

ISSN 2011-7582
ISSN 2619-6107 (En línea)
doi.org/10.30944/issn.2011-7582

REVISTA COLOMBIANA DE CIRUGÍA

VOLUMEN 33 SUPLEMENTO • AGOSTO DE 2018

TRABAJOS LIBRES, CASOS CLÍNICOS,
VIDEOS Y PÓSTERES

XLIV CONGRESO NACIONAL "AVANCES EN CIRUGÍA"
14 A 17 DE AGOSTO DE 2018
CENTRO DE CONVENCIONES LAS AMÉRICAS,
CARTAGENA, COLOMBIA



ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA
www.revistacirugia.org

REVISTA COLOMBIANA DE CIRUGÍA

ÓRGANO OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA

Fundador: MARIO RUEDA, MD, MAC (Hon) †
Editor Emérito: JOSÉ FÉLIX PATIÑO, MD, FACS (Hon), MACC (Hon)
Editora: MÓNICA BEJARANO, MD, MSc, MACC
Asistente editorial: BEATRIZ MUÑOZ

COMITÉ EDITORIAL

DANIEL ANAYA-SÁENZ, MD, PhD, FACS (Estados Unidos)
GABRIEL CARRASQUILLA, MD, PhD (Bogotá)
RODOLFO DENNIS-VERANO, MD, MSc, PhD (Bogotá)
JOHN DUPERLY-SÁNCHEZ, MD, PhD (Bogotá)
FABIÁN EMURA, MD, PhD (Bogotá)
GABRIEL HORTOBAGYI, MD, MSc (Estados Unidos)
FABIÁN MÉNDEZ-PAZ, MD, MSc, PhD (Cali)

ÁLVARO MONCAYO, MD, MPH (Bogotá)
ENRIQUE MORENO, MD, MSc, PhD (España)
GUSTAVO PRADILLA ARDILA, MD, MSc (Bucaramanga)
ÁNGELA RESTREPO MORENO, MD, PdH (Medellín)
DIEGO ROSSELLI-COCK, MD, MEd (Bogotá)
ÁLVARO SANABRIA-QUIROGA, MD, MSc, PhD (Medellín)
GUSTAVO VALBUENA, MD, PhD (Estados Unidos)

COMITÉ CIENTÍFICO


JUAN ASENSIO, MD, MSc (Estados Unidos)
ITALO BRAGUETTO, MD, MSc (Chile)
JORGE CERVANTES, MD, MSc (México)
ÁTILA CSENDES, MD, MSc (Chile)
JAIME ESCALLÓN, MD, MSc (Canadá)

HERNEY ANDRÉS GARCÍA, MD, MSc, EdD, PhD (Cali)
MARCELA GRANADOS-SÁMCHÉZ, MD, MBA (Cali)
CARLOS PELLEGRINI, MD, PhD, MSc (Estados Unidos)
PATRIZIO PETRONE, MD, MSc (Estados Unidos)
MIGUEL RODRÍGUEZ BIGAS, MD, MSc (Estados Unidos)

ISSN: 2011-7582

ISSN: 2619-6107 (En línea)

Indexada en: SciELO Citation Index, como parte del Índice de Thompson-Reuters (antiguo ISI) (www.scielo.org.co), LILACS (www.lilacs.bvsalud.org/es/), Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC Data Bases), siicsalud (www.siicsalud.com), RedAlyC (Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal) (www.Redalyc.org), IMBIOMED (www.imbiomed.com).

 La Revista Colombiana de Cirugía se distribuye bajo una Licencia de Atribución de Creative Commons reconocimiento-Nocomercial-SinobraDerivada

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA

JUNTA DIRECTIVA

2017-2019

Presidente

Jorge Daes, MD - Barranquilla

Vicepresidente

Lilian Torregrosa, MD - Bogotá

Fiscal Médico

Óscar Guevara, MD - Bogotá

Secretario

Alejandro Múnera, MD - Bogotá

Secretario Suplente

Jorge Herrera, MD - Popayán

Tesorero

Arnold Barrios, MD - Bogotá

Tesorero Suplente

Gabriel González, MD - Bogotá

Representante del Consejo Asesor

Oswaldo Borráez, MD - Bogotá

Vocales principales

Carlos Ordoñez, MD - Cali

Alberto Ángel, MD - Manizales

Jorge Bernal, MD - Medellín

Felipe Vargas, MD - Bogotá

Roosevelt Fajardo, MD - Bogotá

Vocales suplentes

Adriana Córdoba, MD - Bogotá

Andrea López, MD - Pasto

Roy Ballestas, MD - Cartagena

Robin Prieto, MD - Bogotá

Aníbal Pimentel, MD - Bucaramanga

Revisor Fiscal

Jorge 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

William Sánchez, MD - Bogotá

Jesús Vásquez, MD - Medellín

Comité Ejecutivo

Jorge Daes, MD - Presidente

Lilian Torregrosa, MD - Vicepresidente

Óscar Guevara, MD - Fiscal Médico

Alejandro Múnera, MD - Secretario

Jorge Herrera, MD - Secretario Suplente

Arnold Barrios, MD - Tesorero

Gabriel González, MD - Tesorero Suplente

Hernando Abaúnza, MD - Director Ejecutivo

Contenido

PRESENTACIÓN	9
--------------------	---

TRABAJOS LIBRES

Cabeza y Cuello	II
Tórax	16
Pared Abdominal.....	17
Endoscopia Quirúrgica.....	23
Cirugía Gastrointestinal	24
Bariátrica.....	26
Colon y Recto.....	30
Hepatobiliar	30
Metabolismo Quirúrgico.....	37
Oncología Quirúrgica.....	37
Trauma	39
Mínimamente Invasiva	43
Trasplantes	44
Cirugía General.....	45
Educación	54
Otros.....	57

CASOS CLÍNICOS

Cabeza y Cuello	61
Tórax	63
Pared Abdominal.....	64
Endoscopia Quirúrgica.....	66
Cirugía Gastrointestinal	68
Bariátrica.....	75
Colon y Recto.....	76
Hepatobiliar	77
Vascular	79
Metabolismo Quirúrgico.....	85
Oncología Quirúrgica.....	86
Trauma	88
Mínimamente Invasiva	91
Trasplantes	94
Cirugía General.....	94
Otros.....	106

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

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

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

Dirección electrónica: revista.cirurgia@ascolcirugia.org; info@ascolcirugia.org; URL: www.revistacirurgia.org; www.ascolcirugia.org.

Diagramación e impresión. DGP Editores SAS, Bogotá, D.C.

Impreso en Colombia.

VIDEOS

Pared Abdominal.....	108
Endoscopia Quirúrgica.....	108
Cirugía Gastrointestinal	110
Bariátrica.....	113
Hepatobiliar.....	114
Oncología Quirúrgica.....	117
Trauma	118
Mínimamente Invasiva	118
Cirugía General.....	132

E-PÓSTER.....	136
---------------	-----

Cabeza y Cuello	136
Mama y Tejidos Blandos	138
Tórax	140
Pared Abdominal.....	143
Endoscopia Quirúrgica.....	146
Cirugía Gastrointestinal	147
Bariátrica.....	152
Colon y Recto.....	153
Hepatobiliar.....	155
Vascular	158
Metabolismo Quirúrgico.....	159
Oncología Quirúrgica.....	160
Trauma	162
Mínimamente Invasiva	167
Cirugía General.....	168
Educación	182
Otros.....	183

ÍNDICE DE TÍTULOS.....	185
------------------------	-----

ÍNDICE DE AUTORES.....	196
------------------------	-----

The *Revista Colombiana de Cirugía* is the official Journal of the "Asociación Colombiana de Cirugía" (Colombian Surgical Association); it is published quarterly. Yearly subscription rate: Col. \$100.000.00. Foreign subscription US\$100.00.

Editorial correspondence should be addressed to: Revista Colombiana de Cirugía, Calle 100 No. 14-63 Of. 502. Phones 257 4560 - 257 4574501 - 611 4776, Bogotá, D.C., Colombia.

E-mail: revista.cirurgia@ascolcirugia.org; info@ascolcirugia.org; www.revistacirurgia.org; www.ascolcirugia.org

Printed in Colombia.

Presentación

Lilian Torregrosa, MD, MA, FACS

Vicepresidente, Asociación Colombiana de Cirugía

El “Foro quirúrgico colombiano” sigue siendo una de las actividades más relevantes del Congreso Nacional de Cirugía, pues permite a los colegas de todo el país compartir sus experiencias en el marco del que se ha consolidado durante sus 45 años de historia, como el principal escenario académico de la cirugía colombiana. Este año, cerca de 340 contribuciones entre trabajos libres, casos clínicos y pósteres electrónicos fueron seleccionadas por los presidentes de los capítulos de la Asociación para ser presentadas en el próximo Congreso en Cartagena, que este año se unirá a la Asociación Panamericana de Trauma para realizar en forma conjunta un evento de muy alta calidad científica, en el que se compartirán experiencias y logros por parte de reconocidos invitados colombianos y extranjeros que enriquecerán con sus aportes el ejercicio quirúrgico en el país y la región.

Es importante resaltar que en este suplemento se destacan numerosas contribuciones científicas de nuestros residentes y jóvenes cirujanos, fruto de la cosecha permanente de los profesores de todo el país que cultivan las futuras generaciones de colegas. Este trabajo educativo permanente y de formación profesional, constituye sin duda una labor de alto impacto profesional y social a la cual ha contribuido permanentemente la Asociación a través de su historia.

De especial interés este año, serán las nuevas modalidades de presentación de trabajos, que se adecúan a la moderna tendencia en comunicación y divulgación científica, y un “Concurso Nacional del Residente Quirúrgico” que contará con el mayor número de investigaciones inscritas en la historia de la Asociación, hecho que refleja una preocupación creciente de nuestros colegas por desarrollar contribuciones pertinentes y útiles para el desarrollo del campo científico, para el perfeccionamiento del arte de la cirugía y para propiciar la reflexión sobre aspectos específicos del ejercicio profesional del cirujano contemporáneo.

En nombre de la Junta Directiva de la Asociación Colombiana de Cirugía y el Comité Científico organizador del congreso, le extiendo a todos los autores una felicitación por su trabajo académico, que refleja la búsqueda constante de la excelencia profesional de los cirujanos del país y nos permite con orgullo mostrar la calidad de la cirugía colombiana.

Trabajos Libres

CABEZA Y CUELLO

01 - ID65

Se debe usar reposición rutinaria de calcio más calcitriol en el postoperatorio de tiroidectomía total? Revisión sistemática

Álvaro Sanabria, Andres Rojas, Joel Arévalo

Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia. Fundación Colombiana de Oncología. Clínica Vida Centro de excelencia en cirugía de cabeza y cuello. CEXCA. Medellín, Colombia
alvarosanabria@gmail.com

Introducción: El uso de calcio y calcitriol en el postoperatorio (POP) de tiroidectomía total no es ampliamente aceptado. La estrategia de reposición basada en el valor de calcio y/o PTH es mayoritariamente sugerida.

Objetivos: Evaluar la efectividad de la reposición rutinaria POP de calcio más calcitriol contra el uso según calcemia en tiroidectomía total.

Materiales: Se realizó una revisión sistemática de ensayos clínicos siguiendo las recomendaciones de la Colaboración Cochrane. Se hizo una búsqueda en bases de datos (Pubmed, Embase, LILACS) sin restricción de idioma o tiempo. Se evaluó la calidad de los estudios primarios con la herramienta Cochrane. Los datos se extrajeron en un archivo de Excel. Se realizó un análisis estadístico en Revman. Los desenlaces principales fueron hipocalcemia sintomática y bioquímica.

Resultados: Se identificaron 1006 referencias y 8 experimentos con 1037 pacientes. Las debilidades metodológicas principales se relacionaron con la

evaluación no ciega de los resultados. No se encontró sesgo de publicación. La diferencia de riesgos para hipocalcemia sintomática fue de -25 % (IC95% -33 a -18) y para hipocalcemia bioquímica fue de -24 % (IC95% -31 a -16) a favor de la reposición de calcio más calcitriol. La heterogeneidad fue moderada.

Conclusiones: El uso rutinario de calcio más calcitriol en comparación con el uso según el resultado de calcemia en el POP de tiroidectomía total, disminuye el riesgo de hipocalcemia sintomática y bioquímica hasta en 25 %. Esta estrategia debería usarse ampliamente.

01 - ID70

Experiencia en manejo expectante de cáncer de tiroides. Cohorte individual

Alvaro Sanabria

Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia. Centro de Excelencia en Cirugía de Cabeza y Cuello, CEXCA. Medellín, Colombia
alvarosanabria@gmail.com

Introducción: Entre las estrategias de tratamiento del cáncer de tiroides está la vigilancia activa. Hay experiencia externa pero no se conocen experiencias locales.

Objetivos: Describir una cohorte de pacientes con nódulo tiroideo Bethesda V-VI sometidos a vigilancia activa.

Materiales: Pacientes con diagnóstico ecográfico de nódulo tiroideo con BACAF Bethesda V-VI. Se propuso a todos los pacientes vigilancia activa. Se incluyen aquellos que aceptaron en el primer en-

cuentro. Se explicó el protocolo de seguimiento y se dió la opción de cirugía, si durante el periodo de seguimiento el paciente cambiaba de opinión. Se recolectaron las variables demográficas y clínicas, tiempo de seguimiento, cambio del tamaño y necesidad de cirugía.

Resultados: Se reclutaron 49 pacientes desde septiembre de 2013. La edad promedio fue 53 ± 13 años (rango 24-85 años) y 88 % fueron mujeres. En 98 %, el nódulo se detectó en un examen ecográfico incidental. El tamaño inicial del nódulo fue de $9,5 \pm 4,6$ mm (rango 3-26 mm). Un 39 % de las ecografías fueron de riesgo intermedio y 43 % de los pacientes fueron Bethesda VI.

Conclusiones: La vigilancia activa es factible en Colombia en casos seleccionados. El éxito fue del 92 % durante el tiempo de seguimiento

01 - ID100

Importancia pronóstica de las márgenes microscópicas en cáncer de tiroides. Revisión sistemática
Alvaro Sanabria, Andres Rojas, Joel Arevalo, Luiz P Kowalski
 Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia. Fundación Colombiana de Cancerología. Clínica Vida Centro de excelencia en cirugía de cabeza y cuello. CEXCA. A.C. Camargo Cancer Center, Sao Paulo, SP, Brazil
 alvarosanabria@gmail.com

Introducción: Las márgenes microscópicas positivas en cáncer de tiroides son frecuentes, incluso a pesar de resecciones completas. No se conoce su valor pronóstico.

Objetivos: Evaluar el efecto pronóstico de las márgenes microscópicas positivas sobre la recurrencia local después de tiroidectomía total oncológica.

Materiales: Se realizó una revisión sistemática de estudios observacionales siguiendo las recomendaciones del documento MOOSE. Se hizo una búsqueda en bases de datos (Pubmed, Embase, LILACS) sin restricción de idioma o tiempo. Se evaluó la calidad de los estudios primarios con la escala de Newcastle-Ottawa. Los datos se extrajeron en un archivo de Excel. El desenlace principal fue la recurrencia local.

Resultados: Se identificaron 54 referencias y 6 estudios observacionales con 7696 pacientes. La gran

mayoría fueron carcinomas papilares (91-100 %) La debilidad metodológica principal fue la falta de comparabilidad de las cohortes. La frecuencia de margen microscópico positivo vario entre 6-16 % y la recurrencia local, entre 0-7 %. El análisis uni o multivariado de cada estudio no encontró asociación entre márgenes positivos microscópicos y recurrencia local. El uso de ablación con yodo vario entre 50-100 %

Conclusiones: Los estudios disponibles no encontraron asociación entre márgenes microscopias positivas y recurrencia local en pacientes con cáncer de tiroides y tiroidectomía oncológica. El hallazgo de márgenes microscópicos positivos en ausencia de otros factores de mal pronóstico no se debe considerar indicativo de terapia adyuvante.

01 - ID118

Evaluación del estado actual de los colgajos regionales y microquirúrgicos para reconstrucción de cabeza y cuello

Andres I Chala Galindo, Cesar Munar Aguirre, Luisa Fernanda Perez
 Universidad de Caldas
 andreschalag@hotmail.com

Introducción: La adecuada reconstrucción es pilar fundamental en el abordaje oncológico quirúrgico de los pacientes con cáncer avanzado de cabeza y cuello, para optimizar su adyuvancia, para el manejo de la persistencia o recaída, para su recuperación funcional y de calidad de vida. Los colgajos microquirúrgicos, recientemente han venido como tendencia en aumento, considerados por algunos grupos como superiores a los regionales.

Objetivos: Es importante evaluar si los colgajos regionales aún conservan un papel preponderante o los microquirúrgicos deben ser la primera opción en términos de función, recuperación y morbilidad, entre otros.

Materiales: Pacientes con colgajos regionales o microquirúrgicos realizados entre enero de 2016 y diciembre de 2017 en el servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello de la Universidad de Caldas, como parte de la reconstrucción después de resección oncológica.

Resultados: Se encontraron 124 pacientes, 56 mujeres y 68 hombres, con una edad media de 62 años. Tumor primario de cavidad oral (29 %), glándula salivar (19 %), laringe o hipofaringe (19 %), tiroides (9 %), orofaringe (8 %) y otros (29 %). La histología predominante fue escamocelular (70 %). Se realizaron 23 colgajos microquirúrgicos (entre ALT-Radial-Peroné) y 121 regionales (Pectoral, Trapecio, Supraclavicular, Submandibular y otros). Todos fueron realizados por tumores avanzados, estados III (15 %) y IV (85 %). La pérdida del colgajo en los regionales fue de 3,3 % y de 13 % en los microquirúrgicos. La mortalidad global fue de 7 %, asociada a sepsis.

Conclusiones: Si bien hay un incremento en el uso de colgajos microquirúrgicos, los regionales permiten adecuada reconstrucción en la mayoría de los casos, con menor tiempo quirúrgico y costos, con excelente resultado funcional.

01 - ID119

Evaluación y comparación de dos técnicas de reconstrucción del nervio recurrente laríngeo en cirugía de tiroides

Andres I Chala Galindo, Mauricio Valencia, Jose Fernando Gomez

Universidad de Caldas
andreschalag@hotmail.com

Introducción: La tiroidectomía es una cirugía muy frecuente. La lesión del nervio recurrente laríngeo (NRL) en grupos de experiencia es menor del 2 %. Se presenta de manera inadvertida o como parte de la resección oncológica en casos de invasión gruesa del mismo. La consecuencia es la morbilidad asociada a la insuficiencia glótica. Hay poca información acerca de la utilidad de la reconstrucción inmediata del NRL.

Objetivos: Comparar las técnicas y el resultado de la reconstrucción.

Materiales: Pacientes con tiroidectomía entre enero de 2015 y diciembre de 2017 en el servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello de la Universidad de Caldas que tuvieron lesión inadvertida del NRL o resección necesaria por su invasión burda con imposibilidad técnica de preservación.

Resultados: Se identificaron 13 pacientes, 5 masculinos y 8 femeninos, con edades entre 18 y 76 años. El 85 % fueron llevados a cirugía por cáncer y el 15 % por bocio. Se encontró lesión inadvertida en 38 % y necesaria en 62 % de los casos. Se realizó reconstrucción inmediata con anastomosis termino-terminal recurrente a recurrente en 4 casos y termino lateral del vago a recurrente en 9 casos. Se evaluó la calidad de voz y objetivamente la movilidad con nasofibro-laringoscopia y electromiografía. La mejor respuesta se encontró en el grupo reconstruido al vago.

Conclusiones: La reconstrucción del vago a un asa del recurrente muestra mejor calidad de voz y recuperación funcional comparado con la reconstrucción recurrente-recurrente y es una excelente opción para el manejo de la lesión del NRL.

01 - ID120

Incidentaloma tiroideo: causas y consecuencias de su sobre diagnóstico en términos de cirugía, seguimiento, morbilidad y costos de atención. Revisión de 103 pacientes en un centro de referencia

Andres I Chala Galindo, Erika Jaramillo, Alvaro Sanabria
Universidad de Caldas

andreschalag@hotmail.com

Introducción: El sobre diagnóstico del incidentaloma tiroideo conduce a un sobre tratamiento, seguimiento a largo plazo y consecuente aumento de costos de cuidado en salud, sin claro beneficio en morbilidad o sobrevida. La mayoría son detectados en una ecografía solicitada para estudio de síntomas vagos no relacionados con enfermedad tiroidea.

Objetivos: Analizar síntomas y entidades clínicas que condujeron a una ecografía que identificó un incidentaloma de tiroides, incluyendo diagnóstico, tratamiento, morbilidad, seguimiento y costos en salud.

Materiales: Pacientes atendidos entre junio y septiembre del 2017 en el servicio de cirugía de cabeza y cuello de la Universidad de Caldas en manejo por incidentaloma tiroideo. Se consideraron aquellos con seguimiento mínimo de 24 meses. Las variables incluidas fueron principales síntomas, signos o entidades clínicas, así como criterios ecográficos de ries-

go, resultados de biopsia aspirativa, seguimiento, cirugía, morbilidad, patología y costos por la atención.

Resultados: Se incluyeron 103 pacientes, con edad media de 53 años, la mayoría mujeres. Los pacientes refirieron disfagia, disfonía, sensación de cuerpo extraño, globus faríngeo y reflujo gastroesofágico. La sospecha por palpación clínica de un nódulo en cuello se encontró en el 26 %. El tamaño medio del nódulo fue 12 mm. En la mayoría se obtuvo una citología aspirativa. Consecuentemente se realizó cirugía en el 11.7 % y seguimiento en el 84 %. Se analizaron los costos de atención.

Conclusiones: La mayoría de los incidentalomas no tienen relación con el motivo de consulta ni supuesto hallazgo clínico y no tienen impacto en la detección temprana de cáncer, aumentando innecesariamente el seguimiento o cirugía y los costos en salud.

01 - ID137

Prevalencia de carcinoma papilar en pacientes con tiroiditis de Hashimoto en la E.S.E. Hospital universitario del Caribe durante el periodo 2007-2017

Carlos Osorio Covo, Sebastian Ibarra Gomez, Jorge Arrieta Castaño, Diego Barrios Castellar, Michelle Sarmiento Gutierrez, Katherine Redondo De Oro, Francisco Herrera Sáenz
Universidad de Cartagena - E.S.E. Hospital Universitario del Caribe
cosorIOC@gruposcalpellum.com

Introducción: En Colombia, la incidencia de carcinoma papilar aumentó en los últimos 10 años. No existen estudios que evalúen la prevalencia de tiroiditis de Hashimoto en el país. Existe controversia en torno a la relación entre la tiroiditis de Hashimoto y su papel en el desarrollo del carcinoma papilar. No existe concordancia entre la incidencia de carcinoma papilar en estudios prospectivos, donde se realiza seguimiento a pacientes con tiroiditis, y su alta prevalencia descrita en estudios retrospectivos.

Objetivos: Estimar la prevalencia de carcinoma papilar en pacientes con tiroiditis de Hashimoto.

Materiales: Se realizó un estudio analítico de linealidad retrospectiva. Se revisaron las historias clí-

nicas de pacientes con y sin tiroiditis de Hashimoto. Se comparó la prevalencia de carcinoma papilar. Se desarrolló un modelo de regresión logística bivariada para determinar la probabilidad de ocurrencia para carcinoma papilar.

Resultados: La población estuvo conformada por 1041 pacientes, 953 (91.5 %) mujeres y 88 (8.5 %) hombres, con edad de 47.2 ± 14.1 años. La prevalencia de tiroiditis de Hashimoto fue de 14.8 % y la prevalencia de carcinoma papilar fue de 15.6 %. Se encontró coexistencia en 41 pacientes, un 3.9 % de la población.

Conclusiones: La probabilidad de ocurrencia para carcinoma papilar fue mayor en pacientes con tiroiditis de Hashimoto (OR 2.3 IC95% 1.5 - 3.4, p valor 0.000)

01 - ID174

Tumores del espacio parafaríngeo: reporte de casos y revisión de la literatura

Nidia Guataquira, Andres Alvarez, Paola Carranza

Hospital Universitario mayor MEDERI - Universidad del Rosario - Clínica los Nogales
pao.carranza27@gmail.com

Introducción: Los tumores del espacio parafaríngeo se presentan en 0.5 % de todas las masas de cabeza y cuello. Su división anatómica para la clasificación se realiza por la apófisis estiloides, en donde el compartimiento posterior contiene la arteria carótida interna, la vena yugular interna, los pares craneales IX, X, XI y XII, la cadena simpática cervical y ganglios linfáticos, mientras el compartimiento pre-estiloideo contiene tejido adiposo, parte del lóbulo profundo de la glándula parótida y ganglios linfáticos, de los cuales pueden derivar las lesiones.

Objetivos: Presentar 3 casos clínicos de tumores en relación con el nervio vago y revisión de la literatura.

Materiales: Estudio descriptivo tipo reporte de casos.

Resultados: Los tres pacientes que fueron sometidos a manejo quirúrgico presentaron diagnóstico de paraganglioma y schwannoma del nervio vago, patologías benignas con complicaciones postoperatorias reportadas como el síndrome de Horner

Conclusiones: Los tumores del espacio parafaríngeo son un grupo de patologías poco frecuentes, presentándose en localizaciones según su incidencia en glándulas salivares (40 %), tumores neurogénicos (30 %) y ganglios linfáticos (15 %). Los síntomas y la sospecha diagnóstica pueden enfocar el diagnóstico, el cual debe confirmarse mediante la realización de imágenes como TAC, RM y Doppler. El manejo quirúrgico se debe realizar para corroborar el diagnóstico histopatológico y valorar si el paciente requiere manejo adicional.

