel, 33, 97, 100  
 González, Gabriel, 97, 100  
 González, Luis Gabriel, 33  
 Guarín, Luis Felipe, 10  
 Guerrero, Román Alberto, 62  
 Guevara, Oscar, 45, 57  
 Guitarrero, Fernando, 9  
 Gutiérrez, Edgard Eduardo, 7, 8, 25, 39  
 Gutiérrez, Karla, 40, 49, 60, 65, 76, 80, 84, 85, 90, 93  
 Gutiérrez, Sandra Milena, 19, 20, 31, 40, 43, 49, 54, 63, 64, 85, 89  
 Guzmán, Andrés, 62  
 Guzmán, Carlos Ernesto, 15, 35, 36, 66, 67, 68, 69, 70

## H

Hazbón, Héctor René, 33, 36  
 Hernández, Andrea, 18, 23, 32  
 Hernández, Arturo, 12, 45  
 Hernández, Fabián, 95  
 Hernández, Hender, 23, 51  
 Hernández, Jaime Andrés, 25, 47, 77  
 Hernández, Juan David, 46  
 Herrera, David Ricardo, 27

Herrera, Francisco, 7, 44, 56  
 Herrera, Gabriel, 20, 29, 31, 75, 90  
 Herrera, Jorge Augusto, 8, 16, 17, 22, 40, 48, 60, 61  
 Herrera, Juan Fernando, 49, 57  
 Herrera, Leonardo, 73  
 Herrera, Sandra, 58  
 Higuaita, Andrés Mauricio, 86  
 Holguín, Juan Guillermo, 78  
 Hosman, Manuel Augusto, 11, 22, 91  
 Hoyos, Juan Carlos, 25, 57, 58, 77  
 Hoyos, Sergio, 13, 15, 25, 35, 36, 41, 66, 67, 68

## I

Infante, Francisco, 97, 100  
 Isaza, Andrés, 45

## J

Jaramillo, Juliana, 43, 48, 69  
 Jaramillo, Paula María, 52, 59  
 Jiménez, Diego, 69  
 Jiménez, Juan Carlos, 52, 58, 59  
 Jiménez, Katherine Vanessa, 60

## K

Capre, Jessica, 19, 29, 39, 42, 48, 54, 62, 83, 87  
 Kestenbergh, Abraham, 19, 54, 83

## L

Lagos, Jenith, 35, 60  
 Latorre, Sergio, 98  
 León, Edgar Cesar, 47  
 León Labrador, Guillermo, 23, 51  
 Lima, Miguel Andrés, 55, 73  
 Linares, Juan David, 48, 65  
 Lozano, Katherine, 28, 54  
 Loaiza, Laura Carolina, 8  
 Londoño, Eduardo, 13  
 Londoño, Stevenson, 54  
 López, Carlos Alberto, 52 95  
 López, David Felipe, 33  
 López, David Fernando, 27  
 López, Deivis, 23, 51  
 López, Juan Pablo, 64  
 Lugo, Laura, 43, 69  
 Luna, Carlos, 17  
 Luna, Rubén D, 43, 49, 55

## M

Mc Causland, Rafael, 50  
 Mogollón, Luisa, 99  
 Maloof, Rachid G, 16  
 Manzi, Eliana, 37  
 Manzano, Cecilia, 40, 69  
 Mariño, Iván, 11, 23, 24, 33, 91  
 Marroquín, Luis Miguel, 44

Márquez, Alfonso Carlos, 36, 85  
 Márquez, Diego Humberto, 23, 51  
 Márquez, Jorge Adalberto, 7, 20, 21, 22  
 Marrugo, Ángela, 44  
 Martín, Pedro A, 49  
 Martín, Wilmar, 65  
 Martínez, Gustavo, 95  
 Martínez, Henry Hernando, 15, 49, 78, 90  
 Martínez, Juan Carlos, 8, 25  
 Martínez, Juan David, 71, 76, 80, 81, 84, 85  
 Martínez, Juan Pablo, 94  
 Martínez, Luis Eduardo, 11, 99  
 Martínez, María Camila, 50  
 Matallana, Rogelio, 56  
 Mateus, Gilbert Francisco, 26, 27  
 Mazzocca, Rossella, 100  
 Medellín Abuela, Anwar, 46  
 Medina, Cesar Camilo, 48  
 Mejía, Andrés, 28, 54, 82, 83, 89, 92  
 Mejía, David, 16, 30, 95  
 Mejía-Vargas, Luis, 48, 70, 79, 83, 84, 92  
 Mejía, Luis Eduardo, 11, 89  
 Mena, Álvaro, 15, 35, 36, 66, 67  
 Merchán, Ángela, 35  
 Mesa, Liliana, 37, 69  
 Meza-Cabrera, Ivonne, 22  
 Meza, María del Mar, 16, 40  
 Michel, Danny, 39  
 Millán, Claudia Ximena, 14, 26, 93, 100  
 Miranda, Asdrúbal, 38  
 Molano, Julián, 9  
 Molina, Germán Ricardo, 18  
 Molina, Juan Pablo, 11  
 Molina, Sandra Patricia, 19, 30, 39, 42, 48, 54, 62, 83  
 Montero, Wilmar Martín, 65  
 Montoya, Jaime Andrés, 59  
 Morales, Carlos, 15, 19, 71, 98  
 Morales, Kimberly Carolina, 17  
 Morales, Martha Catalina, 25  
 Morales, Yuleima, 52  
 Moreno, James Adrián, 17  
 Moreno, Karen Nicole, 17, 98  
 Moros, José Gonzalo, 76, 79, 80, 85, 86  
 Moros, Simón, 79  
 Mosquera, Manuel Santiago, 64  
 Muñoz, Alberto, 55  
 Muñoz, Edwin Oveimar, 66, 68  
 Muñoz, Henry, 17