01 - ID206

Cáncer de tiroides bien diferenciado localmente avanzado. Enfoque y manejo. Experiencia Hospital San José de la ciudad de Bogotá.

Esteban Diazgranados Goenaga, Álvaro Eduardo Granados Calixto, Juan de Francisco Zambrano, Gabriel Uribe, Rogers Leonardo Baquero García, Fernando Ulloa Gordon
Fundación Universitaria Ciencias De La Salud
rlbaquero@fucsasud.edu.co

Introducción: El cáncer de tiroides bien diferenciado localmente avanzado tiene una prevalencia aproximada del 1-8 %; se ha visto que representa un 60-65 % de los casos de mortalidad por cáncer de tiroides. En más de un 50 % de los casos compromete la tráquea, los músculos pretiroideos y el nervio laríngeo recurrente; en un 30 % compromete las grandes venas del cuello, en un 25 % el esófago y en un 5-8 % la arteria carótida y el nervio vago. El manejo quirúrgico tiene un impacto importante en el pronóstico de este grupo de pacientes; por tanto, debe tener en consideración la estructura invadida, los criterios de irreseccabilidad correspondientes al compromiso de la fascia prevertebral y de los grandes vasos del mediastino, la intención del tratamiento y curabilidad, además del curso de la enfermedad en razón a las metástasis progresivas a distancia.

Objetivos: Mostrar la experiencia en el manejo de pacientes con cáncer de tiroides bien diferenciado localmente avanzado por parte del servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital San José de la ciudad de Bogotá.

Materiales: Se realiza la descripción de 3 casos clínicos manejados en los últimos 6 meses en el Hospital San José y la revisión de la literatura correspondiente a dicha patología

Resultados: Teniendo diversas alternativas de manejo quirúrgico actualmente, se logró la resección propuesta del tumor en cada uno de los pacientes, sin ninguna mortalidad.

Conclusiones: Las diversas alternativas quirúrgicas que actualmente existen, en conjunto con una adecuada evaluación preoperatoria, permiten ofrecer un manejo óptimo y oportuno de este grupo de pacientes.

01 - ID251

Carcinoma de tiroides en quiste tirogloso, asociado a tiroides no descendido y tejido tiroideo ectópico lingual.

Andrés Álvarez Tamayo, Natalia Rivera
Hospital Universitario Mayor, Méderi, Universidad del Rosario
andresaat@hotmail.com

Introducción: Los carcinomas de tejido tiroideo originados en quiste tirogloso son de presentación infrecuente; adicionados a agenesia tiroidea usual y tejido tiroideo ectópico en base de lengua.

Objetivos: Se realiza una presentación del caso y revisión de la literatura.

Materiales: Se presenta el caso de una paciente femenina hipotiroidea de 46 años de edad, quien consultó por masa cervical en región submentoniana, en la línea media a la altura del hioides, de más de un año de evolución, asintomática. Se tomó ecografía que reportó tiroides atrófico o ausencia del mismo; por sensación de globo faríngeo se tomó nasofibroscopia que mostró masa en base de lengua, en contacto con la cara lingual de la epiglotis; y la tomografía evidenció masa en base de lengua y delante del hioides, sólida, con ausencia de la glándula tiroides en su posición habitual, que fue corroborada mediante gammagrafía de tiroides. Se tomó biopsia aspirativa con aguja fina (B.A.C.A.F.) que fue compatible con neoplasia de células epiteliales atípicas sospechosas de malignidad.

Resultados: Fue llevada a cirugía practicándosele un procedimiento de Sinstrunck, con posterior ingreso a la orofaringe, realizando resección de tejido tiroideo ectópico en base de lengua, con cierre primario, sin traqueostomía.

Conclusiones: El abordaje de la orofaringe retirando el hioides permite una adecuada visualización y resección de lesiones en la base de la lengua, evitando mandibulostomías.

01 - ID266

Tiroidectomía transoral endoscópica video asistida por abordaje vestibular, experiencia personal.

Andrés Álvarez Tamayo

Hospital Universitario Mayor .Mederi. Universidad del Rosario Clínica Los Nogales Centro Nacional de Oncología

andresaaat@hotmail.com

Introducción: Desde que Teodoro Kocher modificó la técnica de la tiroidectomía (1880) esta ha sido usada ampliamente y con seguridad, disminuyendo desde entonces la morbilidad y mortalidad que hacían de esta cirugía un procedimiento altamente riesgoso. La tiroidectomía convencional (abierta) sigue siendo una técnica segura y es el estándar para la resección de la glándula tiroidea pero que, invariablemente deja una cicatriz cervical que, en algunos casos puede desencadenar en cicatrices hipertróficas o queloides visibles. Varias técnicas han sido utilizadas recientemente para disminuir o evitar la cicatriz en el cuello.

Objetivos: La cirugía realizada por orificios naturales con iluminación tras endoscópica (NOTES) ha sido desarrollada como una técnica que evita la cicatriz cutánea y dentro de estas, se encuentra el acceso tras vestibular.

Materiales: Se presenta la experiencia inicial personal de esta técnica efectuada en tres centros hospitalarios de la ciudad de Bogotá

Resultados: Se realiza descripción de las indicaciones, técnica, tiempos del procedimiento, complicaciones y resultados.

Conclusiones: Se considera una técnica reproducible por personal entrenado, en pacientes seleccionados,

que se benefician de la ausencia de cicatriz cutánea.

TÓRAX

01 - ID203

Dilema clínico y diagnóstico del tumor fibroso solitario de la pleura

Catalina Mejía Tobón, Laura Marcela Fino Velásquez, Mario López Ordoñez, Julio Granada Camacho, Paulina Ojeda León, Jorge Alberto Carrillo Bayona

Hospital Universitario Mayor, Méderi, Universidad del Rosario

catalina.mejiat@urosario.edu.co

Introducción: El tumor fibroso de la pleura es una lesión poco frecuente. Su clínica por lo general es silente y se detecta, la mayoría de las veces, de manera incidental en un estudio imaginológico o cuando genera compresión de las estructuras adyacentes.

Objetivos: Presentar una serie de pacientes manejados en el Hospital Universitario Mayor MEDERI en la ciudad de Bogotá y revisar la literatura existente, con el fin de establecer el espectro clínico de estos tumores, su comportamiento histológico, tratamiento y su pronóstico.

Materiales: Revisión retrospectiva de una serie de pacientes intervenidos entre los años 2011 y 2018, analizando el modo de presentación, manifestaciones clínicas, estudios imaginológicos diagnósticos, tratamiento, comportamiento histopatológico e inmunohistoquímica.

Resultados: Describimos el perfil clínico de 9 pacientes diagnosticados con tumor fibroso de la pleura, 5 pacientes que fueron operados en nuestra institución, con resección quirúrgica de la masa por toracotomía y un caso asistido por videotoracosopia (VATS). Posterior a la cirugía los pacientes presentaron buena evolución clínica, no se presentaron complicaciones postoperatorias. Tras un período de seguimiento no se han documentado recidivas.

Conclusiones: El diagnóstico inicial se hace mediante una biopsia transtorácica con aguja TRUCUT; una vez confirmada el tumor fibroso solitario de la pleura, se recomienda el tratamiento quirúrgico.

co en todos los casos, por su capacidad de crecimiento local y la posibilidad de malignización.

01 - ID623

Utilidad de las pruebas diagnósticas en el trauma cardiaco cerrado. Experiencia en un hospital de III nivel.

Sergio Andre Siado, Carlos Mauricio Martinez, Marcela Osorio, Hector Conrado Jimenez
Universidad De Antioquia
heconjisan@gmail.com

Introducción: El trauma cardiaco cerrado constituye la principal causa de muerte, en países desarrollados y en vía de desarrollo, siendo los accidentes de tránsito la principal causa de estos. Se debe realizar un diagnóstico oportuno, para así disminuir el subdiagnóstico y evitar consecuencias letales. **Objetivos:** Determinar la utilidad de las pruebas diagnósticas en el trauma cardiaco cerrado en pacientes del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, Neiva.

Materiales: Se analizaron 92 pacientes con diagnóstico de trauma cerrado de tórax, mediante un estudio observacional, analítico y prospectivo, en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo entre enero de 2015 y diciembre de 2016.

Resultados: La incidencia hallada de trauma cardiaco cerrado fue de 29 por cada 100.000 individuos con trauma cerrado de tórax por año. Se encontró un valor de referencia para troponina I significativamente estadístico para su diagnóstico; el electrocardiograma fue realizado al 100 % de la población, evidenciando alteraciones electrocardiográficas en el 82,6 % de los pacientes y los hallazgos positivos en las radiografías se correlacionaron con peor pronóstico.

Conclusiones: Se encontró buena especificidad y sensibilidad de la troponina I, con un aumento significativo a las 6 horas del trauma. Las arritmias letales se presentaron en un bajo porcentaje y los hallazgos radiográficos en la mayoría de pacientes fueron normales, aumentando morbilidad con hallazgos positivos. Sin embargo, se necesita mayor número de pacientes para establecer significancia estadística.

PARED ABDOMINAL

01 - ID37

Neumoperitoneo preoperatorio progresivo en reconstrucción de eventraciones y hernias inguinoescrotales con pérdida de dominio en Bogotá.

Tatiana Carolina Beltrán García, Marco Tulio Quintero, Gonzalo Sánchez, Jorge Alberto Navarro Alean
Universidad del Rosario
tatianab84@yahoo.com

Introducción: El neumoperitoneo preoperatorio (NPP) es una técnica segura para el manejo de las hernias incisionales complejas y con pérdida de dominio asociada. En Colombia no hay datos actuales sobre las técnicas de colocación del catéter peritoneal y eficacia del NPP, tasa de éxito quirúrgica, frecuencia de complicaciones y recurrencia de las mismas.

Objetivos: Presentar la experiencia en nuestra institución.

Materiales: Cohorte retrospectiva, con el objetivo de medir la eficacia del NPP de los pacientes llevados a manejo quirúrgico por hernias incisionales gigantes o hernias inguinoescrotales con pérdida de dominio en Bogotá.

Resultados: Cohorte compuesta por 17 pacientes, 70 % hombres con edad promedio de 59 años, predominando las eventraciones en línea media. La colocación del catéter peritoneal en el 95 % de los casos fue mediante técnica percutánea guiada por tomografía. El control imagenológico evidenció una diferencia significativa entre el promedio del volumen de la cavidad abdominal inicial (7649,85 cc) y posterior al NPP (10155,93 cc) con una $p < 0.000$, representando una ganancia de 2506 cc (IC95%: 1657,8 cc - 3354,2 cc) y un aumento del 32,7 % respecto al volumen promedio inicial. La rotación de componentes anteriores con malla sandwich fue la técnica quirúrgica más realizada (n:15). En el 58,8 % de los pacientes se presentaron complicaciones postoperatorias. No se documentó recidiva clínica de la hernia incisional en el seguimiento postoperatorio

Conclusiones: Actualmente, el NPP es una técnica complementaria eficaz para el manejo quirúrgico de

las eventraciones complejas con pérdida clínica y radiológica de dominio, impactando así en la calidad de vida del paciente, al lograr el cierre definitivo de la pared abdominal.

01 - ID102

Fijación de malla con sutura intracorporea en herniorrafia inguinal laparoscópica

Gabriel Arroyave, Hernán Restrepo Restrepo, Carlos Serena Arbelaez, Natalia Flórez Arango
Universidad Pontificia Bolivariana
arroyavegabriel@gmail.com

Introducción: La herniorrafia inguinal es una de las cirugías más frecuentes en el mundo. Las técnicas laparoscópicas vienen en crecimiento y actualmente en países desarrollados es empleada hasta en 55 % de sus pacientes. En la técnica transabdominal preperitoneal (TAPP) se describen numerosas opciones para fijar la malla, pero son métodos costosos y pueden dificultar acceder al tratamiento laparoscópico. Presentamos nuestra técnica de fijación de malla con sutura intracorpórea (FMSI) como alternativa a métodos tradicionales.

Objetivos: Presentar una serie de casos de herniorrafia laparoscópica con FMSI.

Materiales: Estudio descriptivo prospectivo. En pacientes programados para herniorrafia con técnica TAPP se practicó FMSI utilizando polipropilene. Recopilamos información sobre características demográficas de los pacientes, aspectos quirúrgicos, complicaciones postoperatorias y seguimiento.

Resultados: Se realizaron 22 herniorrafias con técnica TAPP, en 20 hombres y 2 mujeres, con edad promedio de 52.3 años. El tiempo quirúrgico en casos unilaterales fue inferior a 1 hora. No hubo complicaciones intraoperatorias y todos los pacientes se manejaron ambulatoriamente. En el seguimiento se detectaron dos complicaciones menores (hematoma en región inguinal) y el dolor se controló con analgésicos orales. Hasta el momento no se han detectado recidivas.

Conclusiones: La herniorrafia laparoscópica viene en crecimiento, existen varios métodos para fijar las mallas, pero por costos pueden dificultar el acce-

so a esta técnica. La FMSI es una alternativa económica y en nuestra serie obtuvimos buenos resultados con tiempos quirúrgicos aceptables y sin complicaciones significativas. Se requieren destrezas laparoscópicas avanzadas, pero con entrenamiento es una alternativa. La FMSI en herniorrafia laparoscópica es una alternativa segura, viable y económica frente a otros métodos.

01 - ID139

Entre lo complejo e inusual en patología de hernia

Juan Pablo Ruiz Pineda, Alejandro Lora Aguirre, Liliana Maria Suarez Olarte, Gloria Florez Dussan, Laura Tinoco Guzman
Clínica Universitaria Colombia
lautinocog@gmail.com

Introducción: Presentamos casos de hernias inusuales y complejas, tratados en la clínica Colombia, considerando la importancia de su diagnóstico y describiendo las diferentes opciones quirúrgicas.

Objetivos: Describir los casos inusuales de hernia, aproximación diagnóstica y abordaje quirúrgico multidisciplinario.

Materiales: Se revisó la historia clínica e imágenes diagnósticas, documentando hallazgos intraoperatorios, técnica quirúrgica y evolución postoperatoria.

Resultados: Caso 1: Paciente con hernia diafragmática gigante recidivante con contenido de colon transverso, bazo y riñón, más hernia inguinoescrotal bilateral grado II y hernia ventral M3WI a quien se realizó neumoperitoneo preoperatorio, llevado en un mismo tiempo quirúrgico a corrección de hernia diafragmática con malla por toracotomía, reparo de hernia inguinoescrotal bilateral y hernia ventral, mediante técnica de Rives Stoppa. Caso 2: Paciente con hernia perineal primaria con contenido vesical llevado en conjunto con ginecología a corrección mixta, extendiendo malla a nivel de fosa isquiorectal vía laparoscopia y malla perineal mediante abordaje abierto. Caso 3: Paciente quien debutó con obstrucción intestinal y fue llevada a laparoscopia diagnóstica, evidenciando íleon herniado a través de la cúpula vaginal; se realizó reducción por vía laparoscópica y cierre primario del defecto vía transvaginal, en conjunto con Ginecología.

Conclusiones: Las hernias inusuales representan un reto para el cirujano, por lo cual es importante conocer su presentación, aproximación diagnóstica y diferentes opciones quirúrgicas.

01 - ID195

Herniorrafia inguinal por laparoscopia con malla de autofijación en el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, seguimiento a 5 años.

Ricardo Nassar Bechara, Juan David Linares, Alberto Enrique Ricaurte, Juan David Hernández, Catalina Mejía Tobón, Felipe Girón, Ernesto Pinto, Andrés Mauricio García

Fundación Santa Fe de Bogotá
catalina.mejiat@urosario.edu.co

Introducción: El reparo de la hernia inguinal por cirugía mínimamente invasora es controversial en el ámbito quirúrgico; el uso de dispositivos de fijación para mallas como grapas o dispositivos helicoidales contribuyen al dolor postoperatorio. Se presenta una serie de pacientes llevados a herniorrafia inguinal laparoscópica por vía totalmente extraperitoneal (TEP) con uso de malla de polipropileno de autofijación (Parietex ProGrip™).

Objetivos: Presentar una serie de pacientes manejados en el Hospital Fundación Santafé de Bogotá y revisar la literatura.

Materiales: Se presenta una serie de pacientes llevados a reparo de hernia inguinal con abordaje total extraperitoneal TEP durante 5 años (2013 – 2018)

Resultados: Se realizaron 171 reparos de hernias inguinales por abordaje TEP con uso de malla de polipropileno de autofijación (Parietex ProGrip™). Se describe el seguimiento de los pacientes, sin documentar hasta el momento reproducciones.

Conclusiones: El reparo de hernias inguinales por abordaje totalmente extraperitoneal (TEP) con malla de autofijación es un procedimiento seguro en manos de cirujanos experimentados. En este estudio documentamos resultados satisfactorios durante estos 5 años de seguimiento a nuestros pacientes, en términos del dolor postoperatorio, morbilidad y tasa de reproducción de las hernias. Es necesario continuar el seguimiento de los pacientes para confirmar los resultados descritos en la literatura.

01 - ID197

Enfoque y manejo de tumores de la pared abdominal. Experiencia Hospital San José de la ciudad Bogotá

Maikel Adolfo Pacheco, Rogers Leonardo Baquero García
Fundación Universitaria Ciencias De La Salud
rlbaquero@fucsahud.edu.co

Introducción: Los tumores de la pared abdominal constituyen un grupo de patologías que pueden caracterizarse acorde a su etiología en traumáticas, inflamatorias, infecciosas, iatrogénicas y neoplasias benignas o malignas (representando el sarcoma apenas el 5 % de todos los sarcomas). En la evaluación clínica, teniendo en cuenta las recomendaciones NICE, la presencia de una masa mayor de 5 cm, masa que aumente de tamaño, dolor o recurrencia en el sitio de la escisión previa y el compromiso profundo de la fascia, son considerados signos de alarma que deben orientar el manejo de cada paciente, siendo la resección quirúrgica el manejo ideal en este grupo de patologías.

Objetivos: Mostrar la experiencia en el manejo de pacientes con tumores de la pared abdominal llevados a procedimientos quirúrgicos en el Hospital San José en término de 6 años

Materiales: Se realizó recolección de datos de pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos por masas de la pared abdominal desde el año 2012 hasta junio de 2018.

Resultados: Se analizaron 105 pacientes, en su mayoría con patología benigna como lipomas y endometriomas, patologías malignas como el tumor desmoide y sarcomas en menor porcentaje, y en último lugar, el compromiso secundario de la pared abdominal.

Conclusiones: Actualmente la cirugía es el tratamiento de elección en el manejo de los tumores de la pared abdominal, reparando los defectos secundarios con el uso de mallas, técnicas de separación de componentes e inclusive flaps antólogos, siendo los más comunes el TRAM y el tensor de la fascia lata, para conseguir los mejores resultados.

01 - ID214**Manejo del abdomen abierto con terapia de presión negativa y tracción fascial para favorecer cierre temprano de pared abdominal.**

Pilar Carola Pinillos, Carlos Manuel Zapata, Edgar German Junca, Andres Felipe Jimenez
 Universidad Nacional de Colombia
 pilar_carola@hotmail.com

Introducción: El abdomen abierto es una entidad frecuente, con múltiples indicaciones y técnicas diversas para el manejo del mismo, en especial aquellas con relación al cierre temporal, encaminadas a disminuir complicaciones o eventos adversos, optimizar la calidad de vida de los pacientes y buscar las mejores tasas posibles de cierre primario de la pared abdominal.

Objetivos: Exponer una serie de pacientes que han sido llevados a manejo temporal del abdomen abierto con la estrategia de cierre asistido por vacío y tracción fascial con malla.

Materiales: Se seleccionaron aleatoriamente pacientes de dos instituciones que fueron manejados a través de esta estrategia entre los años 2013 y 2017.

Resultados: Se incluyeron 7 pacientes, con diversas patologías intraabdominales; con un promedio de cierre definitivo de pared abdominal de 18 días; el menor tiempo fue de 3 días y el mayor tiempo se observó en un paciente con 44 días de evolución, desde procedimiento inicial hasta el cierre formal.

Conclusiones: Se considera que la combinación de técnicas para el cierre temprano de pared abdominal con la mayor evidencia en la literatura, cierre asistido por vacío y tracción fascial, aportan buenos resultados globales para el paciente y por lo tanto, se deben implementar de forma pragmática, estrategias que promuevan un adecuado manejo de la pared abdominal, que involucra el cierre temprano de la misma, dado que actualmente no existe homogeneidad en las estrategias de cierre en muchas instituciones.

01 - ID216**Herniorrafia inguinal laparoscópica no fijada - HILNOF**

Juan Carlos Ayala A., Fernando M. Ulloa Gordon, Mauricio Gonzalez Dorado
 Fundacion Universitaria De Ciencias De La Salud
 ulloagordonmd@gmail.com

Introducción: La herniorrafia inguinal laparoscópica sin fijación de la malla (HILNOF), es una técnica segura y eficaz.

Objetivos: Demostrar a través de un estudio de cohorte prospectivo, la disminución del dolor inguinal postoperatorio, mostrando la no-fijación de la malla como una técnica segura y sin aumento en la recurrencia de la hernia.

Materiales: Estudio de cohorte prospectivo descriptivo, que incluyó pacientes operados por vía laparoscopia con cierre primario del defecto y colocación de mallas anatómica autoadherentes sin fijación, entre junio de 2016 y agosto de 2017, con un seguimiento mínimo 30 días y máximo de un año, registrados en la base HILNOF. El registro HILNOF fue construido con datos de historias clínicas e información telefónica. Se interrogó telefónicamente a cada paciente; en caso de presentar masa inguinal o dolor, se citó para control presencial por parte de un médico de la especialidad, verificando recurrencia o inguinodinia crónica postoperatoria.

Resultados: La participación fue del 100 % de la población, con edad media de 53 años (+/- 16.65), en su mayoría hombres (85,9 %), con comorbilidades en un 22,5 %; para un total de 102 herniorrafias inguinales laparoscópicas sin fijación, 56,8 % derechas, 43,1 % izquierdas y de ellas, 43,6 % bilaterales. Se practicaron técnicas E-TEP (18,3 %) y TAPP (81,7 %), el tiempo quirúrgico promedio fue de 20 minutos en los procedimientos unilaterales y 50 minutos para los bilaterales. La tasa de reproducción fue 0 % con una mediana de tiempo libre de reproducción de 366 días (+/- 155.28). Hubo 0 % de dolor residual a los 30 días.

Conclusiones: La herniorrafia inguinal laparoscópica sin fijación ha disminuido los índices de inguinodinia postoperatoria, sin aumentar la recurrencia y mejorando la calidad de vida del paciente. Abarata costos del procedimiento, sin necesidad de insumos adicionales.

01 - ID572**Reparación de hernias lumbares por laparoscopia, nuestra experiencia.**

Juan Carlos Valencia Salazar, Mauricio Zuluaga Zuluaga, Uriel Ovidio Cardona, Ivo Siljic Bilicic, Julio Cesar Rodriguez
Fundacion Cimi Colombia - Clinica Farallones De Cali - Clinica Desa Cali
jkvalencia@gmail.com

Introducción: Las hernias lumbares constituyen una entidad poco frecuente y por tanto, la experiencia en técnicas para su corrección no es amplia. El advenimiento de la cirugía mínimamente invasiva y el conocimiento de la pared abdominal cada vez más amplio, permiten utilizar técnicas con mínimo trauma, restauración de la funcionalidad y recuperación precoz. **Objetivos:** Mostrar nuestra experiencia en el tratamiento de hernias lumbares por laparoscopia.

Materiales: Se presenta una serie de 7 casos de hernias lumbares corregidas por laparoscopia, en un periodo de 3 años, con sus respectivos resultados y seguimiento.

Resultados: Se logró la corrección de los defectos lumbares, las dos primeras con colocación de malla por técnica IPOM y las 5 siguientes con cierre completo de los defectos y aplicación de malla en posición preperitoneal.

Conclusiones: Aunque se trata de una serie de casos muy pequeña, se muestra la factibilidad de utilizar técnicas mínimamente invasivas en el reparo satisfactorio de hernias lumbares.

01 - ID573**Experiencia en herniorrafia inguinal endoscópica por técnica eTEP sin utilización de balón espaciador**

Juan Carlos Valencia Salazar, Mauricio Zuluaga Zuluaga, Ivo Siljic Bilicic, Uriel Cardona, Julio Cesar Rodriguez
Fundacion Cimi Colombia - Clinica Farallones De Cali - Clinica Desa Cali

jkvalencia@gmail.com

Introducción: La herniorrafia inguinal por técnicas mínimamente invasivas cada vez se posiciona como la forma ideal de realizar la mayoría de los casos de defectos de la pared en esta localización. Las técnicas TEP y eTEP, ofrecen la posibilidad de

reparar estos defectos sin ingresar a la cavidad peritoneal, con instalación de prótesis y sin necesidad de reparar el peritoneo, no obstante, hasta el momento el estándar de la técnica implica el uso de un balón inflable, que permite crear un espacio cómodo al separar el peritoneo del resto de la pared y este dispositivo genera un costo adicional, que en muchos casos impide la utilización de este método. En nuestro grupo hemos logrado realizar, cada vez con mayor eficacia, la separación del espacio preperitoneal sin la utilización del dispositivo

Objetivos: Compartir ante los colegas la técnica de herniorrafia inguinal eTEP sin la utilización del dispositivo de balón inflable.

Materiales: En los primeros 6 meses del año 2018, logramos intervenir un total de 32 pacientes por técnica eTEP sin balón. Se presentan los resultados obtenidos durante este periodo.

Resultados: Fueron intervenidos 25 paciente; se presentaron dos casos de lesión de los vasos epigástricos, fue necesaria la conversión a técnica TAPP en 2 casos, y solo se presentó una complicación grave, no hubo ninguna mortalidad asociada y hasta el momento del cierre de la serie, no se reportaron recidivas.

Conclusiones: Es factible la herniorrafia inguinal por técnica eTEP sin balón, una vez conocida la anatomía de la pared abdominal.

01 - ID586**De la eventrorrafia a la reconstrucción compleja de la pared abdominal**

Juan Carlos Valencia Salazar, Mauricio Zuluaga Zuluaga, Ivo Siljic Bilicic, Uriel Cardona Nuñez
Fundacion Cimi Colombia - Clinica Farallones - Clinica Desa
jkvalencia@gmail.com

Introducción: La comprensión de la pared abdominal como un órgano, con una anatomía y una fisiología propias, ha llevado a cambios importantes en la manera de reparar los defectos de esta. Específicamente la reparación de hernias postincisionales ha tenido una evolución dramática en la última década, pasando de la simple eventrorrafia, usualmente con

aplicación de prótesis por encima de la fascia anterior de los músculos rectos, a otros procedimientos, incluyendo la disección de la fascia anterior o posterior de los rectos, la separación de componentes de la pared, la aplicación de neumoperitoneo progresivo preoperatorio y la administración de toxina botulínica para preparar el escenario.

Objetivos: Compartir la experiencia acumulada por nuestro grupo en la reparación de hernias postincisionales con técnicas distintas a la aplicación de mallas en posición onlay.

Materiales: Serie de casos de 52 pacientes operados en los últimos 2 años por defectos postincisionales de la pared abdominal, sometidos a cierre con técnicas distintas a la eventrorrafia tradicional.

Resultados: Fueron operados 52 pacientes y en 32 de ellos se practicó separación de componentes de la pared, con liberación del músculo transversario; el resto de casos fue intervenido con el cierre de la pared por planos, con aplicación de malla en posición sublay y 5 casos con aplicación de malla en posición ante rectal, por detrás de la hoja anterior de los rectos (Técnica de Bilbao).

Conclusiones: Cada vez es más frecuente la reparación de los defectos de la pared con técnicas complejas, dejando de utilizar en lo posible mallas en posición onlay e IPOM.

01 - ID690

Conocimientos, actitudes y prácticas del cirujano general en el manejo del paciente con hernia inguinal

Arnold Barrios, Neil Valentín Vega, Alejandro Lora, Juan Pablo Ruiz, Fredy Mendivelso

Fundación Universitaria Sanitas
ajbarrios@gmail.com

Introducción: La cirugía de la hernia inguinal ha progresado en los últimos años, existiendo un vacío actualmente en la evaluación de los cirujanos en aspectos conceptuales, técnicos, decisorios y resolutivos en el tratamiento de esta patología, a la luz del conocimiento y el estado del arte.

Objetivo: Describir desde la perspectiva del cirujano, sus preferencias actitudes y practicas actuales en el manejo quirúrgico del paciente con hernia inguinal.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de corte transversal entre los cirujanos asistentes al II Congreso Nacional de Cirugía Colsanitas de 2017 en la ciudad de Bogotá. Se recolecta información completa de 119 cirujanos. Evaluación de 45 variables. Un 48% emplean de rutina técnica laparoscópica, recidiva de hasta 6,5%, un 94% se consideran competentes y 21% ha recibido compensación de la industria, entre otros resultados. Se describen tablas de frecuencias de técnicas, utilización de materiales y escenarios clínicos diversos.

Conclusiones: En los cirujanos encuestados, existe un cambio en la evaluación y resolución del problema, comparables a las de otros países, evidenciando un alto nivel operativo en nuestro medio.

01-ID699

Conocimientos, actitudes y prácticas del cirujano general en el manejo del paciente con hernia inguinal

Arnold Barrios, Neil Valentín Vega, Alejandro Lora, Juan Pablo Ruiz, Fredy Mendivelso

Clínica Reina Sofía
ajbarrios@gmail.com

Introducción: La cirugía de la hernia inguinal ha progresado en los últimos años, existiendo un vacío actualmente en la evaluación de los cirujanos en aspectos conceptuales, técnicos, decisorios y resolutivos en el tratamiento de esta patología, a la luz del conocimiento y el estado del arte.

Objetivo: Describir desde la perspectiva del cirujano, sus preferencias actitudes y practicas actuales en el manejo quirúrgico del paciente con hernia inguinal.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de corte transversal entre los cirujanos asistentes al II Congreso Nacional de Cirugía Colsanitas de 2017 en la ciudad de Bogotá. Se recolecta información com-

pleta de 119 cirujanos. Evaluación de 45 variables. Un 48% emplean de rutina técnica laparoscópica, recidiva de hasta 6,5%, un 94% se consideran competentes y 21% ha recibido compensación de la industria, entre otros resultados. Se describen tablas de frecuencias de técnicas, utilización de materiales y escenarios clínicos diversos.

Conclusiones: En los cirujanos encuestados, existe un cambio en la evaluación y resolución del problema, comparables a las de otros países, evidenciando un alto nivel operativo en nuestro medio.

ENDOSCOPIA QUIRÚRGICA

01 - ID236

Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del sangrado digestivo del intestino delgado

Luis Fernando Pino Oliveros, Catalina Ceballos, Juliana Restrepo, Jorge Trujillo, Evaristo Bejarano, Juan Carlos Valencia, Ricardo Montenegro, Alexander Dominguez

Consortio Clinica Desa
ferpmd@gmail.com

Introducción: El sangrado del intestino delgado representa 5-10% de todas las hemorragias gastrointestinales.

Objetivos: Se ha desarrollado la guía de práctica clínica con el fin de definir el abordaje de ésta patología, basados en la mejor evidencia.

Materiales: Se utilizó la metodología de medicina basada en la evidencia para la búsqueda, revisión, adaptación y adopción de guías de práctica clínica según SING y NICE. Se evaluó con escala AGREE. Finalmente se adaptó.

Resultados: Un alto porcentaje de pacientes diagnosticados como "posible hemorragia del intestino delgado" tuvieron el origen del sangrado en lesiones olvidadas en estudios endoscopios superiores e inferiores. El rendimiento diagnóstico de la endoscopia de vías digestivas altas (EVDA) repetida en estos pacientes va desde 2 a 25 y para colonoscopia repetida oscila entre 6 y 23 %. Es apropiado usar Video Capsula Endoscópica (VCE) como la prueba de primera línea después de endoscopia y colonoscopia

superior negativa. El rendimiento diagnóstico de la enteroscopia superior varía de 3 a 70%, la mayoría de los hallazgos son lesiones vasculares. Si el origen del sangrado es el intestino delgado, debe ser tratado con terapia endoscópica. La intervención quirúrgica en la hemorragia masiva del intestino delgado puede ser útil, marcando la lesión por vía endoscópica. La enteroscopia intraoperatoria debe estar disponible en el momento del procedimiento quirúrgico.

Conclusiones: La sospecha de sangrado del intestino delgado debe evaluarse primero con una segunda visión endoscópica. La Video Capsula Endoscópica debe usarse si no se encuentra sangrado superior o inferior. El tratamiento del sangrado del intestino delgado debe ser realizado por vía endoscópica. La intervención quirúrgica debe ser considerada con la ayuda de la marcación endoscópica.

01 - ID381

Manejo mínimamente invasivo de pancreatitis necrotizante: Drenaje Endoscópico Percutáneo

Valdivieso Rueda Eduardo

Manuel Arrieta Garcia, Barrera Oscar, Arrieta Garcia Manuel
Universidad De La Sabana
manearrietao8@hotmail.com

Introducción: La pancreatitis necrotizante infectada es a menudo una secuela devastadora en la pancreatitis aguda severa. Históricamente múltiples abordajes han sido descritos, siendo la necrosectomía por vía abierta por mucho tiempo el procedimiento predilecto, a pesar de estar asociado a una alta morbilidad y mortalidad. Gracias al desarrollo de las técnicas mínimamente invasivas se ha logrado obtener una disminución en las complicaciones asociadas a la cirugía tradicional.

Objetivos: Mostrar nuestra experiencia y resultados con el uso de la técnica de mínima invasión combinada de drenaje endoscópico percutáneo para pancreatitis necrotizantes complicadas.

Materiales: Un estudio retrospectivo, descriptivo, de pacientes que cursaron con pancreatitis aguda complicada con necrosis o colecciones infectadas, en quienes el drenaje percutáneo inicial no fue exitoso, por lo que fueron intervenidos con una técnica

ca mínimamente invasiva endoscópica percutánea combinada. Se recolectaron datos demográficos, etiología de la pancreatitis, tamaño de la colección, número de intervenciones, complicaciones y mortalidad.

Resultados: En total 19 pacientes fueron llevados al procedimiento, 11 mujeres (57.8 %) y 8 hombres (42.2 %), con una edad media de 34 años; la colección de mayor tamaño fue de 17 cm, la tasa de éxito fue del 93.8 %, 3 pacientes tuvieron complicaciones (15.7 %) y se presentó un caso de mortalidad (5.2 %).

Conclusiones: En pacientes severamente enfermos por pancreatitis necrotizante infectada, la necrosectomía pancreática, por técnica mínimamente invasiva endoscópica percutánea es segura y reproducible, con una alta tasa de éxito y una baja tasa de morbi-mortalidad, siendo un abordaje útil en el manejo de esta enfermedad.

CIRUGÍA GASTROINTESTINAL

01 - ID184

Análisis clínico de una serie de casos de pacientes con cáncer gástrico llevados a manejo quirúrgico en el Hospital Universitario Mayor (HUM), 2011-2018

Laura Niño Torres, Angela Rios Cadavid, Monica Parrado Delgado, Gabriela Acosta Navas, Susana Rojas Lopez
Hospital Universitario Mayor- Universidad Del Rosario
ancris325@hotmail.com

Introducción: El cáncer gástrico es una neoplasia frecuente en nuestro país, sin embargo, su diagnóstico es tardío. En la actualidad, se cuenta con pocos datos descriptivos en la literatura sobre las características clínicas de estos pacientes en nuestro país.

Objetivos: Presentar un análisis descriptivo de una serie de casos de pacientes con cáncer gástrico llevados a procedimiento quirúrgico en HUM.

Materiales: Estudio de corte transversal. Evaluación de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico (histológico o por imágenes) llevadas a procedimiento quirúrgico, tanto curativo como paliativo en HUM. Descripción de datos de-

mográficos, presentación clínica, diagnóstico y manejo quirúrgico.

Resultados: Entre 2011 y 2018 se encontraron 263 pacientes, 55,5 % hombres. Sus manifestaciones clínicas fueron dolor (33 %) y sangrado digestivo (28.9 %). La localización más frecuente fue antropilórica y la histología adenocarcinoma tipo intestinal (32 %) y difuso (28 %). En 25% de los casos estaban en Estadio IV, con estudios de estadificación previos sin lesión en 56 % y con bordes de sección libres en 67 % de los casos.

Conclusiones: Nuestro estudio mostró un diagnóstico en estadios avanzados para cáncer gástrico, similar a lo reportado por la literatura, con un tratamiento quirúrgico óptimo representado por los bordes de sección libre. Este estudio cuenta con las limitaciones de un estudio retrospectivo

01 - ID219

Gastrectomía laparoscópica en el manejo del cáncer gástrico en el Hospital Universitario Erasmo Meoz, Cúcuta.

Hender Hernandez, Guillermo Labrador, Deyvis Lopez, Luis Fernando Conde, Fernando De La Hoz
Hospital Universitario Erasmo Meoz (HUEM), Cúcuta
ferivanhoz87@hotmail.com

Introducción: El cáncer gástrico ocupa el tercer puesto por incidencia entre diferentes neoplasias en Colombia. La cirugía laparoscópica, desde los años noventa, se ha instaurado como una opción para el abordaje quirúrgico curativo, con resultados oncológicos y morbimortalidad comparable a la cirugía abierta.

Objetivos: Describir la experiencia de un centro de referencia regional en el manejo del cáncer gástrico mediante la modalidad de cirugía mínimamente invasiva.

Materiales: Estudio observacional, descriptivo, tipo serie de casos, de pacientes con cáncer gástrico tratados en el Hospital Universitario Erasmo Meoz de Cúcuta, entre noviembre de 2014 y abril de 2018.

Resultados: Cien pacientes llevados a gastrectomía laparoscópica, el 60 % eran hombres, la edad

promedio fue de 61 años y 43 % menores de 65 años. En 73 % de los casos se realizó gastrectomía total y en 27 % una gastrectomía subtotal. Cuatro pacientes requirieron conversión a cirugía abierta por infiltración local. El tiempo quirúrgico promedio fue 240 minutos. No se registró mortalidad intraoperatoria. El tipo histológico más común fue adenocarcinoma tipo intestinal (58 %) con invasión linfovascular en 86 %. El tamaño promedio del tumor fue de 6.5 centímetros. Los promedios de margen proximal y distal fueron 6 cm y 4 cm respectivamente. La mediana de ganglios extirpados fue 25 y afectación de una media de 4 ganglios. Solo 3 % presentaron complicaciones postquirúrgicas, dadas por sangrado.

Conclusiones: La gastrectomía laparoscópica es una técnica con resultados comparables al abordaje abierto en el tratamiento del cáncer gástrico, con resultados oncológicos similares a los reportados en la literatura, además de beneficios en la oportunidad de recuperación y dolor posoperatorio.

01 - ID222

Utilidad de la laparoscopia versus Tomografía computadorizada para la detección de enfermedad peritoneal en pacientes con adenocarcinoma gástrico avanzado

Jose Luis Espinosa Bautista, Liliana Maria Suarez Olarte, Raul Enrique Guevara Castro, Freddy Orlando Mendivelso
Fundacion Universitaria Sanitas - Clinica Universitaria Colombia
hozezito@gmail.com

Introducción: El adenocarcinoma gástrico es una de las neoplasias más frecuentes en el mundo. La tomografía computadorizada (TAC) abdominal contrastada es el estándar para su estadificación; tiene sensibilidad de 30 a 73 % y especificidad de 83 a 100 %. La laparoscopia ha detectado hasta 30% de enfermedad metastásica negativa en imágenes. Nuestra institución realiza estadificación de rutina con TAC y laparoscopia con lavado peritoneal.

Objetivos: Determinar la utilidad de la laparoscopia para detección de carcinomatosis peritoneal en pacientes con adenocarcinoma gástrico avanzado en un centro de referencia

Materiales: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, en donde se analizó la totalidad de las historias clínicas de pacientes con cáncer gástrico entre los años 2013 y 2016 en nuestra institución, se confrontó el hallazgo de la laparoscopia diagnóstica con TAC abdominal, buscando los falsos negativos para enfermedad peritoneal

Resultados: Fueron incluidos 94 pacientes con adenocarcinoma gástrico en el estudio; la localización corporal fue la más frecuente (47,9 %). La TAC reportó estadio T3 en 56,4 %, No en 55,3 % y Mo 97,9 %. La laparoscopia reportó estadio T3 en 43,6 %, la presencia de ganglios comprometidos fue 56,4 % y la presencia de carcinomatosis peritoneal (M1) fue 11,7 %

Conclusiones: Un radiólogo experimentado muestra alta detección de enfermedad peritoneal, pero la laparoscopia detecta hasta 11 % de la misma no evidente por imágenes. El lavado peritoneal no prolonga el tiempo quirúrgico ni agrega morbilidad, por lo que favorece su realización rutinaria. Podemos recomendar la laparoscopia en pacientes con TAC negativo, evitando cirugía en casos de enfermedad irreseccable. La laparoscopia tiene impacto positivo en el manejo integral del cáncer gástrico, acorde a lo que reporta la literatura mundial

01 - ID548

Manejo de pacientes con falla intestinal. Clínica Los Nogales de Bogota D.C.

Orlando Alberto Velasquez Jimenez, Juan Carlos Ayala
Clinica Los Nogales
orlabeto@hotmail.com

Introducción: La falla intestinal se define como la reducción de la función digestiva para la absorción de macro nutrientes, agua y electrolitos, por debajo de los mínimos necesarios y requiere manejo con suplementación nutricional intravenosa para mantener la salud y el crecimiento. La incidencia de esta condición actualmente viene en aumento, con unas altas tasas de morbimortalidad y altos costos de atención.

Objetivos: Demostrar cómo el modelo de atención de los pacientes con falla intestinal en centros de rehabilitación intestinal, tiene óptimos resultados en

la recuperación de la función digestiva.

Materiales: Desde hace tres años en la Clínica los Nogales se constituyó un centro de Falla Intestinal y presentamos nuestra experiencia en el manejo de este tipo de pacientes con fistulas postquirúrgicas de cirugía abdominal, basado en un modelo de atención: médico, soporte nutricional, quirúrgico y fisioterapia.

Resultados: Presentamos nuestra experiencia de 6 pacientes con falla intestinal por fistulas entero cutáneas y entero atmosféricas, postquirúrgico de cirugía abdominal, donde se aplicó el modelo de atención, con recuperación de la función digestiva.

Conclusiones: La atención en centros especializados de rehabilitación intestinal basada en un modelo multidisciplinario para el manejo de los pacientes con falla intestinal ha demostrado buenos resultados para la recuperación de la función digestiva.

01 - ID587

Cirugía ambulatoria de hiato esofágico: el camino hacia el futuro. Experiencia de los primeros 30 casos en clínica universitaria Colombia.

Liliana Suarez, Jorge Vargas, German Jiménez, Raúl Guevara, Cristina Padilla, Francisco Petano
Fundacion Universitaria Sanitas
judithpa2014@gmail.com

Introducción: La experiencia en cirugía ambulatoria en otros procedimientos ha permitido desarrollar protocolos aplicables a la cirugía del hiato esofágico, convirtiéndola en un procedimiento seguro en instituciones donde se cuenta con grupos de excelencia en el manejo de esta patología.

Objetivos: Mostrar la experiencia de cirugía laparoscópica ambulatoria de hiato, en una institución universitaria de IV nivel, describiendo los desenlaces de una cohorte.

Materiales: Se realizó un estudio descriptivo en una cohorte histórica de pacientes llevados a cirugía laparoscópica de hiato ambulatoria en los últimos 2 años y medio. Se describió el protocolo utilizado en nuestra institución, las características demográficas, indicaciones quirúrgicas, los tipos de procedimien-

tos realizados, la morbilidad, porcentaje de reingresos y necesidad de reintervención.

Resultados: En los últimos 2 años y medio se realizaron 30 cirugías de hiato por laparoscopia ambulatorias. La principal indicación fue la enfermedad por reflujo gastroesofágico acompañada de hernia hiatal. El 83 % fue llevado a procedimiento de Nissen, el 13 % a procedimientos de Heller y el 4 % a procedimiento de Toupet. Durante el tiempo de estudio se registraron tres reingresos, dos de ellos relacionados con el procedimiento quirúrgico. No se reportó mortalidad.

Conclusiones: Las lecciones aprendidas de programas de cirugía laparoscópica ambulatoria en colecistectomía y cirugía bariátrica, entre otras, han permitido desarrollar nuevos protocolos para su aplicación en procedimientos como la cirugía de hiato. Es así como en la literatura se encuentran diferentes reportes que avalan la factibilidad de esta cirugía en el contexto ambulatorio, respaldando su seguridad. Basados en nuestras experiencias, desarrollamos un protocolo de manejo ambulatorio con adecuados estándares de seguridad.

BARIÁTRICA

01 - ID24

Disminución de la incidencia de hernia interna de Petersen en baipás gástrico para la obesidad mórbida en un hospital de tercer nivel en Medellín – Colombia

Carlos Lopera, Mauricio Pedraza Ciro, Luis Felipe Cabrera, Sebastian Sanchez Ussa, Jean Vergnaud
Universidad El Bosque
mpedraza93@gmail.com

Introducción: Las hernias internas (HI) son complicaciones tardías de la cirugía bariátrica y se manifiestan como un dolor abdominal difuso o como obstrucción intestinal. Tienen una incidencia importante y son cada vez más frecuentes en pacientes llevados a baipás gástrico laparoscópico (BPGL). Para este estudio es relevante la hernia de Petersen; algunos estudios la describen como la hernia interna más frecuente.

Objetivos: Mostrar la experiencia de un centro hospitalario de tercer nivel cerrando el espacio de Petersen como estrategia de prevención en la aparición de hernias.

Materiales: Estudio retrospectivo observacional descriptivo, en donde a 667 pacientes llevados a BPGL se les divide en dos grupos. Al primer grupo no se le realizó el cierre y al segundo se le hizo un cierre laparoscópico del espacio de Petersen con sutura continua no absorbible de tipo polipropileno, con el objetivo de determinar el número de hernias presentadas y definir si el cierre de este ha disminuido su incidencia.

Resultados: Fueron llevados a BPGL 667 pacientes, de los cuales 5 presentaron HI. Se analizan los resultados y se compara los resultados de nuestra institución con los reportados en la literatura médica mundial.

Conclusiones: El cierre del espacio de Petersen con puntos continuos de sutura no absorbibles es una técnica útil, segura y eficaz para prevenir la aparición de HI en el postoperatorio del BPGL.

01 - ID127

Cambios en las variables de riesgo cardio/metabólico medidas por densitometría corporal total (DXA) en pacientes sometidos a gastrectomía vertical tipo manga por laparoscopia.

Ricardo Nassar Bechara, Ernesto Pinto Lesmes, Juan Sebastián Díaz Mescias, Juan David Linares Ramírez, Samuel Rey Robledo, Andres Mauricio Garcia Sierra, Juan David Hernández Restrepo

Hospital universitario Fundación Santa Fe de Bogotá
ernestopintol@hotmail.com

Introducción: En la actualidad, se han identificado múltiples factores de riesgo cardio/metabólico asociados a la composición de masa corporal en pacientes obesos. Es importante medir el comportamiento de estas variables antes y después de una gastrectomía vertical tipo manga por laparoscopia.

Objetivos: El objetivo de este estudio es describir el comportamiento de estas variables posterior a una gastrectomía vertical tipo manga por laparoscopia.

Materiales: Se realizó un estudio observacional de corte transversal con las bases de datos del grupo de cirugía bariátrica del Hospital Universitario Fundación Santa de Bogotá. Las variables sociodemográficas y aquellas relacionadas con el riesgo cardio/metabólico (tejido adiposo visceral e índice androide/ginecoide) medidas por densitometría corporal total se identificaron en todos los pacientes. Se llevó a cabo un análisis estadístico utilizando el software SPSS 24.

Resultados: Se analizó una muestra de 45 pacientes, distribuidos entre 8 hombres y 37 mujeres, con una edad promedio de 42 años para ambos sexos. El IMC promedio inicial fue de 35,12 Kg/m² con una pérdida promedio de 9 puntos por año después de la cirugía. En relación a las variables cardio/metabólicas en promedio, los pacientes perdieron 681 gramos de tejido adiposo visceral y disminuyeron 0.17 puntos de índice androide/ginecoide en el período de estudio.

Conclusiones: El análisis de los datos sugiere que la gastrectomía vertical tipo manga por laparoscopia impacta sobre las variables de riesgo cardio/metabólico analizadas en un período inferior a 1 año. Sin embargo, se requieren estudios con un período de seguimiento más prolongado para reafirmar la significancia estadística de estos hallazgos y la normalización de estos parámetros a largo plazo.

01 - ID246

Conversión de minibypass gástrico y banda gástrica a bypass gástrico

Andres Felipe Salazar, Alfonso Marquez, Ricardo Metke Jimenez

Hospital Universitario San Ignacio
metke88@gmail.com

Introducción: La cirugía bariátrica es cada vez más frecuente dado el aumento de la obesidad a nivel mundial. Con el pasar del tiempo las técnicas quirúrgicas han cambiado, por la mayor eficacia a largo plazo, de una sobre otra. Algunos de los procedimientos aceptados y realizados previamente incluían el mini bypass y la colocación de banda gástrica, sin embargo, se ha evidenciado que estos

procedimientos tienen fallas en el seguimiento y requieren conversión a procedimiento de mayor efectividad. A diferencia de lo anterior, técnicas como el bypass gástrico han demostrado eficacia en el tratamiento, con pocas complicaciones, ligado a la experiencia del cirujano.

Objetivos: Presentar un caso clínico de conversión de minibypass/banda gástrica a bypass gástrico en el hospital Universitario de San Ignacio (HUSI). Mostrar el cambio de procedimientos bariátricos según la literatura mundial.

Materiales: Se documentó el proceso diagnóstico y la indicación de conversión. Se registraron procedimientos realizados y se obtuvo el consentimiento informado.

Resultados: Hubo registro del procedimiento realizado y seguimiento de las pacientes, evidenciando eficacia del mismo. Se observó la mayor realización de bypass gástrico en el HUSI.

Conclusiones: Los procedimientos quirúrgicos bariátricos han cambiado con el pasar de los años, dada su efectividad a largo plazo. Se ha visto la necesidad de realizar procedimientos de conversión a procedimientos con mayor efectividad, como el bypass gástrico, para poder lograr los objetivos de los pacientes. Se puede ver cómo en centros con cirujanos de experiencia, como el hospital Universitario de San Ignacio, se pueden realizar estos procedimientos de alta complejidad, sin complicaciones y con buenos desenlaces en los pacientes.

01 - ID404

Experiencia en cirugía bariátrica y revisional robótica

Ruben Luna, Carlos Luna Jaspe, Luis Felipe Cabrera Vargas, Daniel Gomez
Clínica Shaio
luis.felipe.cabrera@hotmail.com

Introducción: En la última década, la tecnología robótica se ha aplicado en diferentes campos de la cirugía, sin embargo, en cirugía bariátrica su uso es controversial, ya que la mayoría de los cirujanos prefieren el abordaje laparoscópico, el cual no requiere una alta complejidad y presenta menores costos.