## N

Nayib, Zurita, 48, 59, 63, 70, 73, 74, 75, 79, 83, 84, 88, 89, 92  
 Naranjo, Ana María, 8  
 Naranjo, Camilo, 57  
 Naranjo, Luz Andrea, 8, 77  
 Nassar, Ricardo, 13, 65  
 Navarro, Carlos, 38  
 Navas, Santiago, 63

**O**

Ocampo, Carlos Mauricio, 54, 77, 78  
 Ocampo, Carolina, 20, 29, 30, 75, 90  
 Ocampo, Juliana, 94  
 Oliveros, Ricardo, 57  
 Ordoñez, Carlos Alberto, 16, 30, 44  
 Osa, Paola, 16  
 Osorio, Carlos, 44, 56  
 Ortega, Andrés Mauricio, 45, 65  
 Ortega, Jairo Hernán, 45  
 Ortigón, Cesar, 50  
 Ortiz, Andrés Felipe, 31

**P**

Pabón, Manuel, 7, 21  
 Pacheco, Maikel, 18, 24, 32  
 Páez, Johana, 43, 49  
 Paipilla, Jhoanna, 23, 24, 74  
 Palacios, Elmer Emilio, 48, 60, 61  
 Palacios, Oscar, 12, 28, 57, 86  
 Paredes, Susana, 51  
 Parra, Lina, 20, 29, 30, 75, 90  
 Parra, Viviana, 12  
 Penagos, Laura, 51  
 Perdomo, Carlos Felipe, 13, 47, 56, 78, 90, 93, 94  
 Pereira Warr, Salin, 15, 35, 36, 66, 67  
 Pinilla, Raúl, 18, 27, 45, 57  
 Pinzón, Fabio Eduardo, 53  
 Plaza, José Luis, 97  
 Ponce, Karen Johanna, 68  
 Portillo, Sebastián, 12, 51  
 Posada, José Carlos, 52, 57, 58  
 Posada, Juan G, 37, 70  
 Poveda, Jesús, 10  
 Priarone, Carlos Maximiliano, 40, 66  
 Prieto, Enrique, 61  
 Prieto, Robín Germán, 12  
 Puello, Walter Andrés, 12, 38  
 Puerta, Juan Darío, 81

**Q**

Quecano, Cesar, 49  
 Quereshy, Favez, 82  
 Quilindo, Catalina Isabel, 17, 94  
 Quintero, Alberto Alejandro, 29  
 Quintero, Laureano, 27  
 Quintero, Roberto, 50  
 Quintero, Víctor, 51

**R**

Ramírez, Adonis Tupak, 56  
 Ramírez, Julián, 96  
 Ramírez, Nathaly, 56  
 Ramos, Andrés, 88  
 Rashid, Helmuth R, 44, 50  
 Redondo, Katherine, 57  
 Remolina, Carlos, 39, 40, 60, 61, 72, 88, 91  
 Restrepo, Carolina, 36, 102

Restrepo, Hernán, 41  
 Restrepo, José Ignacio, 83  
 Restrepo, Juliana, 31, 83  
 Revelo, Efraín Andrés, 9  
 Revelo, Ximena, 9  
 Rey, Samuel, 18  
 Reyes, Adriana María, 48  
 Reyes, Gustavo, 12  
 Reyes, José Fernando, 66, 99  
 Reyes, Oscar, 11  
 Riaño, Daniel Rodrigo, 34, 44, 76, 92  
 Riaño, Wilson, 20, 29, 30  
 Ricardo, María Laura, 26  
 Rincón, David, 55  
 Rincón, Enrique, 18  
 Ríos, William, 11  
 Rivera, Natalia Andrea, 40  
 Rizo, María Isabel, 47  
 Roa, Alberto, 40, 63  
 Roa, Gabriel Alberto, 63  
 Rodríguez, Brenda, 58  
 Rodríguez, Claudia Stella, 25  
 Rodríguez, David, 12, 57  
 Rodríguez, Diana C, 50  
 Rodríguez, José Antonio, 61, 72, 88, 91  
 Rodríguez, Juliana Lucia, 99  
 Rodríguez, Mauricio, 89  
 Rodríguez, Paola, 89  
 Rojas, Alexei, 71  
 Rojas, Álvaro, 51  
 Rojas, Edgar, 62  
 Rojas, Susana, 42  
 Roldan, Luis Felipe, 81  
 Romero, Hernando, 44  
 Romero, Walter, 44  
 Romo, Julián Andrés, 49  
 Rueda, Roberto Javier, 56  
 Ruíz, Juan Pablo, 32, 33