Objetivos: Mostrar nuestra experiencia en cirugía bariátrica y revisional robótica y sus ventajas.

Materiales: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional descriptivo, de los pacientes llevados a cirugía bariátrica y revisional robótica en los últimos 5 años, evaluando variables como tiempo quirúrgico, sangrado, complicaciones posoperatorias, estancia hospitalaria, dolor posoperatorio, mortalidad y necesidad de UCI.

Resultados: Los procedimientos robóticos en cirugía bariátrica y revisional se asociaron con una mejor ergonomía para el cirujano, mejor exposición de la anatomía, una disección más fina de los tejidos, menor sangrado, mayor tiempo quirúrgico y un mayor costo.

Conclusiones: La cirugía bariátrica y revisional robótica es un campo todavía en desarrollo. Para la mayoría de los casos, la cirugía robótica presenta los mismos resultados que la cirugía laparoscópica convencional, sin embargo, en casos seleccionados como la cirugía revisional bariátrica, pacientes con anatomía alterada y cirugías que modifican el tracto gastrointestinal, la cirugía robótica puede superar las limitaciones de disección y ergonomía de la cirugía laparoscópica y ofrecer ventajas para el cirujano, al momento de realizar este tipo de reintervenciones.

01 - ID412

Remisión de diabetes mellitus 2 en pacientes obesos llevados a bypass gástrico versus manga gástrica: seguimiento a 3 años posoperatorios

Carlos Luna Jaspe, Ruben Luna, Luis Felipe Cabrera Vargas, Camila Luna, Daniel Gomez, Alejandra Zambrano
Clínica El Bosque
luis.felipe.cabrera@hotmail.com

Introducción: En la última década, el empleo de la cirugía bariátrica con intención de tratar la diabetes mellitus 2, se ha popularizado gracias a las observaciones clínicas de la mejoría radical de la hiperglicemia en los pacientes, independientemente de la pérdida de peso. Sin embargo, existe controversia en el tipo de cirugía a realizar.

Objetivos: Comparar la eficacia a 3 años del bypass gástrico versus la manga gástrica en la remisión de la diabetes mellitus 2 en pacientes obesos.

Materiales: Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo retrospectivo, con los pacientes llevados a cirugía bariátrica, del año 2014 al 2015. Se incluyeron 32 pacientes, en dos grupos, uno de 27 pacientes llevados a manga gástrica y 5 pacientes llevados a bypass gástrico, realizando un seguimiento posoperatorio de 3 años, evaluando los criterios de remisión para diabetes mellitus tipo 2 en cada grupo.

Resultados: El grupo de pacientes de bypass gástrico presentó un mayor tiempo quirúrgico y sangrado intraoperatorio que el grupo de manga gástrica. El porcentaje de remisión de la diabetes mellitus tipo 2 fue de 80 % de éxito para el bypass gástrico y un 92.6 % para el grupo de manga gástrica.

Conclusiones: La cirugía metabólica es un método eficaz para el manejo de la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes obesos, mostrando que la manga gástrica tiene un control glicémico similar al bypass gástrico a 3 años de seguimiento, sin los requerimientos de suplencia nutricional a largo plazo.

01 - ID434

Barreras de acceso al paciente para cirugía bariátrica

Andrés Felipe Salazar García

Hospital Universitario San Ignacio - Pontificia Universidad Javeriana
anfesaga@hotmail.com

Introducción: A pesar que la obesidad es un problema de salud pública en Colombia, persisten barreras que impiden que los pacientes lleguen a tener acceso al tratamiento más efectivo para esta enfermedad, que es la cirugía bariátrica.

Objetivos: Analizar cuáles son las barreras de acceso que en nuestro medio tienen los pacientes, para que puedan acceder a los tratamientos óptimos de obesidad, principalmente a los de índole quirúrgicos.

Materiales: Análisis de la población llevada a cirugía en el Hospital Universitario San Ignacio, con valoración subjetiva de las probables barreras que impiden un acceso más pertinente a la cirugía de obesidad.

Resultados: Se analiza la base de datos de pacientes bariátricos de la Clínica de obesidad, en la que se evidencia que hay barreras de acceso a cirugía, las cuales se pueden clasificar en dependientes del paciente, del sistema de salud y de los profesionales de la salud.

Conclusiones: Se debe trabajar en nuestro medio para tratar de romper los impedimentos para que los pacientes con obesidad sean tratados de manera óptima.

01 - ID592

Comportamiento de la pérdida de peso en los paciente intervenidos con cirugía bariátrica en un hospital de tercer nivel. Neiva, Huila 2013-2016

Rolando Medina, Hector Conrado Jimenez, Leidy Cristina Sanchez

Universidad Surcolombiana
heconjisan@gmail.com

Introducción: La obesidad es el exceso de tejido adiposo perjudicial para la salud y su tratamiento busca asegurar la pérdida de peso. Su alta prevalencia en adolescentes, exige que las intervenciones sean efectivas y seguras. La cirugía bariátrica, actualmente es una estrategia válida y efectiva en pacientes que no responden a los tratamientos convencionales.

Objetivos: Determinar el comportamiento de la pérdida de peso en pacientes intervenidos con cirugía bariátrica en Hospital de III nivel de Neiva, entre el año 2013 y 2016.

Materiales: Estudio, observacional, corte transversal, retrospectivo, pacientes manejados con cirugía bariátrica, entre los años 2013 y 2016, en un hospital de III nivel.

Resultados: Fueron intervenidos con cirugía bariátrica 86 pacientes en 3 años, donde el 74,4 % recibieron bypass gástrico (BGL) y el 25,6 % manga gástrica (SGL). El 80,2 % eran mujeres y la edad promedio fue de 36 años. Las comorbilidades más frecuentes fueron enfermedades osteoarticulares (82 %) e hipertensión arterial (36 %). Se determinó que el grupo con mejor resultado ("óptimo") (%EPP (%exceso de peso perdido) 50% al año) fue el BG

($p=0.026$) y que la mayor pérdida de peso se logró en el grupo de pacientes sometidos a BG, con diferencia estadísticamente significativa.

Conclusiones: La cirugía bariátrica es una estrategia útil para el manejo de pacientes con obesidad mórbida, sin embargo, el bypass gástrico logró mejores resultados estadísticamente significativos en cuanto al %EPP al año en comparación con la manga gástrica, datos que se correlacionan con la tendencia mundial en cuanto a este tipo de intervenciones.

COLON Y RECTO

01 - ID199

Guías de práctica clínica basadas en la evidencia para el diagnóstico y tratamiento de diverticulitis aguda complicada y no complicada

Jorge Hernan Trujillo Vidal, Juan Carlos Valencia S., Javier Alexander Dominguez, Luis Fernando Pino Oliveros, Catalina Ceballos Muriel, Juliana Restrepo, Evaristo Carlos Bejarano, Ricardo Montenegro

Consorcio Clínica Nueva Rafael Uribe Uribe – Clínica Desa – Cali
jorgito20@gmail.com

Introducción: La diverticulitis aguda se caracteriza por la inflamación de los divertículos colónicos, generando dolor abdominal, distensión, fiebre, taquicardia e incluso compromiso sistémico, dependiendo de su severidad. Se consideran los factores de estilo de vida elementos clave para el desarrollo de diverticulosis y sus complicaciones. Una dieta baja en fibra, juega un rol principal en muchos estudios de casos y controles dietarios prospectivos. También se han asociado múltiples factores genéticos y otros como trastorno de la motilidad intestinal y el efecto mecánico de erosión por fecalitos, pudiendo producir diverticulitis. Es deber de nuestras instituciones de salud unificar conceptos y tratar a los paciente con Medicina Basada en la Evidencia para impactar en mortalidad, morbilidad y mejorar eficiencia de nuestras instituciones frente dichas patologías.

Objetivos: Disminuir la mortalidad y morbilidad asociada a diverticulitis aguda. Erradicar la variabilidad clínica. Mejorar la eficiencia en diagnóstico y

diferenciar entre diverticulitis aguda no complicada y complicada. Unificar conceptos en cuanto a tratamiento de diverticulitis aguda. Lograr equipos de trabajo para el manejo

Materiales: Búsqueda de la literatura de los últimos 5 años, encontrando 12 guías de práctica clínica; se aplicaron los respectivos filtros obteniendo una guía madre y 1 guía de apoyo para la elaboración final de la guía.

Resultados: Se obtiene la guía práctica de medicina basada en la evidencia, para ser implementada en nuestra institución.

Conclusiones: Esta guía posee el rigor científico suficiente para ser implementada en nuestra institución y para ser puesta a discusión por los cirujanos del país.

HEPATOBIILIAR

01 - ID18

Manejo laparoscópico de quistes del coledoco: serie de casos y revisión de la literatura

Daniel Gomez, Luis Cabrera, Ricardo Villarreal, Eric E. Vinck, Mauricio Pedraza, Sebastian Sanchez, Jean Pulido

Clínica El Bosque
evinck518@gmail.com

Introducción: Los quistes del colédoco (CC) son dilataciones congénitas de los conductos biliares con compromiso intrahepático o extrahepático. Los estudios han mostrado mayor tiempo quirúrgico por esta vía, pero una menor morbilidad posoperatoria, con un mejor control del dolor y menos incidencia de infección del sitio operatorio, en pacientes idealmente con quistes del colédoco tipo I y IV.

Objetivos: Analizar el abordaje quirúrgico del manejo de quistes de colédoco y describir los resultados y experiencia con nuestros pacientes.

Materiales: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo, descriptivo, incluyendo los pacientes llevados a resección de quistes del colédoco más reconstrucción avanzada de la vía biliar por laparoscopia en nuestra institución, desde enero de 2015 hasta

diciembre de 2017. Se evaluaron las variables: tipo de quiste del colédoco, método diagnóstico, tiempo quirúrgico, complicaciones (fistula), tiempo de estancia en UCI, tiempo de estancia hospitalaria, re intervención y mortalidad.

Resultados: Durante el periodo de enero de 2012 a diciembre de 2017, se diagnosticaron 4 pacientes adultos con quistes del colédoco. El 75 % fueron Todani tipo I y un 25 % Todani IVb, sin otras malformaciones asociadas. Fueron diagnosticados en un 50 % por CPRE y otra 50 % por CRMN. Todos fueron llevados a resección del quiste del colédoco con reconstrucción bilioentérica tipo hepaticoyeyunostomía en Y de Roux en un solo tiempo quirúrgico. Sin reintervenciones quirúrgicas.

Conclusiones: La resección completa del quiste y la reconstrucción bilioentérica en Y de Roux por vía laparoscópica es un método efectivo y seguro.

01 - ID20

Exploración biliar mas cierre primario y reconstrucción por laparoscopia en patología biliar benigna

Daniel Gomez, Luis Cabrera, Ricardo Villarreal, Eric E. Vinck, Andres Urrutia, Sebastian Sanchez, Mauricio Pedraza
Clínica El Bosque
evinck518@gmail.com

Introducción: En la era de la cirugía laparoscópica, en el manejo de las diversas patologías de las vías biliares, las condiciones que afectan el conducto biliar común (CBC), son un tópico de particular importancia debido a la complejidad de su abordaje quirúrgico. Con los avances en instrumentación y habilidades laparoscópicas, el uso de este abordaje en la exploración de vías biliares, ha emergido como una alternativa, más segura, confiable y costoefectiva.

Objetivos: Describir nuestra experiencia y técnicas quirúrgicas laparoscópicas para el manejo complejo de vías biliares con cierre primario.

Materiales: Se llevó a cabo un estudio donde se incluyeron los pacientes sometidos a manejo laparoscópico de la vía biliar por patología benigna, como lesiones iatrogénicas de la vía biliar y coledocolitia-

sis no resuelta por CPRE, exploración de vía biliar posterior a CPRE fallida con cierre primario, coledocoduodenostomía y hepaticoyeyunostomía en Y de Roux por laparoscopia.

Resultados: Durante el periodo de junio de 2014 a abril de 2018 se intervinieron quirúrgicamente 195 pacientes por vía laparoscópica para el manejo de patologías benignas de la vía biliar. El 56,9 % de los procedimientos realizados fueron exploraciones de la vía biliar más coledocotomía con cierre primario por laparoscopia, el 36,9 % fueron coledocoduodenostomías por laparoscopia y el 6,2 % fueron hepaticoyeyunostomías.

Conclusiones: El manejo laparoscópico de la exploración y cierre primario de la vía biliar es posible y beneficioso para los pacientes, teniendo en cuenta los equipos disponibles y la experiencia y destreza del cirujano.

01 - ID200

Pancreatoduodenectomía cefálica: experiencia de 6 años en un centro alto volumen de Cirugía Hepatopancreatobiliar

Luis Manuel Barrera, Jaime Alberto Ramirez, Fabio Alejandro Vergara, Mauricio Francisco Duque, Camilo Andres Tarazona
IPS Universidad de Antioquia - Clínica León XIII
luismmanuelbarrera@gmail.com

Introducción: La pancreatoduodenectomía cefálica es la piedra angular para el manejo y potencial curación de las neoplasias periampulares. Cirujanos o centros de alto volumen para pancreatoduodenectomía tiene mejores resultados perioperatorios.

Objetivos: Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes que fueron llevados a pancreatoduodenectomía cefálica en un centro de alto volumen de Cirugía Hepatobiliopancreatita en Medellín.

Materiales: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo entre enero de 2012 y marzo de 2018 de los pacientes a quienes se les realizó pancreatoduodenectomía cefálica por causa benigna o maligna. Se evaluaron como desenlaces complicaciones perioperatorias como fistula pancreática, gastroparesia, y sangrado postoperatorio.

Resultados: Se identificaron 131 pacientes a quienes se les realizó pancreatoduodenectomía. El 77.8% de las cirugías fueron realizadas por enfermedad maligna, siendo el carcinoma de páncreas la causa más frecuente (46 pacientes). El promedio de edad fue 60 años y 57.2 % fueron mujeres. El sangrado promedio fue 300 ml y el promedio de tiempo operatorio fue de 300 minutos. En III (84.7%) pacientes se realizó preservación de píloro. Ciento veinte pacientes (91.6%) no tuvieron sangrado. La frecuencia de no complicaciones o complicaciones menores fue del 79.4%, veintisiete (20.6%) pacientes presentaron complicaciones tipo III, IV y V. Se presentaron fistulas pancreáticas clínicamente significativas (tipo B y C) solamente en el 19.1 % (25 pacientes). Se presentó gastroparesia en el 12.9 % (tipo A en 7.6 % y tipo B en 5.3 %).

Conclusiones: La pancreatoduodenectomía cefálica es un tratamiento seguro para el manejo de neoplasias periampulares en centros de alto volumen de cirugía hepatobiliopancreática.

01 - ID204

Factores asociados a fistula pancreática posterior a pancreatoduodenectomía en un centro de alto volumen de cirugía hepatobiliopancreática en Medellín

Luis Manuel Barrera, Jaime Alberto Ramirez, Fabio Alejandro Vergara, Mauricio Francisco Duque, Camilo Andres Tarazona
IPS Universidad de Antioquia - Clínica León XIII
luismanuelbarrera@gmail.com

Introducción: La fistula pancreática en la complicación más frecuente después de una pancreatoduodenectomía cefálica. Su rango de frecuencia esta entre 3 y 45 % en centros de alto volumen.

Objetivos: Describir el comportamiento clínico de los pacientes que presentaron fistula pancreática posterior a pancreatoduodenectomía y explorar los factores asociados al desarrollo de fistula en un centro de alto volumen de cirugía hepatobiliopancreática en Medellín.

Materiales: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de los pacientes a quienes se les realizó pancreatoduodenectomía entre enero

de 2012 y marzo de 2018 y que presentaron fistula pancreática. Se exploraron factores como el sangrado, tipo de páncreas, causa de cirugía, diámetro del ducto y Score de fistula.

Resultados: Se identificaron 131 pacientes con cirugía de Whipple. El 47.3 % (62 pacientes) presentaron fistula pancreática. Treinta y ocho (60.3 %) tenían fistula tipo BL, 28.5 % tipo B y 11.1 % tipo C. En el 53.3 % de las fistulas se realizó su diagnóstico con amilasas del día 3, 9.7 % con amilasas al día 5, y el 20.9 % de ellas tuvieron presentación atípica. Los factores asociados para el desarrollo de fistula pancreática posterior a pancreatoduodenectomía fueron diámetro del ducto (OR 1.07; $p < 0.001$), tipo de páncreas (OR 0.19; $p < 0.01$) y el Score de riesgo (OR 1.8; $p < 0.02$).

Conclusiones: La anticipación del riesgo de fistula pancreática posterior a pancreatoduodenectomía con el Score puede predecir potenciales complicaciones fatales en pacientes de alto riesgo para fistula.

01 - ID332

Relación de hallazgos de coledocolitiasis en colangiografía en pacientes clasificados con riesgo intermedio de coledocolitiasis en el Hospital Universitario Mayor de Mederi entre los años de 2015 y 2017

Susana Rojas, Angela Cristina Rios Cadavid, Felipe Giron, Ana Maria Vargas, Juan Sebastian Diaz, Diana Velasquez, Fernando Gutierrez
Universidad Del Rosario
felipegiron15@gmail.com

Introducción: La colelitiasis la padece en promedio el 20 % de la población y se asocia con coledocolitiasis en el 20 % de los casos, siendo su forma de presentación en casi el 50 % de los pacientes. Su diagnóstico y manejo requiere nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas, cada vez menos invasivas.

Objetivos: Determinar la relación entre los hallazgos en la colangiografía en pacientes clasificados con riesgo intermedio de coledocolitiasis en el Hospital Universitario Mayor de Mederi entre los años de 2015 y 2017.

Materiales: Estudio observacional analítico de corte transversal, donde se incluyeron los paciente con riesgo intermedio de coledocolitiasis entre los años 2015 y 2017. Se describen las variables de datos demográficos, función hepática, ecografía, colangiografía y hallazgo de coledocolitiasis.

Resultados: Se analizaron las historias clínicas encontrando una distribución similar entre hombres y mujeres. El riesgo intermedio de coledocolitiasis fue dado por las alteraciones del perfil hepático y los hallazgos ecográficos. Se observó que los pacientes con riesgo intermedio de coledocolitiasis no cursaban con obstrucción de la vía biliar.

Conclusiones: El riesgo intermedio es un diagnóstico que requiere toma de imágenes adicionales para orientar un adecuado manejo. Es por esto que se requiere estudios que identifiquen las variables que más se relacionan con la presencia de coledocolitiasis.

01 - ID368

Diagnostico y manejo laparoscópico de fistula colecistoduodenal: Una mirada desde la experiencia de un centro universitario.

Jaime Andres Muskus, Oscar Luis Padron, German Jimenez Sanchez, Andres David Lasso, Pablo Camilo Gutiérrez
Clinica Universitaria Colombia
pcga_01@hotmail.com

Introducción: La patología biliar es uno de los escenarios a los que más se ve enfrentado el cirujano general. La fistula colecistoentérica, definida como un trayecto espontáneo entre la vesícula biliar inflamada y alguna parte del tracto gastrointestinal, es una complicación poco frecuente de la colelitiasis. La incidencia reportada en la literatura de las fistulas colecistoentéricas varía entre 0.5 y 0.9 % y de estas, la más frecuente es la colecistoduodenal, comprometiendo hasta el 80 % de los casos.

Objetivos: Describir tres casos de fistula colecistoduodenal, su aproximación diagnóstica y abordaje quirúrgico laparoscópico en la Clínica Colombia.

Materiales: Pacientes con fistula colecistoduodenal y colelitiasis, que presentaron síndrome biliar obstructivo y fueron llevados a manejo quirúrgico

laparoscópico. Al mismo tiempo se realizó una revisión de la literatura sobre esta patología inusual.

Resultados: Tres casos de fistula colecistoduodenal, sin diagnóstico previo, manejados de forma laparoscópica, con adecuados resultados postoperatorios sin evidencia de dehiscencias y corta estancia hospitalaria.

Conclusiones: Las fistulas colecistoentéricas, y entre ellas las colecistoduodenales, son complicaciones poco frecuentes, que requieren un adecuado enfoque diagnóstico. Se cuenta con diferentes opciones de manejo, dependiendo de la complejidad del caso. El abordaje laparoscópico representa una buena opción, con resultados óptimos, por lo que se resalta la importancia del entrenamiento laparoscópico en el abordaje de la vía biliar, proceso que debe iniciar desde los primeros años de formación como cirujano.

01 - ID384

Rendimiento diagnóstico de los criterios de Atlanta para clasificar la severidad en pancreatitis aguda, en pacientes del Hospital Universitario Mayor Méderi

Cindy Rueda, Angela Cristina Rios Cadavid, Felipe Giron
Universidad Del Rosario
ancris325@hotmail.com

Introducción: La severidad en la pancreatitis aguda actualmente se determina con los criterios de Atlanta, según la presencia de falla orgánica en el paciente; sin embargo, consideramos que esta severidad al ingreso no se correlaciona con la evolución clínica de los pacientes, por la altitud de la ciudad de Bogotá. Se pretendió determinar el rendimiento diagnóstico de los criterios de Atlanta en una población en Hospital Universitario Mayor Méderi, para evaluar si esta afirmación es cierta.

Objetivos: Determinar el rendimiento diagnóstico de los Criterios de Atlanta 2012 para clasificación de la severidad de la pancreatitis, en pacientes atendidos en el Hospital Universitario Mayor Méderi, según su evolución clínica.

Materiales: Se realizó un estudio observacional, analítico, de prueba diagnóstica, a partir de la reco-

lección retrospectiva de datos de 120 pacientes con pancreatitis aguda atendidos en la institución, según cálculo de la muestra.

Resultados: El promedio de edad de los pacientes fue 62.8 años, con DE 18 años, y el 53,3 % fueron de género femenino. Al comparar la evolución clínica de los pacientes con los criterios de Atlanta, estos últimos mostraron una sensibilidad de 32 % para los pacientes clasificados como severos, en contraste con una especificidad que se extiende al 3 % y con un índice de exactitud de 10 %.

Conclusiones: Los resultados nos llevan a cuestionar si la clasificación de Atlanta es la adecuada para la estratificación de severidad de los pacientes en el Hospital Universitario Mayor por ser Bogotá a una altitud diferente que el nivel del mar.

01 - ID415

Caracterización clínica y sociodemográfica de pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en el Hospital Universitario Erasmo Meoz de Cúcuta

Gilmar Acevedo, Lizeth Barrera, Lorena Silva, Hender Hernández, Luis Fernando Conde, Guillermo Labrador, Hanner Acevedo

Hospital Universitario Erasmo Meoz. Cúcuta - Universidad de Pamplona

gilmaracevedo20@gmail.com

Introducción: La colecistectomía laparoscópica es el procedimiento laparoscópico más realizado en Colombia, pese a ello no existen reportes en nuestra ciudad sobre caracterización y rendimiento de la misma. Presenta morbilidad y mortalidad equivalentes al abordaje abierto, con tasas de conversión aproximadas al 10 %, aunque mayor incidencia de lesiones de vía biliar.

Objetivos: Describir las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en el Hospital Universitario Erasmo Meoz de Cúcuta.

Materiales: Estudio observacional descriptivo, retrospectivo, tipo serie de casos, de pacientes con litiasis vesicular, quienes recibieron abordaje quirúrgico laparoscópico en el Hospital Erasmo Meoz de Cúcuta entre Septiembre de 2014 y Febrero de 2018.

Resultados: Se realizaron 437 colecistectomías laparoscópicas, principalmente en mujeres menores de 65 años de edad, dos tercios de los cuales carecían de comorbilidades. En el 89.9 % de pacientes se pudo completar el procedimiento laparoscópico, con las restantes conversiones mayormente por adherencias e inflamación importante. El hallazgo macroscópico más frecuente fue colelitiasis (45,3 %). El resultado de patología más frecuente fue colecistitis en 98.4 %, con un reporte incidental de adenocarcinoma. Hubo complicaciones globales en el 3 %, pero solo el 1.4 % asociadas a la intervención quirúrgica, sin necesidad de reintervención. El tiempo quirúrgico promedio fue 1.26 horas, con mayor longitud de estancia postoperatoria en hombres y mayores de 65 años.

Conclusiones: La colecistectomía laparoscópica en nuestro medio presenta morbimortalidad reducida, con menor incidencia de complicaciones mayores, tasas de conversión y rendimiento similares a los reportados en la literatura universal.

01 - ID562

Predictores de infección del sitio operatorio en cirugía hepatobiliopancreática: análisis de una cohorte prospectiva en la IPS universitaria

Jaime Alberto Ramírez Arbeláez, Luis Manuel Barrera Lozano, Fabio Alejandro Vergara Suárez, Camilo Tarazona Bautista, Mauricio Francisco Duque Villalobos, Magally Andrea Ortíz Parra

IPS Universitaria Clínica Leon XIII

jaimer91@hotmail.com

Introducción: La cirugía hepatobiliopancreática siempre ha sido considerada como un procedimiento de alto riesgo, con una morbilidad asociada de 30 a 60 %. Luego de hepatectomía, las tasas de infección varían entre 4 y 20%, los índices de infección del sitio operatorio para cirugía pancreática están entre 2 y 14 % (algunas series alcanzan hasta 28 %), y en cirugías complejas de la vía biliar pueden ser del 24 %.

Objetivos: Evaluar los principales factores de riesgo asociados a las infecciones operatorias en una cohorte prospectiva de pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente en el programa de cirugía hepatobiliopancreática.

Materiales: Estudio observacional, analítico, prospectivo, de los pacientes que fueron llevados a cirugía hepática, pancreática o biliar, desde agosto de 2015 hasta agosto de 2016. El evento primario a evaluar fue la presencia de infección del sitio operatorio, los eventos secundarios evaluados fueron estancia hospitalaria, sangrado posoperatorio, fistula pancreática y mortalidad. El análisis estadístico se utilizó test de chi cuadrado para las variables categóricas y la prueba de t de student para las variables cuantitativas; se utilizó un modelo logístico para el análisis multivariable.

Resultados: Se realizaron 73 procedimientos, 31 de ellos (42.4 %) en hombres y 42 (57.5 %) en mujeres; la edad promedio fue de 57.2 años. Fueron 22 (30.1 %) hepatectomías mayores, 32 (43.8 %) pancreatoduodenectomías y 19 (26.1 %) reconstrucciones biliares; 11 (15.1 %) fueron derivados mediante CPRE. Presentaron infección de algún tipo, superficial o profunda, 20 (27 %) pacientes.

Conclusiones: Encontramos que la incidencia de infecciones del sitio operatorio es alta en nuestro servicio y que está asociada principalmente a la derivación biliar prequirúrgica, el sangrado intraoperatorio y la presencia de fistula pancreática.

01 - ID564

Cáncer de páncreas, descripción de una cohorte en la IPS universitaria

Jaime Alberto Ramirez Arbelaez, Luis Manuel Barrera Lozano, Camilo Tarazona Bautista, Fabio Vergara Suarez, Mauricio Francisco Villalobos, Magally Andrea Ortiz Parra
IPS Universitaria Clinica Leon XIII
jaimer91@hotmail.com

Introducción: El cáncer de páncreas se caracteriza por ser una enfermedad neoplásica muy agresiva, que en sus fases iniciales se desarrolla de manera silente y que, por lo general, se suele diagnosticar en estados avanzados en donde el manejo es generalmente paliativo. Aproximadamente, en 30 a 40 % de los casos se puede ofrecer tratamiento quirúrgico radical, con resultados de sobrevida no muy alentadores.

Objetivos: Describir las características clínicas, patológicas y factores pronóstico, de los pacientes

diagnosticados con cáncer de páncreas. **Materiales:** Estudio observacional, analítico, retrospectivo, desde marzo de 2011 a marzo de 2018, de los pacientes diagnosticados con cáncer de páncreas. Los resultados evaluados fueron: tipos de tumor, factores de riesgo, tipo de tratamiento, mortalidad y supervivencia.

Resultados: Se diagnosticaron 203 pacientes con cáncer de páncreas; 79 (38,91%) hombres, 124 (61,08%) mujeres; 177 (87,2 %) adenocarcinomas, 3 (1,5 %) carcinoides y 5 (2,4 %) carcinomas. Fueron tratados quirúrgicamente 54 (26,6 %); en 8 (14,8 %) se logró resección Ro. De estos, 22 (40,7 %) presentaron algún tipo de complicación posoperatoria. El tiempo promedio global de sobrevida fue 241 días, la supervivencia de los paliativos 162 días y de los pacientes quirúrgicos 462 días.

Conclusiones: El cáncer de páncreas es una enfermedad agresiva, con altas tasas de mortalidad, lográndose los mejores resultados en los pacientes a quienes se les pudo realizar cirugía curativa.

01 - ID603

Experiencia en el manejo y comportamiento epidemiológico de la colangitis aguda supurativa en el Hospital Universitario del Caribe, entre 2014 y 2017

Cesar Rafael Ensuncho Hoyos, José Carlos Posada Viana, José Belisario Solana Tinoco, Valentina Torres González, Mauricio David Díaz Carrascal, Pablo Armando Castro Álvarez, María Fernanda Mercado Díaz
Universidad de Cartagena – E.S.E Hospital Universitario del Caribe
Censunch@hotmail.com

Introducción: La colangitis aguda supurativa es una condición sistémica caracterizada por inflamación e infección de la vía biliar, de etiología obstructiva multifactorial del colédoco, que varía de una forma leve a severa, llegando a ser potencialmente mortal.

Objetivos: Describir la experiencia en el manejo y comportamiento epidemiológico de la colangitis aguda en el Hospital Universitario del Caribe, entre 2014 y 2017.

Materiales: Estudio descriptivo transversal, retrospectivo, en mayores de 18 años de edad, atendidos en el Hospital Universitario del Caribe, con diagnóstico de Colangitis aguda supurativa. Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas y de apoyo diagnóstico, utilizando una base de datos en Excel y IBM SPSS Statistics 22.0 para la estadística descriptiva; se usaron tablas de contingencia para determinar la diferencias estadísticamente significativas, usando el modelo chi cuadrado, t de Student o U de Mann-Whitney, cuando en su distribución estas cumplieran o no los criterios de normalidad respectivamente.

Resultados: Durante el análisis de datos recolectados predominó el diagnóstico de colangitis aguda supurativa en pacientes de sexo femenino; la edad media establecida fue de 56.2 años. Solo 53,9 % presentaron triada de Charcot y 6,3 % pentada de Reynolds; el 80% elevó PCR y 74,6 % hizo leucocitosis. En 7 de cada 10 pacientes la causa principal fue la litiasis, predominando el grado de severidad Tokio II; como manejo protocolario, se administró principalmente ampicilina sulbactam y piperacilina tazobactam e imperó la descompresión endoscópica.

Conclusiones: La morbilidad de la colangitis aguda ha disminuido gracias al conocimiento del comportamiento epidemiológico de dicha entidad, diagnóstico temprano, tratamiento antibiótico pertinente y especialmente, a la variedad de opciones para la descompresión y el drenaje biliar oportuno.

01 - ID630

Absceso Hepático: Características clínico epidemiológicas y manejo en la E.S.E. Hospital Universitario del Caribe. 2016 – 2017.

Gian Nuñez Rojas, Jose Solana, Jean Villadiego
Universidad de Cartagena
gian.nuo8@gmail.com

Introducción: El absceso hepático es una entidad frecuente en los países en vía de desarrollo, reflejo de las pésimas políticas sanitarias, con una alta tasa de morbimortalidad.

Objetivos: Identificar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con absceso hepático, para establecer posibles factores que ayuden a mejorar el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad en la E.S.E. Hospital Universitario del Caribe.

Materiales: Se realiza un estudio retrospectivo basado en la revisión de las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de absceso hepático entre Enero de 2016 y Diciembre de 2017.

Resultados: De 50 historias clínicas revisadas, 29 cumplieron los criterios de inclusión. Se demostró una amplia distribución etaria, con media de 47,2 años y los hombres fueron 76 %. La sintomatología predominante fue dolor abdominal y la diarrea se presentó en 48.2 % de los casos. El tratamiento quirúrgico fue la alternativa elegida para el 62 % de los pacientes. Se observó una estancia hospitalaria media de 13 días, asociada al esquema antibiótico parenteral, siendo la terapia biconjugada la preferida; el cultivo fue tomado en cerca de la mitad de los pacientes, con resultados negativos en 57 %.

Conclusiones: En nuestra serie de casos evidenciamos que la relación según el sexo es similar a la reportada en la literatura mundial; gran parte de los casos mostró un cultivo negativo, lo que sugiere causa amebiana, sin embargo, dada la pobre relación costo/beneficio no se recomienda la realización del serotest de ameba para su diagnóstico. El drenaje quirúrgico y la terapia biconjugada siguen siendo un manejo eficaz.

METABOLISMO QUIRÚRGICO

01 - ID414

Nutrición enteral y deuda calórica en cuidado crítico: identificando las causas y las oportunidades de cerrar la brecha

Jaime Andres Cruz, Saul Rugeles, Gerardo Puentes
Hospital Universitario San Ignacio
jaimeandrescruz@gmail.com

Introducción: Los pacientes en cuidado crítico son hipercatabólicos, por eso el soporte nutricional es parte integral del tratamiento. Se conoce que las tasas de cumplimiento de los aportes por nutrición entérica no son satisfactorias, debido a las interrupciones de la terapia, por lo que es crucial desarrollar estrategias para que se administre efectivamente la carga calórica y proteica formulada.

Objetivos: El objetivo principal fue determinar el porcentaje de cumplimiento de la nutrición entérica en los pacientes y los factores relacionados.

Materiales: Se realizó un estudio observacional de cohorte prospectivo. La información se recolectó a partir de los registros diarios del grupo de soporte nutricional y de los registros de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados hechas por los médicos tratantes y las hojas de monitorización en sala general y en UCI.

Resultados: El 88 % de los pacientes con nutrición entérica presentaron en algún momento de su administración una interrupción de la nutrición. Las causas más frecuentes para la interrupción de la nutrición entérica fueron la realización de imágenes diagnósticas (27 %) seguido de procedimientos quirúrgicos (23 %). El cumplimiento en la administración fue de un 71 % en total, mayor cumplimiento en centímetros cúbicos (73 %), menor en horas (68 %). Se suspendió la nutrición entérica en un promedio superior al 20 % durante el día, principalmente entre las 6 a.m. y las 4 p.m.

Conclusiones: Sabemos que con mucha frecuencia hay interrupciones en la administración de la nutrición entérica que causan una deuda calórica. Conocer los factores que condicionan esta deuda

caloría nos permite desarrollar estrategias para optimizar la terapia nutricional en el paciente crítico.

ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA

01 - ID45

Manejo de la pared abdominal en pacientes con patologías oncológicas

Maikel Adolfo Pacheco, Rogers Leonardo Baquero Garcia
Fundacion Universitaria Ciencias De La Salud - Hospital San Jose
rlbaquero@fucsalud.edu.co

Introducción: Los principios de la reconstrucción de la pared abdominal se basan en una cobertura sin tensión de las partes blandas, restaurar la integridad de la fascia, prevenir la aparición de hernias, proteger las vísceras abdominales y restaurar su función. El manejo de la pared abdominal en el contexto de pacientes oncológicos es un tema a considerar, con la finalidad de garantizar la funcionalidad de la pared abdominal, sin impactar en el pronóstico oncológico. Por tanto, se propone la definición de pautas de manejo en relación a 4 escenarios de pacientes: 1. tumores primarios de la pared abdominal; 2. compromiso secundario de la pared abdominal; 3. complicaciones en la pared abdominal por el manejo de patologías oncológicas; 4. utilización de la pared abdominal en el manejo de patologías oncológicas; teniendo en cuenta, las diversas técnicas de reconstrucción descritas en la literatura médica, en conjunto con las recomendaciones de manejo oncológico en el momento de someter al paciente al procedimiento quirúrgico

Objetivos: Determinar el manejo de pacientes con patología oncológica quirúrgica, que permita garantizar una adecuada funcionalidad y reconstrucción de la pared abdominal.

Materiales: Se realizó revisión de la literatura correspondiente al tema en búsqueda de la mejor evidencia disponible

Resultados: Las consideraciones descritas en cuanto a la reconstrucción anatómica y funcional de la pared abdominal de pacientes con patología oncológica son una herramienta válida.

Conclusiones: Las técnicas de reconstrucción de pared abdominal, pueden y deben ser utilizadas en pacientes con patologías oncológicas sin sacrificar los principios de tratamiento en este tipo de enfermedades.

01 - ID367

Cirugía de citorreducción mas quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (CCR-HIPEC) por laparoscopia: descripción de desenlaces en un centro de excelencia

Fernando Arias Amézquita, Eduardo Londoño-Schimmer, Jorge Otero, Camilo Cetares, Gabriel Herrera, Martha Mora, Laura Loaiza, Natalia Cortes, Sergio Caceres, Daniel Montaña, Jose Daniel Guerra, Andres F Cardona

Hospital Universitario Fundación Santafé de Bogotá
fariasoo@hotmail.com

Introducción: La cirugía de citorreducción mas quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (CCR-HIPEC) es un tratamiento efectivo para neoplasias peritoneales, proporcionando importante supervivencia a largo plazo. La laparoscopia es una vía de acceso utilizada en casos puntuales, con el fin de proveer menor trauma quirúrgico sin sacrificar resultados oncológicos.

Objetivos: Reportar los resultados oncológicos y operatorios posterior CCR/HIPEC por laparoscopia en un centro de cuidado clínico en Bogotá.

Materiales: Se siguieron casos de CCR/HIPEC por laparoscopia manejados en un centro de referencia en Bogotá. Las características de pacientes, variables quirúrgicas, postoperatorios y oncológicos fueron recolectadas prospectivamente y analizadas

Resultados: De 133 procedimientos, nueve fueron por laparoscopia, y uno se convirtió a cirugía abierta. De los 9 pacientes intervenidos por laparoscopia, 8 son mujeres, 8 por origen apendicular y 1 ovárico. Ninguno recibió quimioterapia previa al CCR/HIPEC o EPIC. Hubo CCR o en todos los procedimientos y se presentaron 2 complicaciones grado 1 según Clavien-Dindo y 2 grado 2. No hay recaídas o mortalidad. Los procedimientos laparoscópicos tuvieron una media en tiempo operatorio de 733.67 minutos (SD+/-107.12 min) y sangrado promedio de 541 ml (SD+/- 271.04 ml), con requerimiento de transfusión

en 2 casos. El PCI preoperatorio tuvo un rango de 2-12 (media 5.89+/-2.93). El tiempo de hospitalización promedio fue de 11.78+/-4.89 días, y una media de 2.5+/-0.76 días en UCI. El mayor seguimiento ha sido de 67 meses.

Conclusiones: Los procedimientos laparoscópicos de CCR/HIPEC son una opción segura en pacientes con indicaciones puntuales, primordialmente con cargas tumorales bajas. El tiempo de estancia hospitalaria y morbilidad es favorable al comparar con estadísticas de procedimientos abiertos, con resultados oncológicos satisfactorios.

01 - ID370

Desenlaces a largo plazo de cirugía de citorreducción (CCR) y quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) en carcinomatosis peritoneal: 10 años de experiencia de un centro de excelencia

Fernando Arias, Eduardo Londoño Schimmer, Jorge Otero, Camilo Cetares, Gabriel Herrera, Martha Mora, Daniel Montaña, Natalia Cortes, Laura Loaiza, Jose Daniel Guerra, Andres Cardona

Hospital Universitario Fundación Santafé de Bogotá
fariasoo@hotmail.com

Introducción: La cirugía de citorreducción más quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (CCR/HIPEC) es un tratamiento efectivo para neoplasias peritoneales, que provee significativa supervivencia a largo plazo.

Objetivos: Reportar desenlaces oncológicos tras CCR/HIPEC en un centro especializado.

Materiales: Se siguieron 119 pacientes tratados mediante CCR/HIPEC entre los años de 2007 y 2017 en un centro de referencia en Bogotá. Las características de los pacientes y los desenlaces postoperatorios / oncológicos fueron recolectados y analizados prospectivamente.

Resultados: La edad media fue de 51 años (Rango: 22-78) y 73 % (n=87) fueron mujeres. El origen primario fue el apéndice cecal en un 64 %, el carcinoma de ovario y el carcinoma seroso primario de peritoneo (PS) en 17 %. El PCI previo a la cirugía fue de 19 (Rango: 2-39). El 25.2 % fueron expuestos a quimioterapia preoperatoria. CCRo fue el 81.5 % (75 % tumores apendiculares, 94 % PS, 83 % CCR y 100 %

PM [p=0.81]). La sobrevida libre de progresión (PFS) fue 38.4 meses (IC95% 12.6-64.3) y PFS a 5 años fue el 64 %. PFS fue influenciado positivamente por histologías apendiculares y mesotelioma multiquístico (p=0.035) como también por CCRo (p=0.0001). Con un seguimiento medio de 42 meses, 26 pacientes murieron y la media de sobrevida global fue 108.5 meses (IC95% 77.5-139.5). La media de sobrevida global de los pacientes con y sin recaída fue de 78.6 meses (IC95% 36.1-121.1) y NR (p = 0.002), respectivamente, y solo esta variable afectó de manera adversa el análisis multivariable (RR 3.7, IC95% 1.4-9.5; p=0.007)

Conclusiones: La cirugía de citorreducción más quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (CCR/HIPEC) es un tratamiento efectivo para neoplasias peritoneales, proporciona supervivencia significativa a largo plazo y debería considerarse el tratamiento estándar. Los resultados muestran que pacientes sin recaídas al 5º año podrían considerarse curados, pero deberían continuar en seguimiento.

01 - ID568

Resección multivisceral en cáncer gástrico ¿cómo hacerlo mejor?

Ana Deise Bonilla Castañeda, Gustavo Aguirre
Centro Nacional De Oncología
deiseboca@yahoo.com

Introducción: El cáncer gástrico es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres y la primera en hombres. En los últimos años su incidencia ha aumentado en Colombia y aun un alto porcentaje de pacientes, en el momento del diagnóstico, tienen una enfermedad localmente avanzada. Las resecciones multiviscerales en cáncer gástrico conllevan un aumento en las complicaciones postoperatorias. Los estudios internacionales, a pesar de estar basados en poblaciones muy heterogéneas, muestran que la reseccabilidad puede aumentar con el uso de este tratamiento, y la supervivencia postoperatoria también.

Objetivos: Concientizar sobre la importancia del tratamiento multidisciplinario del cáncer gástrico.

Materiales: Se presenta una serie retrospectiva de 8 pacientes con cáncer gástrico localmente avanzado, cinco hombres y tres mujeres, con pertinencia de

resecciones multiviscerales por evaluación imagino-lógica, llevados a quimioterapia preoperatoria.

Resultados: Posteriormente los pacientes fueron llevados a cirugía, logrando resecciones Ro y sin el desarrollo de complicaciones postoperatorias severas.

Conclusiones: El manejo multidisciplinario es fundamental para optimizar los desenlaces en los pacientes con cáncer gástrico localmente avanzado.

TRAUMA

01 - ID46

La depuración de lactato: marcador pronóstico en pacientes traumatizados

Julieta Correa Restrepo, Johana Ascuntar, Jimmy Paul Leon, Fabian A. Jaimes, Carlos H. Morales
Universidad de Antioquia
Julieta.correa@udea.edu.co

Introducción: Valores elevados de lactato se relacionan con desenlaces adversos en casi todas las situaciones clínicas. Los niveles por encima de 2 mmol/L se proponen como marcador temprano y confiable de hipoperfusión tisular; igualmente se presenta la depuración de lactato durante la reanimación como factor pronóstico.

Objetivos: Determinar en pacientes traumatizados la asociación del valor inicial de lactato y su depuración después de 6 y 24 horas con mortalidad.

Materiales: Se realizó un sub-análisis de una cohorte prospectiva recolectada entre marzo de 2014 y octubre de 2016 en el Hospital Universitario San Vicente Fundación (Medellín, Colombia), con pacientes mayores de 18 años politraumatizados. Se midió el lactato y las variables clínicas al ingreso, a las 6 y 24 horas. Se estimó la asociación con mortalidad hospitalaria, los niveles de lactato al ingreso y su depuración mediante modelos de regresión logística.

Resultados: Entre marzo de 2014 y octubre de 2016, 251 pacientes cumplieron criterios de inclusión, 45.4 % requirieron ingreso a cuidados intensivos y 15.5 % fallecieron. En pacientes que murieron el lactato al ingreso promedio fue de 4,6 mmol/L. En el modelo

de regresión logística ajustado se encontró asociación independiente con mortalidad para los niveles elevados de lactato al ingreso, el puntaje SOFA, el mecanismo de trauma cerrado y la no depuración del lactato del 50 % en 24 horas.

Conclusiones: Valores altos de lactato al ingreso se asocian con mayor probabilidad de morir y en quienes ingresan con valores de lactato elevados, la falta de depuración es un factor independiente de mortalidad

01 - ID132

Laparoscopia en trauma abdominal. Una opción si o no?

Roberto Quintero Portillo

Endocirugía

robertoquinterop_@hotmail.com

Introducción: Los traumatismos abdominales han evolucionado hacia nuevos conceptos y avances tecnológicos y los métodos diagnósticos han permitido avanzar en el manejo selectivo, siendo la laparoscopia un reto para el Cirujano de urgencias.

Objetivos: Mostrar y describir nuestra experiencia en el manejo terapéutico por vía laparoscópica selectivo en pacientes con trauma abdominal.

Materiales: Estudio de pacientes que ingresaron estables con trauma abdominal de diversas causas, en tres Clínicas de la ciudad Barranquilla durante los últimos 3 años, manejados selectivamente por vía laparoscópica por el mismo equipo quirúrgico. Se excluyeron los pacientes con vídeolaparoscopia diagnóstica negativa y aquellos convertidos a cirugía abierta.

Resultados: En un periodo de 3 años se revisaron 10 casos de pacientes con trauma abdominal que se manejaron selectivamente por vía laparoscópica terapéutica, 3 casos con trauma cerrado y 6 casos con trauma penetrante (proyectil de arma de fuego 1 caso, arma cortopunzante 1 caso, empalamiento 1 caso y procedimientos endoscópicos 3 casos). Se resolvieron los casos de acuerdo a sus lesiones de órganos por vía laparoscopia: diafragma, hepático (vídeo), esplénico, colon, recto extraperitoneal (vídeo) y útero. Morbilidad cero asociada a la cirugía;

no hubo reintervenciones ni lesiones inadvertidas; no hubo mortalidad.

Conclusiones: En el manejo del trauma abdominal prima la cirugía convencional; para casos selectivos y estables, en manos de un equipo multidisciplinario con experiencia en trauma y vídeolaparoscopia avanzada, esta es una opción diagnóstica y terapéutica, con una menor morbilidad.

01 - ID343

Caracterización del trauma vascular periférico en el hospital de Kennedy

Susana Rojas, Angela Cristina Rios, Felipe Giron

Universidad Del Rosario

ancris325@hotmail.com

Introducción: El trauma vascular en nuestro país es común, causando mortalidad en la población entre 15-44 años. Como causa, las heridas por arma corto punzante en los miembros superiores lideran sobre las de arma de fuego y los miembros inferiores.

Objetivos: Describir las características de los pacientes que sufrieron trauma vascular y fueron llevados a exploración quirúrgica en el Hospital Occidente de Kennedy entre los meses de enero y septiembre de 2015.

Materiales: Revisión de la base de datos de los pacientes llevados a cirugía en el hospital de Kennedy, de los cuales se extrajeron aquellos con trauma vascular; recolección de las variables a estudiar y análisis de las mismas.

Resultados: Encontramos 1267 pacientes que consultaron por trauma, de ellos 32 cursaron con trauma vascular y fueron llevados a cirugía (0,3 %). El promedio de edad fue de 24 años, la mayoría de sexo masculino (84 %); el 72 % fueron heridas por arma cortopunzante, 56 % fueron heridas múltiples, afectando en el 41 % a las extremidades superiores; las lesiones en cuello casi igualan a las heridas en miembros inferiores con un 28 %. Solo se presentó un caso de amputación y no se presentaron mortalidades.

Conclusiones: Las arterias más afectadas son las del antebrazo, siendo la cubital, la radial y la bra-

quial las más afectadas. Las lesiones de cuello, en nuestro medio son igual de frecuentes que las de los miembros inferiores, correspondiendo a lesiones que comprometen la vida por la complejidad de su anatomía

01 - ID369

Trauma cardíaco penetrante en el Cauca, ¿qué está pasando?

Helmer Emilio Palacios Rodriguez, Adnry Dilena Melo Botina, Julian Andres Hamdan Perez
Universidad Del Cauca
palacios-rodriguez@unicauca.edu.co

Introducción: El trauma cardíaco penetrante representa una importante causa de mortalidad por violencia. Afecta predominantemente población joven, en edad productiva, con altos costos sociales. El estudio de las características que afectan su desenlace permite mejorar su manejo.

Objetivos: Describir las características de los pacientes adultos con herida cardíaca penetrante en tres centros hospitalarios de la ciudad de Popayán.

Materiales: Estudio cuantitativo, descriptivo, observacional, de julio de 2015 a septiembre de 2017.

Resultados: Se incluyeron 36 pacientes, 94.4 % fueron hombres. La edad media fue 30.1 años. Hubo consumo de alcohol en 33.3 %. El 97.2 % sufrieron heridas por arma blanca y el 2.8 % por arma de fuego; 16.7% presentaron dos o más heridas cardíacas, con diámetros entre 3 y 60 mm. El ventrículo izquierdo fue lesionado en 41.7 % de casos. El 69.4 % presentó índice de choque positivo, con medias de presión arterial sistólica de 72.8 mmHg, media de RTS e ISS de 8.3 y 24.7. El 75 % presentó hemotórax y 44.4 % taponamiento cardíaco. Como complicaciones, infección y reintervención se presentaron en 22.5 %. La media de hospitalización fue 9.08 días, 52 % de pacientes requirió UCI, con estancia media de 3.53 días. El 66.7 % de pacientes requirió hemoderivados. La mortalidad fue del 33 %.

Conclusiones: La herida cardíaca penetrante es infrecuente pero con alta mortalidad, afecta predominantemente a hombres jóvenes, observándose

peores desenlaces a mayor compromiso hemodinámico al ingreso, mayor tamaño de la herida y mayor requerimiento de hemoderivados, acorde con otras series.

01 - ID569

Lesiones atendidas durante las protestas en municipio Baruta. Caracas, Venezuela. Abril-julio 2017

Enrique Eduardo Montbrun Molina, Andrea Valentina Montbrun Centeno
Escuela de Medicina Vargas Universidad Central de Venezuela
emontbrun@gmail.com

Introducción: El Municipio Baruta, de la ciudad de Caracas, fué el epicentro de las protestas y manifestaciones ocurridas durante el periodo entre Abril-Julio de 2017, las cuales fueron reprimidas en forma desproporcionada, produciéndose lesiones y muerte.