**S**

Sabogal, Angie, 14, 27, 71  
 Sabogal, Juan Carlos, 46  
 Schweineberg, Johanna, 37, 71  
 Sagra, Michael Ricardo, 11  
 Salamanca, William, 55  
 Salazar, Andrés Felipe, 77, 93  
 Salazar, Dairo, 47  
 Salem Zamorano, Christian, 16  
 Salcedo, Diego Fernando, 73  
 Sanabria, Álvaro, 15, 56  
 Sanabria, Luis, 10  
 Sánchez, Álvaro, 16, 31  
 Sánchez, Andrés, 23  
 Sánchez, Boris, 30, 34, 46, 77, 79, 82, 83, 87, 90, 91  
 Sánchez, Elio Fabio, 53  
 Sánchez, Liliana, 40, 64  
 Sánchez, William, 96, 97, 98  
 Sáenz, Juan Camilo, 45  
 Sanz, Sergio, 10

Suguimoto, Alejandro, 99  
 Sepúlveda, Mauricio, 71  
 Serna, José Julián, 16, 31  
 Serna, Juan Carlos, 15, 41  
 Serrano, Oscar J., 14, 27, 37, 71  
 Siabato, Ronald, 62  
 Sierra, Daniela, 56  
 Sierra, Melibea, 45  
 Siljic, Ivo, 7, 10, 11, 35, 70, 78, 80, 84, 88, 89, 91  
 Silva, Rafael, 10  
 Solórzano, Felipe, 72, 77, 82, 85, 86

**T**

Tabares, Sebastián, 31  
 Taboada, Beatriz, 20, 30, 76, 92  
 Tamayo, Carlos, 39  
 Tascón, Marcela Lucia, 47, 61  
 Tautiva, Margarita, 98, 99  
 Thery, Gustavo, 102  
 Timaran, Rene Fernando, 54  
 Tintinago, Luis Fernando, 9  
 Tobar, Jorge Felipe, 20, 21, 22  
 Toloza, Freddy Jean Karlo, 26  
 Toro, Jerónimo, 41, 52, 97, 101  
 Toro, Juan Pablo, 15, 19, 72, 78, 100  
 Torregrosa, Lilian, 35, 36, 100  
 Torres, Luis, 21  
 Torres, Mónica Patricia, 14, 95, 103  
 Tovar, Jorge, 11  
 Trujillo, Jorge Hernán, 46  
 Trujillo, Yessica, 46, 59, 61, 65, 76, 80, 84, 85, 90, 93, 95

**U**

Uribe, Diego, 83

**V**

Valbuena, Diego, 67  
 Valderrama, Carlos Oliver, 59  
 Valderrama, Gustavo, 40  
 Valderrama, María L, 27  
 Valdés, Diego Felipe, 30  
 Valencia, Gustavo Andrés, 47  
 Valencia, Juan Carlos, 7, 10, 11, 12, 35, 70  
 Valencia, Mauricio Esteban, 97  
 Valencia, Rodolfo, 53  
 Valencia, Víctor, 12  
 Valle, Jesús, 51  
 Vallejo, Carlos, 62  
 Vallejo, Guillermo, 41, 62  
 Vanegas, Diego, 98, 99  
 Vanegas, Felipe, 56, 88  
 Vargas, Cristian, 85  
 Vargas-Uricoechea, Hernando, 8, 22  
 Vargas, John, 16, 69  
 Vásquez, Camilo, 8  
 Vásquez, Francisco, 78  
 Vásquez, Jesús, 73

## Índice de autores

Vega, Eduardo, 39  
Velásquez, Esperanza, 67  
Velásquez, María Elena, 13, 43, 79, 96  
Velásquez, Mauricio, 9  
Velásquez, Orlando Alberto, 32, 33  
Vélez, Alejandro, 31  
Vélez, Ernesto, 76  
Vélez, Jorge Luis, 11, 20  
Vergara, Klovis, 65, 74, 75, 90  
Vergara, Rafael, 55  
Viaña, Luis Fernando, 40, 60  
Victoria, William, 9, 53

Vides de la Cruz, Pedro, 39  
Villaje, Juan Pablo, 92  
Villamil, Edgar, 98  
Villamizar, Licet, 25  
Villate-León, Juan Pablo, 100  
Villegas, Jorge I, 27, 37, 71  
Villota, Luis Gerardo, 7, 25, 39, 53, 58,  
59, 78  
Vivas, Víctor Hugo, 44

## W

Wang, Joon, 40

## Y

Yepes, Carlos Fernando, 8

## Z

Carlos, Zapata, 18  
Zapata, Ricardo, 101  
Zorrilla, Omar, 29, 54, 83, 86  
Zuluaga, Mauricio, 7, 10, 11, 35, 43, 49,  
63, 70, 78, 80, 84, 89, 91  
Zúñiga, Adriana Marcela, 29, 66, 97