Objetivos: Demostrar la naturaleza y patrón de ocurrencia de las lesiones provocadas por la actuación de los cuerpos de seguridad sobre la población civil que protestó en el municipio Baruta, entre Abril y Julio de 2017.

Materiales: En el periodo Abril-Julio de 2017, durante las protestas, fueron evaluados en forma prospectiva 2768 pacientes en el Puesto Médico de Avanzada de Salud Baruta. Fueron analizados de acuerdo a edad, sexo, tipo y localización de la lesión, mecanismo, severidad, región anatómica y condición al egreso. Los datos fueron recopilados y tabulados para su análisis

Resultados: Se atendieron 2768 pacientes en el Puesto de Atención Médica, siendo referidos el 13 % de los casos. El sexo masculino fue el predominante (65 %), siendo el grupo etario de 15 a 24 años el más afectado. En relación al mecanismo de lesión, el trauma cerrado ocupó el 42 % (impacto de objetos), con predominio de lesiones en cabeza y cuello. El 36 % se relacionó con trauma penetrante (proyectiles no convencionales), disparados al tórax y cráneo. Dos personas fallecieron por trauma vascular en tórax, producidas por esferas de plomo. El 15 % de los atendidos presentaban trauma combinado.

Conclusiones: El patrón de lesiones en protestas es predecible y su naturaleza y manejo puede ser anticipado. Los proyectiles no convencionales y armas utilizadas producen lesiones significativas, aún sin penetración.

01 - ID571

Mortalidad en protestas civiles en Venezuela, 2017. Análisis comparativo

Enrique Eduardo Montbrun Molina, Andrea Valentina Montbrun Centeno

escuela de medicina vargas Universidad Central de Venezuela
emontbrun@gmail.com

Introducción: Durante los meses de Abril a Julio del año 2017 se produjeron protestas en Venezuela, para exigirle al Estado el cumplimiento de las líneas democráticas. Estas manifestaciones provocaron una acción desproporcionada de los cuerpos de seguridad, que junto al enfrentamiento violento con civiles armados, produjo 158 muertes. La literatura reporta resultados similares por la actuación de los cuerpos policiales en procura del control, ocasionado morbilidad significativa.

Objetivos: Analizar las características de las muertes registradas en pacientes durante las protestas y presentar su epidemiología.

Materiales: Desde Abril del 2017 hasta marzo del 2018 se estudiaron en forma retrospectiva las 158 muertes acaecidas durante las protestas en Venezuela y se analizaron las variables de edad, sexo, mecanismo de lesión, tipo de arma, región anatómica de la lesión, condiciones al ingreso, atención prestada y opciones de manejo.

Resultados: Se produjeron 158 muertes, el 82 % eran de sexo masculino y por debajo de los 35 años de edad. El mecanismo de lesión predominante fue el trauma penetrante por arma de fuego (72%), siendo la cabeza y el tórax la localización más frecuente. El 90 % de los pacientes fallecieron en el sitio del incidente o durante su traslado, y la causa de muerte fue exsanguinación.

Conclusiones: La severidad y letalidad de las lesiones que produjeron la muerte de estos pacientes

se relaciona con el uso de la violencia durante la contención del incidente.

01 - ID593

Factores pronósticos para pérdida de extremidad en paciente con trauma arterial periférico atendidos en hospital de III nivel. Huila, 2014 - 2017.

Hector Conrado Jimenez, Wilmer Fernando Botache, Rolando Medina, Juan San Juan, Adriana Morales, Carlos Martinez, Edwin Romero

universidad surcolombiana
heconjisan@gmail.com

Introducción: El trauma arterial periférico tiene baja incidencia pero una alta morbilidad. Se asocia con múltiples complicaciones, como la reintervención quirúrgica y la amputación de la extremidad, que están influenciadas por variables asociadas al trauma y a la atención hospitalaria.

Objetivos: Determinar los factores de riesgo relacionados con amputación (FRA), en trauma arterial periférico (TAP), en pacientes atendidos en el HUHMP.

Materiales: Estudio observacional analítico, de corte retrospectivo, en pacientes mayores de 13 años con TAP.

Resultados: Se incluyeron 79 pacientes con TAP (incidencia 1,5 %); 63 % provenían de un radio menor a 50 km del hospital de referencia. El 89 % fueron hombres, con edad promedio 28,5 años. La principal comorbilidad fue la farmacodependencia 8,8 %. Ingresaron con TAM de 76,1 mmHg (Rango: 30 – 136 mmHg), Injury severity Score (ISS) de 16,63 puntos (Rango: 4 – 41), MESS (Mangled extremity severity) promedio 5,27 puntos y un tiempo crítico de isquemia de extremidad mayor a 6 horas en el 38 %. Principal compromiso de miembros superiores, secundario a heridas por arma cortopunzante. Primó la transección arterial en 63 % de los pacientes. Las complicaciones posquirúrgicas fueron: trombosis del vaso (21,5 %) y amputación en el 13,9 %. Los factores de riesgo asociados fueron: edad mayor de 20 años, estancia hospitalaria mayor de 7 días, MESS mayor de 7 puntos y ser sometido a reintervención.

Conclusiones: El trauma arterial periférico tiene repercusión socioeconómica en la población joven al ser responsable de una alta tasa de secuelas funcionales. En el Huila, edad mayor de 20 años, estancia hospitalaria mayor de 7 días, MESS mayor de 7 puntos y la reintervención, aumentaron el riesgo de amputación. Se necesitan estudios prospectivos adicionales.

MÍNIMAMENTE INVASIVA

01 - ID355

Manejo mínimamente invasivo de la pancreatitis aguda complicada: serie de casos en un centro de tercer nivel de Popayán

Carlos Maximiliano Priarone, Dhayra Karem Barreto, Hector Mauricio Triana, Jhon Jader Núñez, Melissa Catherine Chaves, Julian Alejandro Ramirez
Universidad Del Cauca

karembarroto@gmail.com

Introducción: La pancreatitis aguda es una causa frecuente de hospitalización, que puede cursar con formas leves a severas, que incluyen la necrosis pancreática (estéril o infectada). Para el manejo de las complicaciones locales, especialmente la necrosis pancreática infectada, se han presentado cambios importantes, siendo actualmente de elección los abordajes mínimamente invasivos.

Objetivos: Describir las características médico-quirúrgicas de los pacientes con complicaciones locales secundarias a pancreatitis aguda, intervenidos mediante abordaje mínimamente invasivo.

Materiales: Serie de casos retrospectivo de pacientes con pancreatitis aguda, intervenidos mediante abordaje percutáneo y/o endoscópico para el manejo de complicaciones locales, en un centro de tercer nivel de Popayán, entre los años 2014 a 2018.

Resultados: Fueron intervenidos 14 pacientes con pancreatitis aguda (9 hombres, 5 mujeres), con edades entre 22 y 73 años, en su mayoría severa (64.3 %), de origen biliar (57.1 %) y complicada con necrosis pancreática infectada (78.6 %). Se utilizó abordaje sólo percutáneo (87.4 %) y combinado con endoscopia (12.5 %). En ningún caso se requirió manejo qui-

rúrgico posterior (efectividad 100 %) y no se presentó mortalidad. La estancia hospitalaria fue mayor en aquellos pacientes con cirugías abdominales previas y la duración del(os) catéter(es) fue mayor en quienes cursaron con disrupción ductal del páncreas. No se presentaron complicaciones mayores y las menores fueron en su mayoría clasificadas con Clavien-dindo

Conclusiones: El abordaje mínimamente invasivo percutáneo y/o endoscópico para las complicaciones locales de la pancreatitis aguda es efectivo y seguro en nuestro entorno hospitalario.

01 - ID371

Cirugía laparoscópica intragástrica para resección de tumor en cardias

Fernando Arias, Laura Loaiza, Sergio Caceres, Jose Daniel Guerra

Hospital Universitario Fundación Santafé de Bogotá

lauraloaizaf@hotmail.com

Introducción: El abordaje laparoscópico intragástrico se ha descrito en la literatura para resección de masas, principalmente cercanas a la unión gastroesofágica, con el objetivo de lograr mejor acceso para una adecuada resección terapéutica y diagnóstico histológico, al comparar con endoscopia o cirugía abierta. Adicionalmente proveería mayor seguridad, teniendo en cuenta las complicaciones inherentes a la cirugía convencional.

Objetivos: Presentar un caso resuelto mediante técnica de gastrostomía laparoscópica más resección intragástrica de tumor cardial submucoso, realizada en el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá.

Materiales: Paciente mujer de 37 años de edad, con un año de episodios de hematoquecia y hemorragia de vías digestivas, a quien se le practicó endoscopia de vías digestivas altas y ecoendoscopia, con hallazgo de lesión submucosa elevada, de 2 a 3 cm de diámetro en cardias, de difícil acceso endoscópico, con reportes de patología negativos para malignidad y no concluyentes.

Resultados: Posterior al acceso laparoscópico a la cavidad abdominal, se realizó gastrotomía y se avanzó al espacio intragástrico por laparoscopia,

visualizando a nivel de cardias posterior una masa de aproximadamente 2.5x1 cm, la que se resecó. Con endoscopia intraoperatoria se verificaron suturas y ausencia de fugas. La evolución postoperatoria fue favorable. El reporte histopatológico confirmó leiomioma.

Conclusiones: La laparoscopia intragástrica permite el abordaje de lesiones gástricas con difícil acceso endoscópico, y con las ventajas propias de la cirugía mínimamente invasiva. Se requieren estudios amplios para determinar en consenso las indicaciones precisas de ésta técnica.

01 - ID635

Herniorrafia inguinal por laparoscopia con malla de autofijación en el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá. Seguimiento a 5 años

Ricardo Nassar Bechara, Catalina Mejía Tobón, Juan David Linares, Alberto Enrique Ricaurte, Juan David Hernández, Andrés Mauricio García, Felipe Girón, Ernesto Pinto

Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá
catalina.mejiat@urosario.edu.co

Introducción: El reparo de la hernia inguinal por cirugía mínimamente invasiva es controversial en el ámbito quirúrgico. El uso de dispositivos de fijación para mallas como grapas o dispositivos helicoidales contribuyen al dolor postoperatorio; los elementos de autofijación han contribuido a la disminución del dolor y desenlaces clínicos adversos de los pacientes.

Objetivos: Describir las complicaciones y seguimiento de los pacientes que fueron llevados herniorrafia inguinal por laparoscopia utilizando la técnica TEP con uso de malla de polipropileno de autofijación (Parietex ProGrip™) en Hospital Fundación Santafé de Bogotá y revisión rápida de la literatura.

Materiales: Se presenta un estudio de corte transversal con análisis secundario de la base de datos de los pacientes llevados a reparo de hernia inguinal con abordaje total extraperitoneal TEP durante 5 años (2013 – 2018).

Resultados: Se realizaron 253 reparos de hernias inguinales por abordaje TEP con uso de malla de polipropileno de autofijación (Parietex ProGrip™).

Se describe el seguimiento de los pacientes, con dolor postoperatorio en el 95.9 % menor de 1 en la escala visual análoga, sin documentar hasta el momento reproducciones.

Conclusiones: El reparo de hernias inguinales por abordaje totalmente extraperitoneal TEP con malla de autofijación es un procedimiento seguro en manos de cirujanos experimentados. En este estudio documentamos resultados satisfactorios durante estos 5 años de seguimiento a nuestros pacientes, en términos del dolor postoperatorio, morbilidad y tasa de reproducción de las hernias. Es necesario continuar el seguimiento de los pacientes para confirmar los resultados descritos en la literatura.

TRASPLANTES

01 - ID339

Complicaciones biliares en trasplante hepático. Experiencia en Fundación Cardiovascular de Colombia (FCV)

Cristian Tarazona León, Andres Castilla Barbosa, Belisario Ortiz Rueda, Mauricio Vanegas Ballesteros, Andersson Bermon Angarita

Fundación Cardiovascular de Colombia (FCV).
cristiantarazona@hotmail.com

Introducción: El trasplante de hígado es el tratamiento de elección en la enfermedad hepática terminal, con listas de espera cada vez más numerosas. A pesar de la estandarización de las técnicas quirúrgicas en la reconstrucción biliar, las complicaciones biliares son un punto débil y se asocian con significativa morbi-mortalidad.

Objetivos: Establecer la incidencia de complicaciones biliares en los pacientes trasplantados de hígado en nuestra institución, caracterizando factores de riesgo.

Materiales: Estudio observacional analítico de corte transversal con análisis retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes trasplantados de hígado en la Fundación Cardiovascular de Colombia entre años 2011 y 2017, profundizándose en aquellos que presentaron complicaciones biliar-

res posteriores al trasplante.

Resultados: Hubo un total de 54 pacientes trasplantados, quienes presentaron estenosis anastomótica en 37 % (20) y bilioma en 7 % (4). En estos pacientes se presentó un tiempo de isquemia total promedio 503 minutos (isquemia caliente 61,5 minutos), disparidad en diámetros de colédoco 3 pacientes, MELD 19 y mortalidad en 8 pacientes.

Conclusiones: Las complicaciones biliares en pacientes trasplantados de hígado son frecuentes, requiriéndose manejo temprano debido al riesgo de pérdida del injerto y mortalidad. Es necesario continuar realizando estudios para encontrar más factores asociados y prevenirlos.

01 - ID547

Uso de catéter doble J en la prevención de fistulas urinarias dependiendo la funcionalidad vesical en trasplante renal.

Mauricio Francisco Duque Villalobos, Camilo Andres Tarazona, Jaime Alberto Ramirez, Luis Manuel Barrera, Fabio Alejandro Vergara

IPS Universitaria. Universidad de Antioquia
mfcod@hotmail.com

Introducción: Las complicaciones urinarias posteriores a trasplante renal causan gran morbilidad al paciente y disminuyen la sobrevida paciente-injerto. Estas incluyen fistula, estenosis e infecciones. Diferentes tipos de uretero-neocistostomía se han utilizado, con el uso o no de catéter doble J, con el objeto de disminuir al mínimo estas complicaciones.

Objetivos: Describir la experiencia del grupo; comparar las diferentes técnicas quirúrgicas utilizadas, con uso o no del catéter doble J y determinar la relación de estas con la incidencia de infecciones urinarias, fistulas y estenosis.

Materiales: Estudio retrospectivo de cohorte, en una única institución prestadora de salud de cuarto nivel, entre los pacientes trasplantados de riñón desde enero de 2012 hasta marzo de 2018, para un total de 377 pacientes. Se estudiaron los pacientes de acuerdo a la clasificación perioperatoria de la funcionalidad vesical, así como la técnica utilizada: Ta-

guchi, Leadbetter, Lich-Gregoir o Paquin, y el uso o no de catéter doble J.

Resultados: Se estudiaron 377 pacientes: 19 % de los pacientes tenían vejiga disfuncional. Se presentó fistula urinaria en 11 pacientes, 9 de los cuales no tuvieron catéter. Estenosis en 10 (2 %), 7 de ellos sin catéter e infección del tracto urinario en el 14 % del total de los pacientes; 19 % para aquellos con catéter versus el 10% sin catéter.

Conclusiones: No se obtuvieron diferencias significativas de fistulas urinarias y estenosis con respecto al uso del catéter doble J. Hay mayor incidencia de infección del tracto urinario cuando hay uso del catéter doble J.

CIRUGÍA GENERAL

01 - ID22

Colecistectomía temprana versus tardía, decisión en pancreatitis severa de origen biliar. Seguimiento en 7 años de experiencia

Katherine Freire-Holguín, Carlos Luna Jaspe, Sandra Pantoja Burbano, Luis Felipe Cabrera Vargas, Mauricio Pedraza Ciro, Sebastian Sanchez Ussa

Universidad El Bosque
mpedraza93@gmail.com

Introducción: La pancreatitis aguda severa constituye una importante causa de morbilidad y mortalidad. La colecistectomía es la opción quirúrgica más relevante, sin embargo, actualmente existen discernimientos en cuanto al tiempo de realización, antes o posterior al proceso inflamatorio pancreático.

Objetivos: Identificar cuales pacientes con pancreatitis aguda de origen biliar se benefician de colecistectomía temprana versus tardía.

Materiales: Estudio observacional, cohorte analítico-histórica y retrospectivo. Se incluyeron pacientes que ingresaron a la Fundación Salud Bosque con diagnóstico de pancreatitis aguda severa y recibieron manejo quirúrgico entre el 2011 y el 2017.

Resultados: Se atendieron un total de 105 pacientes con pancreatitis severa. Se tomó como grupo de expuestos pacientes llevados a colecistectomía tem-

prana y no expuestos pacientes llevados a colecistectomía tardía. Se encontró mayor cantidad de complicaciones en el grupo de expuestos con una $p < 0.05$. La colecistectomía tardía se encontró como factor protector para el desarrollo de complicaciones.

Conclusiones: Se concluyó con este estudio que hay menos presentación de complicaciones en pacientes con Pancreatitis aguda severa cuando se realiza colecistectomía tardía. Adicionalmente, esta patología se presentó con mayor frecuencia en mujeres, pero se observó que es un factor protector para el desarrollo de complicaciones.

01 - ID25

Validación de criterios diagnósticos en coledocolitiasis de probabilidad intermedia en hospital de tercer nivel de Bogotá - Colombia

Carlos Alberto Leal, Carlos Alberto Leal, Mauricio Pedraza Ciro, Catalina Ceballos, Luis Felipe Cabrera Varga, Sebastian Sanchez Ussa

Universidad el Bosque
mpedraza93@gmail.com

Introducción: La patología litiásica biliar afecta alrededor de 20 millones de norteamericanos anualmente, y este problema se ve acentuado con la alta incidencia de coledocolitiasis en la actualidad. Criterios de selección inadecuados conllevan a la selección errónea de pacientes para CPRE, con exploración innecesaria y aumento de la morbimortalidad.

Objetivos: Evaluar las características operativas de los criterios diagnósticos de coledocolitiasis definidos por la Asociación Americana de Gastroenterología en pacientes con probabilidad intermedia de coledocolitiasis en la Clínica El Bosque de Bogotá.

Materiales: Se trata de validación de pruebas diagnósticas, se describieron las características generales de los pacientes y se exploraron las características operativas de los criterios diagnósticos de coledocolitiasis en el diagnóstico de esta entidad.

Resultados: De los pacientes evaluados 31 pacientes fueron llevados a colangiografía (49,2 %) y 36 (57,1 %) a CPRE; 29 pacientes presentaron diagnóstico confirmatorio de coledocolitiasis (44 %). Los

pacientes con diagnóstico confirmado mostraron diferencias significativas en el diámetro medio del colédoco (5,13 mm); niveles de bilirrubina total (2,23 mg/dl), niveles de fosfatasa alcalina (315 mg/dl) y niveles de AST (118,6 mg/dl). El diámetro del colédoco fue el determinante con mayor capacidad predictiva diagnóstica (AUC: 87,57 %).

Conclusiones: En pacientes con probabilidad intermedia de coledocolitiasis, el diámetro del colédoco, fue el parámetro con mayor relevancia al momento de diagnóstico por imagenología; elevación de los niveles de bilirrubina total y de fosfatasa alcalina resultaron ser los mejores determinantes del diagnóstico con una alta sensibilidad y especificidad en pacientes con coledocolitiasis.

01 - ID26

Eficacia de la colangiopancreatografía por resonancia magnética para el diagnóstico de coledocolitiasis de probabilidad intermedia

Carlos Alberto Leal Buitrago, Dauris Jhoana Ortega Niño, Luis Felipe Cabrera Varga, Sebastian Sanchez Ussa

Universidad El Bosque
mpedraza93@gmail.com

Introducción: La coledocolitiasis de probabilidad intermedia es una patología altamente mórbida por su riesgo de pancreatitis y colangitis, por lo que requiere estudio de la vía biliar para su enfoque diagnóstico y terapéutico. Actualmente el patrón de oro terapéutico y diagnóstico es un examen invasivo, la CPRE. Dentro de los otros enfoques diagnósticos existe el uso de la colangiografía (CPRM), la cual es un examen no invasivo que ha mostrado gran utilidad.

Objetivos: Evaluar el mejor método diagnóstico ante coledocolitiasis de probabilidad intermedia.

Materiales: Se realizó un estudio de pruebas diagnósticas incluyendo una muestra de pacientes con coledocolitiasis de probabilidad intermedia en nuestro centro entre el año 2012 y 2015.

Resultados: Se incluyeron un total de 151 pacientes con diagnósticos de coledocolitiasis de probabilidad intermedia, evaluando las características de la

CPRM, con una sensibilidad de la 88 %, la especificidad 79 %, VPP 88 % y VPN 96 %, con un índice de exactitud del 94.7 %.

Conclusiones: La CPRM es un examen con un rendimiento adecuado en la evaluación de los pacientes con coledocolitiasis de probabilidad intermedia, evitando la realización de CPRE diagnósticas, por lo que confirma su uso previo cuando se encuentra frente a la coledocolitiasis de probabilidad intermedia. Así mismo encontramos que el impacto de la dilatación de la vía biliar, sumada a otras alteraciones del perfil hepático, no se puede establecer con este estudio.

01 - ID41

Rescate quirúrgico en un servicio de cirugía general de urgencia (CGU) de gran volumen mediante un registro electrónico automático

Maria Fernanda Jimenez, Andres Isaza, Danny Conde, Felipe Borda, Daniel Colmenares, Alex Arroyo, Luis Bejarano, Juan Carlos Puyana

Hospital Universitario Mederi- Universidad Del Rosario
mafejimenez2000@yahoo.es

Introducción: La falla en el rescate quirúrgico ha sido considerada recientemente como un indicador de seguridad y calidad en la atención hospitalaria. En nuestra institución universitaria de alto volumen quirúrgico se desarrolló últimamente un registro electrónico de Cirugía General de Urgencias (CGU) para capturar automáticamente la información de estos pacientes.

Objetivos: El objetivo de este estudio es describir la incidencia del "rescate quirúrgico" y los desenlaces de pacientes de CGU en un centro hospitalaria de IV nivel en Bogotá.

Materiales: El registro automático de pacientes de CGU se utilizó para detectar complicaciones quirúrgicas agudas de los procedimientos realizados entre junio y julio de 2017. Solo se incluyeron las complicaciones que requirieron procedimiento quirúrgico en salas.

Resultados: Se identificaron 496 pacientes, con edad promedio de 55 años \pm 20, 57 % mujeres, que se sometieron a 524 procedimientos quirúrgicos de

EGS. Trece pacientes de los 496 pacientes (2.6 %) requirieron "rescate quirúrgico" (definido como pacientes que fueron intervenidos inmediatamente después de identificar una complicación quirúrgica), principalmente por sepsis incontrolada (43 %) y fugas anastomóticas (30 %). La tasa de fracaso de rescate quirúrgico (incapacidad para prevenir la muerte después del desarrollo de una complicación quirúrgica) fue del 15,4.

Conclusiones: La tasa de fracaso de rescate quirúrgico en nuestro hospital fue más alta que la documentada en servicios de CGU similares en Estados Unidos. El desarrollo y la implementación de una base de datos de EGS capturada de forma automática en nuestra institución ha servido para crear mejores prácticas para el "rescate quirúrgico" e impulsar programas de mejora de la calidad.

01 - ID51

La Mujer en la cirugía: perspectiva histórica y retos para las nuevas generaciones

María Cristina Gonzalez A.
Clinica Portoazul
mga2102@hotmail.com

Introducción: Esta es una revisión histórica acerca de la participación de la mujer en la cirugía a través del tiempo.

Objetivos: 1. Destacar las dificultades que ha tenido la mujer a través de la historia para su ejercicio profesional como médico y cirujana. 2. Señalar la influencia de la mujer cirujana en las nuevas generaciones de estudiantes de medicina. 3. Hacer énfasis en rol de la mujer cirujana en el sistema de salud y en la sociedad.

Materiales: Revisión bibliográfica en artículos y libros de historia de la medicina y la cirugía.

Resultados: Se encontró que las primeras mujeres cirujanas se vieron en la necesidad de ocultar su género para poder ejercer su profesión. Hoy día, aunque el número ha aumentado y somos reconocidas, se nos sigue discriminando y no tenemos las mismas oportunidades en el campo directivo ni en el laboral.

Conclusiones: Debemos concientizar, capacitar y empoderar a las nuevas generaciones.

01 - ID140

Cáncer insospechado de vesícula biliar

Robin Germán Prieto Ortiz

Compensar Eps

rgprietoo@hotmail.com

Introducción: El cáncer de vesícula biliar (CVB) fue descrito por primera vez en 1777 por Maximiliano de Stoll. Es la neoplasia más frecuente del tracto biliar y la quinta más común del tracto gastrointestinal. Su incidencia varía entre el 0.8 y el 1.2 % de la población en general y la sobrevivida global a 5 años es del 5 %. Solo el 30 % se diagnostica prequirúrgicamente, con un promedio de supervivencia de 9.2 meses. El 70 % de los casos corresponde a cáncer insospechado de vesícula biliar (CIVB), con una supervivencia media de 26.5 meses.

Objetivos: Establecer la incidencia de CIVB en pacientes llevados a colecistectomía laparoscópica electiva en una EPS del país, en un periodo determinado.

Materiales: Estudio descriptivo de una cohorte retrospectiva, de pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica electiva en un periodo de un año. Se revisaron los informes de patología de todos los pacientes identificando aquellos con diagnóstico de cáncer de vesícula biliar. **Resultados:** Se realizaron 1377 colecistectomías electivas, en pacientes entre los 16 y los 76 años de edad, según los protocolos de la institución. En ninguno de los pacientes se sospechó CVB antes de la cirugía. En todos los casos se dispuso del informe de patología y solo en un paciente se encontró el diagnóstico de CIVB. **Conclusiones:** El CIVB corresponde al 0,7-0,9 % de los pacientes llevados a colecistectomía por patología benigna. En nuestra institución corresponde al 0,07 % para el periodo evaluado. Se recalca la importancia de revisar el informe de patología para definir un adecuado tratamiento en pacientes con CIVB.

01 - ID215

Manejo del sangrado gastrointestinal agudo alto y bajo: guía de práctica clínica

Catalina Ceballos Muriel, Juan Carlos Valencia, Luis Fernando Pino, Juliana Restrepo, Evaristo Bejarano, Ricardo Montenegro, Alexander Domínguez, Jorge Hernán Trujillo

Consortio Clínica Nueva Rafael Uribe Uribe-Clinica
Desa

catalina.ceballos.m@gmail.com

Introducción: Esta guía fue elaborada con el propósito brindar recomendaciones y establecer estándares de manejo en pacientes con hemorragia gastrointestinal, conforme a la mejor evidencia científica disponible, que estén al alcance de todo el personal de salud y que permita una adecuada adherencia del manejo de esta patología, optimización de los recursos y disminución de los resultados negativos en los pacientes.

Objetivos: Realizar recomendaciones puntuales y necesarias en pacientes adultos (mayores de 18 años de edad) que ingresan a la institución con diagnóstico de hemorragia de vías digestivas, alta o bajas, así como definir el abordaje inicial de pacientes con sangrado digestivo, tiempo de realización de los estudios diagnósticos y terapéuticos endoscópicos, y tiempo de realización de estudios de control para seguimiento.

Materiales: Se identificaron los términos clave de búsqueda y posteriormente se homologaron a términos MESH. Búsqueda de sinonimias. Utilización de truncadores y operadores booleanos sin restricciones para el idioma y con límite de publicación de los últimos 10 años. Se tuvo en cuenta cada uno de los objetivos a responder con esta guía. Las preguntas se dividieron entre las que requerían actualización, las que no requerían actualización y las preguntas nuevas.

Resultados: La realización de esta guía ha permitido estandarizar el manejo de paciente con sangrado gastrointestinal en nuestra institución, logrando disminuir la necesidad de procedimientos endoscópicos, reduciendo el tiempo de hospitalización y disminuyendo la morbi-mortalidad.

Conclusiones: Las guías de práctica clínica basadas en la mejor evidencia actualmente disponible son fundamentales para optimizar el manejo de pacientes en las instituciones de salud del país

01 - ID224

Diagnóstico de colecistitis acalculosa en pacientes previamente sanos

Roosevelt Fajardo, Maria Elena Velasquez, Stefania Fierro
Universidad Industrial de Santander
s.fierro358@uniandes.edu.co

Introducción: Históricamente la colecistitis acalculosa representa del 2 al 15 % de las colecistitis agudas. Se considera una complicación de una enfermedad grave, con una alta mortalidad dada por su difícil diagnóstico y rápida progresión.

Objetivos: Determinar la incidencia de la colecistitis acalculosa en la Fundación Santa Fe de Bogotá en un periodo de 3 años y las características clínicas de los pacientes con esta patología.

Materiales: Se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo, descriptivo, de historias clínicas de pacientes intervenidos por colecistectomía laparoscópica durante un periodo de tres años en la Fundación Santa Fe de Bogotá. Evaluamos hallazgos ultrasonográficos, descripciones quirúrgicas y reportes de patología. El diagnóstico de colecistitis acalculosa se hizo con la confirmación histológica de inflamación aguda de la vesícula biliar sin evidencia perioperatoria de cálculos.

Resultados: Revisamos 867 historias clínicas de pacientes sometidos a colecistectomía por laparoscopia durante un periodo de 3 años. De estos pacientes, a 671 se les realizó ecografía en nuestro hospital donde 581 reportaron colelitiasis y 90 no tenían evidencia de cálculos vesiculares. De estos 90 pacientes, en 11 no se encontraron cálculos o pólipos durante la cirugía, 1 reportó colecistitis eosinofílica y 3 (0,35%) presentaron colecistitis acalculosa.

Conclusiones: En contraste a lo que se describe en la literatura mundial, ninguno de nuestros pacientes se encontraba críticamente enfermo. Encontramos colecistitis acalculosa en pacientes ambulatorios o

en pacientes que asistieron al servicio de urgencias sin enfermedades graves asociadas. Se observó que estos pacientes tenían una presentación clínica similar a aquellos con colecistitis aguda con colelitiasis.

01 - ID354

Factores asociados a mortalidad a treinta días post-apendicectomía en pacientes del régimen contributivo en Colombia

Giancarlo Buitrago, Carlos Javier Rincón, Edgar German Junca, Javier Eslava-Schmalbach, Ruben Caycedo, Luis Carlos Leal Angarita, Pilar Carola Pinillos
Universidad Nacional De Colombia
pilar_carola@hotmail.com

Introducción: La tasa de mortalidad pos-apendicectomía y los factores asociados a ella no han sido reportados en Colombia, con estudios de nivel nacional.

Objetivos: Este estudio tiene como objetivo determinar la tasa de mortalidad a treinta días pos-apendicectomía (TM-30d) y los factores asociados, en pacientes adultos del régimen contributivo en Colombia.

Materiales: Estudio de cohorte retrospectivo, basado en datos administrativos de todos los pacientes adultos sometidos a apendicectomía, del régimen contributivo en Colombia, entre Julio de 2013 y Septiembre de 2015. Se estimó la TM-30d para el país, por regiones geográficas y por tercer pagador (EPS) y se realizaron mapas. Se identificaron factores socio-demográficos y clínicos asociados, con un modelo lineal generalizado multinivel para institución hospitalaria (IPS).

Resultados: Fueron incluidos 65137 pacientes, 50.2 % fueron hombres. La edad promedio fue 36.3 años con desviación estándar (DE) de 14.9 años; 1.2 % tuvieron un índice de Charlson (I-Ch) >3. Se usó laparoscopia en 7.0 %. La estancia promedio fue 3.8 días (DE 8.7 días=). La TM-30d fue 0.74 por 100 cirugías. La TM-30d por EPS estuvo entre 0.07 y 2.6, y por regiones geográficas entre 0.38 (Bogotá) y 1.47 (Pacífica). El OR ajustado fue significativo para edad (1.09 IC95% 1.08-1.09), I-Ch (1.30 IC95% 1.23-1.37), lavado peritoneal (2.65 IC95% 2.15-3.26), EPS y región geográfica

Conclusiones: La TM-30d del régimen contributivo en Colombia es de 0.74 por cada 100 apendicectomías. Hay diferencias en la mortalidad por edad, I-Ch, la necesidad de lavado peritoneal, región geográfica, EPS e IPS.

01 - ID358

Clinical Outcomes and Healthcare Costs Associated with Laparoscopic Appendectomy in a Middle-Income Country with Universal Health Coverage

Giancarlo Buitrago, Edgar German Junca, Javier Eslava-Schmalbach, Ruben Caycedo, Luis Carlos Leal, Pilar Carola Pinillos
Universidad Nacional de Colombia
lucas.lean@gmail.com

Introducción: Although many studies have compared outcomes of laparoscopic appendectomy (LA) and open appendectomy (OA), some clinical and economic outcomes continue to be controversial, particularly in low-medium income countries.

Objetivos: We aimed at determining clinical and economic outcomes associated with LA versus OA in Colombian adult patients.

Materiales: Retrospective, cohort study based on administrative healthcare records included all patients who underwent LA or OA in Colombia's contributory regime between July-2013 and September-2015. Outcomes were 30-day mortality rates, ICU admissions rates, length of stay (LOS), and hospital costs provided until discharge. Propensity score matching (PSM) techniques were used to balance baseline characteristics and to estimate average treatment effect (ATE) of LA as compared to OA

Resultados: 65,625 subjects were included, 92.9% underwent OA and 7.1% LA. For entire population, 30-day mortality was 0.74% (95%CI 0.67-0.81), average LOS was 3.83 days (95%CI 3.76-3.89), and ICU admissions rate during the first 30-days was 7.92% (95%CI 7.71-8.12). ATE shows that probability of dying after 30-days is 0.35% ($p=0.023$) less with LA than with OA. No effects on ICU admissions or LOS were identified. LA was found to increase costs by 514.13 USD on average, with total costs of 772.78 USD for OA and 1,286.91 USD for LA (p

Conclusiones: In Colombia's contributory regime, LA is associated with lower 30-day mortality rate and higher hospital costs as compared to OA. No differences are found in ICU admissions or LOS.

01 - ID417

Manejo de colecistitis aguda en el adulto mayor

Francisco Díaz Cuervo, Camilo Andres Avella Molano, Gabriela Lucia Larios Beltran, Natalia Quintana Montejo, Mario Andrés Rodríguez Albarracín

Facultad de medicina de la Universidad de los Andes y Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá
ca.avella967@uniandes.edu.co

Introducción: El envejecimiento de la población general es un fenómeno mundial que implica la presentación de enfermedades en la tercera edad con mayor morbimortalidad, dada la existencia de múltiples comorbilidades. Entre estas las patologías biliares litiasicas presentan un reto para el cirujano al momento del manejo quirúrgico.

Objetivos: Presentar una serie de casos de pacientes adultos mayores con patología vesicular litiasica a los que se les practicó colecistectomía. Exponiendo la epidemiología, manejo y complicaciones, así como indicadores de proceso y resultados.

Materiales: Acceso al sistema de historias clínicas se buscaron registros de pacientes mayores de 65 años a quienes se les realizó colecistectomía para manejo de su patología vesicular, obteniendo parámetros clínicos, indicadores de proceso e indicadores de resultados. Las referencias consultadas fueron obtenidas del buscador PubMed.

Resultados: Se obtuvieron registros de 150 pacientes en un periodo de 24 meses. La frecuencia de las complicaciones es mayor en la población adulta mayor, se aumentan los tiempos quirúrgicos, la estancia hospitalaria e infección de sitio operatorio. La actual literatura reporta similares resultados en pacientes adultos mayores. Aunque contradice el manejo quirúrgico laparoscópico como exitoso. Con la edad aumentan las comorbilidades y el riesgo de sangrado e infección aumentan.

Conclusiones: La presentación de colecistitis aguda en adultos mayores implica mayor incidencia de complicaciones dadas las múltiples comorbilidades.

La evidencia corrobora estos datos presentados en nuestra serie de casos y hasta el momento se recomienda realizar colecistectomía de manera electiva antes de que se presente con colecistitis aguda.

01 - ID537

Creación del grupo de interés en cirugía: una iniciativa estudiantil

Manuel Enrique Cadena Gutierrez, Maria Paula Corzo Villamizar, Paula Muñoz Prieto, Liliana Gomez, Maria Fernanda Moreno

Universidad de Los Andes, Facultad de Medicina
mp.corzo10@uniandes.edu.co

Introducción: El SIG es un grupo de interés de cirugía creado por los estudiantes de la facultad de medicina de la Universidad de los Andes, del cual también son participes cirujanos generales y subespecialistas de la Fundación Santa Fe de Bogotá. Actualmente, está liderado por cirujanos y por estudiantes y se caracteriza por actividades que fomentan el aprendizaje teórico y práctico de la especialidad quirúrgica, tales como revisiones de tema, talleres prácticos y sesiones de preguntas, entre otros.

Objetivos: Nuestro objetivo principal es fomentar y reforzar el conocimiento, interacción y participación en la especialidad, para desarrollar el pensamiento crítico, lógico y organizado, buscando generar aptitudes indispensables para la práctica quirúrgica. Algunos de los objetivos secundarios incluyen fomentar la iniciativa estudiantil, servir como intermediario para una mayor alianza y acercamiento profesional entre los estudiantes y docentes, para promover la investigación y formar parte del American College of Surgery.

Materiales: Surge como una iniciativa estudiantil caracterizada por participes con un interés genuino y específico, que es potenciar las capacidades del estudiante que se presentará en un futuro al programa de residencia, haciéndolo un individuo mejor preparado, con publicaciones de calidad en su hoja de vida y con relaciones dentro del gremio quirúrgico.

Resultados: A futuro buscamos desarrollar un manual de cirugía general que sirva de apoyo y que promueva iniciativas estudiantiles.

Conclusiones: Es un grupo creado a partir de una iniciativa estudiantil que permite desarrollar las destrezas multidimensionales, indispensables para la práctica quirúrgica.

01 - ID551

Agnesia vesicular: reporte de caso

Javier Gregorio Lievano Barreto, Ximena Franco Castañeda

Universidad De Caldas

gregoriolievano@gmail.com

Introducción: La agnesia vesicular es una condición poco frecuente que generalmente se encuentra como hallazgo intraoperatorio en pacientes con sintomatología sugestiva de cólico biliar.

Objetivos: Documentar el caso de una paciente llevada a colecistectomía laparoscópica con hallazgos de agnesia vesicular y perihepatitis por enfermedad pélvica inflamatoria.

Materiales: Descriptivo. Reporte de caso y revisión bibliográfica de la literatura.

Resultados: Paciente femenina de 20 años de edad, quien consultó por cuadro de 20 días de evolución consistente en dolor en hipogastrio, con migración hacia flanco e hipocondrio derechos, náuseas y emesis. Además, refirió flujo vaginal de mal olor. Al examen físico había dolor a la palpación de hipocondrio derecho y signo de Murphy positivo, y por una ecografía hepatobiliar con sospecha de vesícula esclero-atrónica y colelitiasis múltiple, se consideró que se trataba de una colelitiasis sintomática, por lo que fue llevada a colecistectomía laparoscópica. En cirugía no se identificó vesícula biliar ni remante; se evidenció abundante líquido inflamatorio perihepático, peritoneo parietal eritematoso y adherencias perihepáticas, pelvis congestiva, trompas tortuosas con fibrina y útero involucionado. Se consideró como diagnóstico final perihepatitis asociada a enfermedad pélvica inflamatoria o síndrome de Fitz-Hugh-Curtis y se indicó manejo antibiótico. Se confirmó agnesia vesicular mediante endosonografía biliopancreática. Paciente quien presentó adecuada evolución clínica y fue dada de alta.

Conclusiones: La agnesia de la vesícula biliar es una condición anatómica infrecuente (se han docu-

mentado alrededor de 490 casos en la literatura). Es importante conocerla ya que los pacientes consultan por cólico biliar y la ecografía suele evidenciar una vesícula escleroatrófica y colelitiasis. Usualmente el diagnóstico se confirma de manera intraoperatoria.

01 - ID579

Evidencia actual en el manejo integral de la fistula enteroatmosférica: aplicación en hospital de IV nivel.

Maria Laura Daza Fernandez, Elio Fabio Sanchez

Hospital Universitario San Ignacio - Pontificia Universidad Javeriana
mldf30@hotmail.com

Introducción: La fistula enteroatmosférica es una de las complicaciones más devastadoras en la cirugía abdominal, requiriendo un manejo multimodal que incluye manejo de la sepsis, corrección de trastornos hidroelectrolíticos, soporte nutricional, manejo de la herida y procedimientos quirúrgicos. Realizamos una evaluación de nuestra práctica en el manejo de las fistulas enteroatmosféricas a la luz de la evidencia actual.

Objetivos: Comparar la práctica en nuestra institución en el manejo integral de la fistula enteroatmosférica con la evidencia actual en la literatura.

Materiales: Realizamos una revisión del manejo actual de la fistula enteroatmosférica en cuanto a soporte nutricional, manejo de la herida, efluente y manejo definitivo de la fistula, y lo comparamos con la experiencia en nuestra institución.

Resultados: El manejo de la fistula enteroatmosférica debe concentrarse inicialmente en la corrección de trastornos hidroelectrolíticos, control de la sepsis y del efluente. La desnutrición es un problema común, por lo cual se debe implementar un soporte nutricional enteral, siempre que sea posible, y en caso de requerirlo por las características de la fistula, nutrición parenteral total o nutrición mixta. Manejo de la herida es esencial para la recuperación del paciente y favorecer el cierre espontáneo de la fistula.

Conclusiones: El manejo integral de la fistula enteroatmosférica, especialmente el soporte nutricio-

nal y el cuidado de la herida, mejoran los desenlaces clínicos y la calidad de vida de los pacientes.

01 - ID638

Experiencia en el manejo quirúrgico del plastrón apendicular

Pablo Pinzon, Danny Conde Monroy, Felipe Giron Arango, Fernando Gutierrez Infante, Raquel Tabares, Ana Maria Toro Naranjo

Universidad Del Rosario
felipegiron15@gmail.com

Introducción: La respuesta inflamatoria en apendicitis aguda a veces puede culminar con un aumento de los mecanismos de defensa del propio paciente, llevándolo a la formación de un plastrón inflamatorio. Este se define como la adherencia de tejidos u órganos vecinos al apéndice, cubriéndolo y ocultándolo. Su diagnóstico se sospecha por hallazgos clínicos como evolución mayor a 4 días y palpación de masa en fosa iliaca derecha y se confirma con imágenes. El tratamiento preferido en la literatura universal es la aplicación de antibióticos, drenaje percutáneo de absceso y vigilancia clínica. Por otro lado, el tratamiento quirúrgico generalmente es rechazado por algunos grupos, ya que es técnicamente demandante y con riesgo de producir lesión en órganos vecinos, ostomías o requerir cirugías mayores como una hemicolectomía derecha.

Objetivos: Describir la experiencia en un hospital de cuarto nivel en Colombia, el Hospital Mayor de Mederi, en el manejo quirúrgico del plastrón apendicular, sus complicaciones y resultados.

Materiales: Se revisaron las bases de datos del Hospital Mayor de Mederi entre los años 2014 y 2018, y se seleccionaron los pacientes con diagnóstico de plastrón apendicular manejado quirúrgicamente. Los casos manejados de forma no quirúrgica fueron excluidos.

Resultados: Se obtuvieron 48 casos manejados de forma quirúrgica, siendo obstrucción intestinal (16,7 %) la complicación más frecuente. No se presentó ninguna mortalidad asociada.

Conclusiones: El manejo del plastrón apendicular corresponde a una de las aproximaciones más controversiales dentro del campo de la cirugía, con poca claridad en cuanto a opciones de abordaje quirúrgico disponibles en la literatura.

01 - ID661

Incidencia de apendicectomías negativas y apendicitis perforada cuando se usa tomografía computarizada versus abordaje clínico. Estudio de cohorte

Maria Fernanda Castro Cuaran, Yolanda Torres, Andres Isaza
Universidad del Rosario
mariaf.castro@urosario.edu.co

Introducción: En los últimos años se ha introducido la tomografía computadorizada (TC) como ayuda diagnóstica en la apendicitis aguda, con evidencia en contra y a favor de su uso rutinario.

Objetivos: Estimar la incidencia de apendicectomías negativas y apendicitis perforada, comparando la TC versus el abordaje clínico, en un hospital de alto nivel de complejidad.

Materiales: Estudio de cohorte retrospectiva con base en revisión de historias clínicas de pacientes llevados a apendicectomía en los años 2015-2016. Se revisaron los resultados de la TC, histopatología y descripciones quirúrgicas.

Resultados: La incidencia de apendicectomía negativa fue de 10,9 % y la de apendicitis perforada de 31,2 %. La apendicectomía negativa es menor en el grupo TC, con un RR de 0,652 (IC95% 0,374-1,137), aunque sin significancia estadística. La apendicitis perforada es mayor en el grupo TC, con un RR de 1,4 de presentar apendicitis perforada en este grupo (IC95% 1,16-1,88). El uso de TC se asoció con una menor incidencia de apendicectomía negativa (OR 0,371, IC95% 0,187-0,736), una vez se ajustó por la variable sexo y la probabilidad clínica. El uso de TC no se asoció con la apendicitis perforada cuando se ajustó por la edad, el tiempo hasta el manejo quirúrgico y el tiempo de evolución de dolor (OR 0,994 IC95% 0,595-1,659).

Conclusiones: En este estudio, el uso de TC se asocia con una menor incidencia de apendicectomía

negativa, sin asociarse con un aumento en la apendicitis perforada una vez se ajusta por las variables confusoras.

01 - ID664

Implementación del programa de apendicectomía ambulatoria en un hospital universitario de alta complejidad

Alfonso Marquez Ustariz, Lilian Torregrosa Almonacid, Jesus David Rosso Bayona
Pontificia Universidad Javeriana
jrosso@javeriana.edu.co

Introducción: La apendicitis aguda es el tercer motivo de consulta más frecuente en nuestro servicio de urgencias. Aproximadamente 5,2 % de los postoperatorios presentan alguna complicación. En el Hospital San Ignacio se instauró un protocolo para el manejo ambulatorio de pacientes con apendicitis aguda no complicada, tomando como referencia las guías avaladas internacionalmente.

Objetivos: Comprobar si los pacientes con apendicitis aguda no complicada llevados a apendicectomía en el Hospital San Ignacio se benefician del protocolo institucional de manejo postoperatorio ambulatorio.

Materiales: Estudio descriptivo de tipo prospectivo. Pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda no complicada llevados a cirugía entre octubre de 2017 y Septiembre de 2018. Se consolidaron datos y se realizó análisis univariado calculando frecuencia de complicaciones. Se evaluaron ventajas del protocolo institucional y se comparó con la literatura. El estudio está en desarrollo y se presentan resultados parciales.

Resultados: En el Hospital San Ignacio se realizan en promedio cerca de 55 apendicectomías mensuales; el 68 % (38) son no complicadas. De estas, aproximadamente el 19 % se realizan vía abierta y el restante por laparoscopia. Los pacientes operados por apendicitis aguda no complicada en el Hospital San Ignacio son en su mayoría mujeres (únicamente el 42 % son hombres), con mediana para la edad de 28,5 años. Hasta el momento se ha evidenciado alrededor de 2 % de complicaciones postoperatorias, la mayoría siendo reingreso por dolor.

Conclusiones: Con los resultados parciales se puede concluir de forma parcial que los pacientes con apendicitis aguda no complicada manejados con el protocolo institucional se benefician de continuar el manejo postoperatorio ambulatorio.

01 - ID692

Implementación de un modelo de atención de cuidado postoperatorio intrahospitalario basado en la semaforización según prioridad clínica del paciente quirúrgico

Anibal Ariza, Carlos Eduardo Diaz, Lilian Torregrosa
Hospital Universitario San Ignacio
cediazc@gmail.com

Introducción: El área de hospitalización de cirugía general es fundamental en el cuidado del paciente perioperatorio. Es necesario priorizar el cuidado de los pacientes, generando estrategias de trabajo que mejoren el ambiente laboral y ayuden al fortalecimiento de conceptos básicos que deben tener los residentes de cirugía general del hospital Universitario San Ignacio.

Objetivos: Diseñar e implementar un modelo de revista interdisciplinaria, con base a la priorización de los pacientes a cargo del servicio cirugía, según su condición clínica, identificando tempranamente aquellos que tienen riesgos clínicos.

Materiales: Definición de grupos focales para realizar la evaluación del modelo antiguo (tradicional) de revista versus el nuevo modelo de valoración asistencial “semaforizado”, clasificando pacientes en categorías rojo, amarillo y verde, de acuerdo con su condición clínica y las exigencias en su cuidado.

Resultados: Los resultados mostraron una percepción favorable, con porcentajes de aceptación del 90 %, identificando esta estrategia como una herramienta amigable y eficiente en el manejo postoperatorio de los pacientes en el hospital San Ignacio. Adicionalmente se identificó una mayor agilidad en los procesos administrativos y una tendencia a menor estancia hospitalaria.

Conclusiones: El modelo de atención postoperatoria “semaforizado” es una herramienta que permite mejorar los procesos asistenciales y administrativos, considerándose amigable y efectivo.

EDUCACIÓN

01 - ID40

Evaluación de las habilidades cognitivas y destrezas de resucitación en equipo de estudiantes de medicina con el curso trauma evaluation and management (TEAM®)

Maria Fernanda Jimenez, Catalina Mejia, Andres Isaza, Victor Velandia, Felipe Vargas, Karen Brasel, Stephen Bush, Sharon Henry, Monique Drago, Ronald Stewart
Hospital Mederi. Universidad del Rosario
mafejimenez2000@yahoo.es

Introducción: El Curso TEAM® es una versión abreviada del curso ATLS que introduce los conceptos de evaluación y manejo del trauma. El trabajo en equipo, el liderazgo y las habilidades de comunicación son áreas de especial interés en la salud, ya que fallas en estos son factores en los eventos adversos.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue evaluar las habilidades de retención inmediata del conocimiento, la comunicación y el desempeño en la reanimación del paciente traumatizado, utilizando el enfoque de trabajo en equipo, en los estudiantes de medicina que tomaron el curso TEAM®.

Materiales: Realizamos un estudio observacional cuasi experimental de comparación, previo y posterior a la intervención, de los efectos del curso TEAM® (3ª edición) sobre el rendimiento en el conocimiento y la reanimación en equipo.

Resultados: El curso TEAM® se realizó en noviembre de 2015 en una facultad de Medicina en Bogotá. Los 92 participantes mostraron una mejora significativa en las habilidades cognitivas.

Conclusiones: El Curso TEAM® mejora el conocimiento didáctico y el rendimiento del trabajo en equipo y de las habilidades de resucitación durante el trauma.

01 - ID64**Guía ATA 2015 de nódulo tiroideo: ¿Los estudiantes de último año las utilizan correctamente?***Alvaro Sanabria*Universidad de Antioquia
alvarosanabria@gmail.com

Introducción: El nódulo tiroideo y el cáncer de tiroides son consultas frecuentes en atención primaria. Existen guías que ayudan a definir el tratamiento de los pacientes. No se conoce la adherencia de dichas guías entre estudiantes de medicina.

Objetivos: Describir el conocimiento y aplicación de las recomendaciones ATA 2015 de nódulo tiroideo en un caso clínico real.

Materiales: Semanalmente se presentó un caso clínico de un paciente con un nódulo tiroideo de bajo riesgo con resultados de laboratorio, imágenes, patología y seguimiento, a estudiantes de medicina de último semestre. Para cada toma de decisión se estableció una pregunta de selección múltiple. Los resultados se presentan como frecuencias.

Resultados: Participaron 65 estudiantes y se obtuvieron 845 respuestas. El rango de no respuesta estuvo entre 5 a 46 %, mayor para la clasificación del riesgo dinámico y la conducta de seguimiento. El rango de respuesta correcta estuvo entre 2 y 88 %, mayor para riesgo de malignidad según Bethesda, conducta quirúrgica y riesgo de recurrencia. El riesgo ecográfico se sobreestimó en 40-55 %, la conducta de BACAF en 51 %, la necesidad de tiroidectomía total en 35 %, el TNM en 43 %, la recurrencia en 18 %, el riesgo basal en 40 % y el riesgo dinámico en 46 %. Se indicó ablación con yodo de forma innecesaria en 27 %.

Conclusiones: Existe desconocimiento de ítems importantes para el abordaje de pacientes con nódulos de tiroides de bajo riesgo por estudiantes de medicina de último año. Hay una sobre estimación importante del riesgo. Esto puede explicar el sobre diagnóstico de nódulo y cáncer de tiroides

01 - ID136**Modelo de educación médica basado en competencias para estudiantes de la Universidad de los Andes, durante la rotación de Cirugía general en el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá***María Elena Velasquez Acosta, Maria Tereza Gomez, Elena Maria Trujillo*Fundación Santa Fe de Bogotá - Universidad de los Andes
me.velasquez.acosta@gmail.com

Introducción: La educación médica basada en competencias ha sido la revolución más importante en la enseñanza médica del siglo XXI. La educación médica tradicional establecía al maestro transmisor con estudiantes receptores; esto no permitía integración del conocimiento. Este modelo no cumple con las demandas de salud poblacional.

Objetivos: Este estudio de investigación-acción participativa buscó transformar un espacio de enseñanza en el hospital (práctica clínica supervisada), en un modelo de educación médica con alineación curricular entre competencias, metodología y evaluación.

Materiales: La población fueron estudiantes de 4° año de medicina en la Universidad de los Andes durante su rotación de Cirugía general en el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá en Colombia. Después de realizar un diagnóstico, se adoptó un plan para transformar este espacio educativo en una experiencia de aprendizaje basada en competencias. Como fue un estudio cualitativo, se analizaron los resultados codificando la información en tres categorías: competencias, metodología y evaluación y se triangularon los datos de diferentes fuentes: currículo oficial y currículo operativo.

Resultados: Después de hacer un diagnóstico, se diseñó una actividad que impactó las competencias de cuidado y atención al paciente y ética y profesionalismo. Esta ocurrió en dos escenarios y momentos diferentes: simulación y práctica con pacientes rea-

les. La evaluación fue formativa, concebida desde el diseño.

Conclusiones: La actividad fue factible porque no tomó más tiempo que la tradicional, se centró en los estudiantes, impactó las competencias deseadas, su metodología y evaluación fueron fáciles de implementar. Los estudiantes participantes alcanzaron las competencias objetivo y manifestaron gran satisfacción.

01 - ID181

Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda

Juan Carlos Valencia Salazar, Javier Alexander Dominguez, Luis Fernando Pino Oliveros, Catalina Ceballos Muriel, Evaristo Carlos Bejarano, Juliana Restrepo, Ricardo Montenegro, Jorge Hernan Trujillo

Consorcio Clinica Rafael Uribe Uribe - Clinica Desa Cali
jkvalencia@gmail.com

Introducción: La pancreatitis aguda es una enfermedad muy frecuente y aunque su manejo es cada vez menos quirúrgico, los consensos apuntan hacia el cirujano como tratante de esta patología. Los conceptos modernos implican el trabajo multidisciplinario para el tratamiento de esta, lo cual requiere definiciones de roles. Por otra parte, la Medicina Basada en Evidencia sigue siendo hasta el momento la mejor herramienta para el cuidado de los pacientes. De acuerdo a la última versión de la pirámide de la evidencia (Haynes), las guías de práctica clínica basadas en la evidencia, se encuentran en lo más alto de esta, superada únicamente por los Sistemas Automatizados para la toma de decisiones (por ejemplo, Watson de IBM), los cuales aún no están a nuestro alcance real.

Objetivos: Disminuir la mortalidad y morbilidad asociada a pancreatitis aguda. Erradicar la variabilidad clínica. Mejorar la eficiencia en diagnóstico y clasificación inicial del paciente. Detectar y tratar de manera oportuna las complicaciones. Evitar nuevos episodios cuando esta sea prevenible. Lograr equipos de trabajo para el manejo.

Materiales: Búsqueda de la literatura de los últimos 5 años, encontrando 367 Guías y 202 artículos; se aplicaron los respectivos filtros obteniendo una guía madre, dos guías de apoyo y 12 artículos con peso estadístico para la elaboración final de la guía.

Resultados: Se obtiene la guía práctica de medicina basada en la evidencia, para ser implementada en nuestra institución.

Conclusiones: Esta guía posee el rigor científico suficiente para ser implementada en nuestra institución y para ser puesta a discusión por los cirujanos del país.

01 - ID402

Evaluación del profesionalismo en estudiantes de medicina

Neil Valentin Vega Peña, Luis Carlos Dominguez, Alvaro Sanabria

Universidad de La Sabana
neilvalentin@gmail.com

Introducción: Profesionalismo es el conjunto de características adquiridas y depende del contexto. Es una prioridad en la educación médica para la próxima década. En Colombia no existe en los planes de estudio de las Facultades de Medicina y su evaluación es posible de acuerdo a la escala de Penn State, que comprende seis dominios principales (respeto – honestidad - altruismo - servicio - excelencia – responsabilidad).

Objetivos: Establecer el nivel de auto-percepción de conducta profesional de estudiantes de medicina de la Universidad de la Sabana en el área clínica y determinar el orden de importancia asignado por los estudiantes a los atributos de profesionalismo.

Materiales: Evaluación de las actitudes de profesionalismo en estudiantes de medicina con la escala “The Penn State College Of Medicine”, validada al español. Estudio transversal llevado a cabo entre junio y octubre de 2017, donde se incluyeron estudiantes de pregrado en área clínica (semestres 5-14). Tamaño de la muestra requerido 237 estudiantes (error alfa 0.05, prevalencia 50%, precisión 5%, con sobre estimación del 10%).

Resultados: Puntaje global de profesionalismo auto percibido fue de 3,96 (rango 3,65-4,33) sobre 5.0 puntos en 358 estudiantes. Mayor dominio responsabilidad, menor dominio honestidad. No hay diferencia en actitudes hacia profesionalismo entre semestre 5 y 14 (p 0.4). Confiabilidad del instrumento alta: Cronbach 0,86.

Conclusiones: El nivel de profesionalismo al ingresar al área clínica y al finalizar la carrera se mantiene. Debe ser medición obligada en cada Facultad de Medicina, por ser un indicador poderoso de proceso y resultado.

01 - ID625

Abriendo la caja de pandora: ¿Que contienen los instrumentos que miden el ambiente de aprendizaje en medicina?

Mariagracia Martínez, Luis Carlos Domínguez, Jorge Restrepo, Jennifer Cagua

Departamento de Cirugía, Universidad de la Sabana, Chía, Colombia.

mariagraciamane@gmail.com

Introducción: La medición del ambiente de aprendizaje es fundamental en la calidad de la educación médica. Existen múltiples instrumentos diseñados, pero su contenido, fundamento teórico y utilidad práctica son variables.

Objetivos: Este estudio pretende sintetizar la validez de contenido de estos instrumentos y su alcance en la educación en cirugía.

Materiales: Revisión sistemática de la literatura de estudios originales en idioma inglés y español publicados desde 1990 hasta 2017 en Pubmed, ERIC, British Nursing Index, Google Scholar, Science Direct, Cochrane, CINALH y Latindex. Se analizaron los dominios que definen el ambiente de aprendizaje, así como sus fundamentos teóricos y métodos para determinar la validez de contenido.

Resultados: Se incluyeron un total de 38 estudios que evaluaron 12 instrumentos. El 25 % estuvieron respaldados por una teoría educativa subyacente. El 8.3 % están disponibles en idioma español. La mayoría fueron diseñados para escenarios clínicos y solo 16.6 % y 8.3 % fueron diseñados para eva-

luar el ambiente de aprendizaje en el quirófano y la comunidad, respectivamente. Los dominios más frecuentemente evaluados fueron la atmósfera del aprendizaje (100 %), la percepción social (83.3 %) y la percepción académica (83.3 %). La validez de contenido se estableció principalmente mediante panel de expertos o método Delphi (100 %).

Conclusiones: Aunque existen diversos instrumentos para evaluar el ambiente de aprendizaje en pregrado, los dominios que pretenden medir son limitados. Su validez de contenido está fundamentada en investigación cualitativa y menos frecuentemente en teoría educativa. Es necesaria la adaptación y diseño de nuevos instrumentos, dado el alcance limitado que existe en la educación en cirugía.

OTROS

01 - ID237

Daño corporal en cirugía general. Análisis de 100 casos de responsabilidad medica en cirugía general en el CENDES 2014-2017 en la ciudad de Medellín

Andres Acevedo Betancur, Alberto Meyer, Felipe Zapata Uribe, Javier Serrano De Castro

Universidad CES

Pipe.zu77@gmail.com

Introducción: Durante la evolución del ejercicio de la medicina se ha venido observando un aumento en los procesos de responsabilidad derivados del ejercicio médico, especialmente en las especialidades quirúrgicas, que corresponden al 50 % de los mismos.

Objetivos: Identificar dentro de 100 casos del CENDES entre los años 2014 a 2017, cuáles factores dentro de las actividades de cirugía general, pueden generar demandas por responsabilidad médica.

Materiales: Estudio observacional, retrospectivo, en el que se analizaron casos de demandas por responsabilidad médica de la especialidad de cirugía general, que se encuentran el CENDES.

Resultados: Se encontró 51 % de mujeres y 49 % de hombres, con edad promedio de 46 años. El 29 %

por patología pancreatobiliar, 11 % apendicular, 12 % por trauma, 14 % neoplásica y 34 % por otras patologías. Los procedimientos fueron intestinales en 52 %, biliares 20 %, torácicas 4 %, cirugía abierta posterior a procedimientos endoscópicos 5 %, ginecológicas 2%, de cabeza y cuello 5 % y otros procedimientos en 12 %. El 43 % presentaron complicaciones relacionadas a cirugía intestinal, 7 % relacionada con patología biliar, 1 % a cuerpo extraño y 1 % a diagnóstico erróneo. El resto no estaban relacionados con los procedimientos quirúrgicos mencionados. El daño atribuido en un 55 % fue por desenlace fatal, 36% relacionado a secuelas de los procedimientos y 9 % relacionados con la atención previa al procedimiento.

Conclusiones: De los procedimientos identificados, la cirugía intestinal y biliar hacen parte de las cirugías más realizadas, sin embargo las principales causas de demandas evidenciadas en nuestro estudio fueron el fallecimiento de los pacientes y la falta de atención oportuna, que conllevó a mayor tasa de complicaciones de los pacientes.

01 - ID338

Diseño e implementación de una herramienta electrónica de registro en smartphone para optimizar la vigilancia de la morbilidad y mortalidad posoperatoria en el departamento quirúrgico de un hospital universitario

Lilian Torregrosa Almonacid, Anibal Ariza, Andres Aponte
Pontificia Universidad Javeriana - Hospital Universitario San Ignacio
apl1409@gmail.com

Introducción: El análisis de las complicaciones en un servicio de Cirugía General constituye la herramienta importante para la gestión de las mismas. La autoevaluación precisa un sistema estandarizado de medida para poder comparar resultados y fijarnos acciones medibles de mejora.

Objetivos: Diseñar e Implementar el uso de una herramienta electrónica (aplicativo Smartphone), para la recolección de datos en tiempo real, de forma precisa, fácil y oportuna, de las complicaciones postoperatorias en el servicio de cirugía general del Hospital Universitario San Ignacio.

Materiales: Análisis del problema - Revisión de la literatura – Diseño de sistema de registro (Aplicativo Smartphone) - Recolección de datos (complicaciones postoperatorias) - Análisis mensual de los resultados de las complicaciones registradas.

Resultados: Los resultados recogidos durante el primer año de implementar la aplicación es impactante, registrando aproximadamente 269 complicaciones en el departamento de Cirugía de una institución de cuarto nivel en Bogotá, Colombia, basándose en las principales complicaciones en los departamentos de Cirugía y dividiéndolas según la clasificación Clavien Dindo, de las cuales 243 fueron registradas para el servicio de Cirugía General únicamente. El subregistro fue evidente al comparar los datos reportados por la institución de salud.

Conclusiones: Es importante conocer con precisión la morbilidad y mortalidad de los departamentos de cirugía general en cada institución de salud, que es un indicador de calidad. Por las dificultades que se presentan durante el registro y el análisis de los casos complicados, es de vital importancia crear herramientas para el registro y análisis de las principales complicaciones.

01 - ID346

Los diferentes perfiles epidemiológicos de pacientes con divertículo de Meckel, en un hospital pediátrico de referencia en Colombia. Estudio retrospectivo de 8 años.

David Mauricio Figueroa Bohórquez, Juan Valero, Edgar German Junca

Universidad Nacional de Colombia
damfigueroabo@unal.edu.co

Introducción: El divertículo de Meckel (DM) es el trastorno embriológico más frecuente del tracto gastrointestinal, produciéndose tras el fallo en la invaginación del conducto onfalomesentérico, conteniendo frecuentemente, mucosa con tejido heterotópico. El divertículo de Meckel puede ser asintomático, o tornarse sintomático, de diversas maneras, a lo largo de la vida.

Objetivos: Caracterizar la población a la que se le realizó el diagnóstico de divertículo de Meckel y que

fue sometida a resección quirúrgica, comparando aquellos pacientes sintomáticos contra los diagnosticados de manera incidental.

Materiales: Se revisaron los archivos del departamento de patología de un hospital pediátrico en Bogotá, seleccionando las muestras rotuladas como divertículo de Meckel, entre los años 2009 a 2016. Se realizó análisis estadístico de datos poblacionales, operatorios y patológicos, tomados de la historia clínica, con aval del comité de ética institucional

Resultados: Se obtuvieron en total 90 pacientes, siendo 66 % de género masculino. La edad promedio al momento de la resección fue de 6,2 años. El 55,5 % de los pacientes intervenidos tenían complicaciones

asociadas al divertículo, más frecuentemente hemorragia digestiva, seguida por obstrucción intestinal. El 90,9 % de los pacientes sintomáticos por divertículo de Meckel tenían tejido heterotópico, mientras que los no sintomáticos, lo tenían tan solo el 40,2 % de las veces. El divertículo de Meckel se localizó en promedio a 46,3 cm de la válvula ileocecal.

Conclusiones: Nuestros pacientes con divertículo de Meckel analizados de manera global, tuvieron características demográficas similares a lo descrito en la literatura, sin embargo hay marcada diferencia entre los grupos con divertículo de Meckel sintomático y asintomático, representando dos perfiles epidemiológicos que se deben analizar de manera diferente.

Casos clínicos

CABEZA Y CUELLO

02 - ID116

Abordaje transhioideo para tumores de base de lengua: una opción quirúrgica en la era de la robótica

Andres I Chala Galindo, Oscar Salazar, Gerson Murillo
Universidad De Caldas
andreschalag@hotmail.com

Introducción: Para el abordaje de los tumores de base de lengua se proponen múltiples accesos; trotter con o sin mandibulotomía, faringotomía lateral, transoral con resección CO₂, cirugía robótica o endoscópica (TORS), abordaje transhioideo. Algunos requieren tecnología costosa y no disponible en todos los centros, y otros conllevan morbilidad asociada con periodos largos de hospitalización.

Objetivos: Se propone el abordaje transhioideo como uno seguro para abordaje de la base de lengua, sin requerir traqueostomía, en cualquier periodo de edad y con baja morbilidad asociada.

Materiales: Se revisan 5 casos operados entre enero de 2014 y diciembre de 2017 en el servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello de la Universidad de Caldas, con abordaje vía transhioidea, para tumores de base de lengua. Se consideraron las variables patología, técnica de abordaje quirúrgico, necesidad de traqueostomía, tiempo quirúrgico, morbilidad y estancia hospitalaria.

Resultados: Se encontraron 5 pacientes, 3 masculinos y 2 femeninos, con edades entre 4 y 60 años, con tamaño tumoral de 2 a 5cm, todos con resección

vía cervical transhioidea, con un tiempo quirúrgico de 40-130 minutos. Ninguno requirió traqueostomía, solo soporte ventilatorio con IOT por 24 horas en todos los casos. La estancia hospitalaria fue de tres días. Ninguno presentó infección del sitio operatorio ni morbilidad postoperatoria. El diagnóstico final fue tiroides lingual en dos pacientes, hamartoma en un paciente, hemangioma en un paciente y carcinoma escamocelular en un paciente.

Conclusiones: Este abordaje transhioideo es seguro en casos seleccionados en pacientes con tumores de base de lengua, con baja morbilidad y estancia hospitalaria, y en especial bajo costo y accesibilidad, sin necesidad de tecnología especial.

02 - ID117

Tumor maligno del glomus carotideo. Reporte de tres casos y revisión de la literatura

Andres Ignacio Chala Galindo, Carlkos Gomez Vera, Andrea Carolina Albornoz
Universidad De Caldas
andreschalag@hotmail.com

Introducción: El tumor del cuerpo carotideo es el paraganglioma extra-adrenal más frecuente. El carcinoma del mismo es una entidad rara con incidencia reportada entre el 0.03 y 6 %. El diagnóstico preoperatorio suele ser difícil, la historia familiar y bilateralidad se presenta en el 10 %. La presencia de metástasis regionales y a distancia se encuentran entre el 15 a 30 %. La sospecha intraoperatoria es fundamental, en especial para disminuir la morbilidad y adecuar el manejo definitivo. **Objetivos:** Presentación de 3 casos y revisión de la literatura.

Materiales: Se revisan los casos intervenidos quirúrgicamente por carcinoma del tumor del cuerpo carotideo, en el servicio de cirugía de Cabeza y Cuello de la Universidad de Caldas entre marzo de 1995 y enero de 2018, considerando su abordaje diagnóstico, quirúrgico, estadio clínico, patología y morbilidad

Resultados: Se incluyeron 3 de 139 pacientes con tumor del cuerpo carotideo (2.15 %). La primera una mujer de 45 años con carcinoma unilateral e historia familiar en 5 hermanos de tumor del cuerpo carotideo, con bilateralidad en todos, tratada con cirugía y radioterapia. El segundo un hombre de 56 años con metástasis ganglionares, tratado solo con cirugía sin radioterapia. La tercera es una mujer de 63 años con un carcinoma carotideo, que requirió cirugía en dos tiempos, con metástasis ganglionares y hepáticas, tratada con cirugía y quimio-radioterapia. No hay morbilidad postoperatoria

Conclusiones: El diagnóstico preoperatorio suele ser infrecuente. La sospecha intraoperatoria puede hacer necesaria replantear el tipo de manejo quirúrgico en un segundo tiempo, para adecuar el manejo y prevenir la morbilidad quirúrgica.

02 - ID121

Swing maxilar como nuevo abordaje de cáncer con extensión a la nasofaringe. Reporte de dos casos en Colombia

Andres I Chala Galindo, Cesar Munar Aguirre, Luisa Fernanda Perez

Universidad De Caldas
andreschalag@hotmail.com

Introducción: La nasofaringe es un espacio anatómico de difícil acceso y esta es una de las principales razones por la cual, los tumores en dicha región son abordados inicialmente con manejo oncológico no quirúrgico y aun ante su recurrencia, muchas veces son considerados como inoperables y se intentan otras medidas usualmente paliativas.

Objetivos: Se presentan dos pacientes con tumores recurrentes, con gran extensión a la nasofaringe, tratados quirúrgicamente con resección vía swing

maxilar, como una nueva opción quirúrgica, que abre la posibilidad de operar pacientes antes considerados irresecables. Revisión de la literatura.

Materiales: Se revisan dos casos operados entre enero y marzo del 2018, en el servicio de cirugía de Cabeza y Cuello de la Universidad de Caldas con abordaje vía swing maxilar, considerando estadio clínico, patología, abordaje quirúrgico, resección, técnica de reconstrucción y morbilidad.

Resultados: Se encontraron dos casos: el primero, una mujer de 42 años con una recurrencia después de un año de un sarcoma fusocelular de células dendríticas de amígdala y el segundo paciente, un hombre de 52 años con carcinoma escamocelular de orofaringe con recurrencia al segundo año post quimio-radioterapia, ambos con una gran extensión a orofaringe, nasofaringe, base de cráneo y cuello. Se realiza resección vía swing maxilar y mandibulotomía, con exposición amplia para la resección y reconstrucción microquirúrgica. Ambos casos con excelente evolución postquirúrgica, sin morbilidad asociada.

Conclusiones: Este abordaje vía swing maxilar para casos complejos, que involucran gran volumen tumoral que compromete la nasofaringe, abre una posibilidad quirúrgica para muchos pacientes considerados como inoperables.

02 - ID516

Deformidad de Andy Gump: enfoque y manejo. Experiencia Hospital San José de la ciudad de Bogotá

Esteban Diazgranados Goenaga, Álvaro Eduardo Granados Calixto, Juan De Francisco Zambrano, Giovanni Montealegre, Lina Maria Giraldo, Rogers Leonardo Baquero Garcia
Fundacion Universitaria Ciencias De La Salud
rlbaquero@fucsalud.edu.co

Introducción: La "deformidad de Andy Gump" es un eufemismo utilizado para referirse al defecto mandibular anterior que crea la apariencia de una barbilla ausente y un labio inferior y una mandíbula inferior severamente retrognática. Las reconstrucciones secuenciales con colgajos libres óseos se han

reportado previamente. La elección del colgajo depende del tamaño del defecto, tipos de tejido perdido como el hueso, mucosa y piel; además de las propiedades intrínsecas del colgajo como la longitud del pedículo. El colgajo de peroné es el tratamiento estándar en la reconstrucción de la mandíbula, dado sus características que permiten múltiples osteotomías y pedículos largos, además de evitar problemas con la deglución, salivación y respiración y la deformidad cosmética vista en este tipo de deformidades

Objetivos: Mostrar la experiencia en el manejo de pacientes con deformidad de la mandíbula, llevados a manejo quirúrgico por parte del servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello en conjunto con Cirugía Plástica, del Hospital San José de la ciudad de Bogotá.

Materiales: Se realiza la descripción de dos casos clínicos manejados en el Hospital San José de Bogotá, y la revisión de la literatura correspondiente a dicha patología.

Resultados: La reconstrucción mandibular fue llevada a cabo en los dos pacientes, con adecuados resultados funcionales y cosméticos.

Conclusiones: La reconstrucción mandibular con colgajo libre de peroné es una herramienta útil en el manejo de deformidades complejas de la mandíbula, como en este caso secundario a trauma, apoyados en un manejo multidisciplinario, con adecuados resultados cosméticos y funcionales.

TÓRAX

02 - ID177

Tumor de células gigantes en vertebras torácicas
Luver Alexi Macias Jara, Alejandra Calvache Burbano, David Cipriano Yépez Yépez, Betsy Macias Jara
 Hospital Luis Vernaza
 luver16mj@hotmail.com

Introducción: Los tumores de células gigantes representan el 5 % de los tumores musculoesqueléticos primarios, con incidencia de aproximadamente 1 caso por 1'000.000 de habitantes al año. Su localización más frecuente es en las metáfisis de los huesos largos; en la columna vertebral es rara su lo-

calización. **Objetivos:** Reportar un caso de esta rara patología, comentar sus características particulares y una breve revisión bibliográfica.

Materiales: Es un estudio descriptivo y analítico. Paciente de 37 años de edad, con cuadro clínico de 7 días de disnea de medianos esfuerzos, tos con expectoración blanquecina, alza térmica, paraparesia, pérdida de control en esfínteres y de peso. En la TC de tórax de alta resolución se observó una masa localizada en el mediastino posterior, paravertebral derecha, a la altura de T8-T9, asociada con calcificaciones gruesas que comprometían estructuras óseas en el arco posterior, y una lesión lítica expansiva a nivel de las octava y novena vértebras torácicas.

Resultados: Se decidió intervención quirúrgica por parte de los servicios de neurocirugía y cirugía torácica. Se hizo abordaje por toracotomía posterolateral mayor derecha, a nivel de séptimo espacio intercostal. Se evidenció un tumor de lóbulo inferior pulmonar derecho de gran tamaño, que abarcaba la porción posterior de 7-8-9na costillas y cuerpos vertebrales T8-T9. Se realizó lobectomía inferior derecha más resección parcial de pared costal, que incluyó las costillas anteriormente mencionadas.

Conclusiones: Los tumores de células gigantes afectan de manera rara a las vértebras dorsales; pueden presentar invasión a tejidos cercanos como pulmón y costillas. Requiere de un diagnóstico oportuno para mejorar el pronóstico del paciente. El tratamiento es quirúrgico.

02 - ID193

Luxación cardíaca: a propósito de un caso
Nicolás Felipe Torres España, Giovanny Vergara Osorio, Herney Solarte Pineda, Deisy Katherine Lizcano Gonzalez
 Universidad De Caldas
 nicolasfelipe.torres@gmail.com

Introducción: La luxación cardíaca corresponde a un trastorno poco frecuente, que se presenta principalmente derivado de lesiones traumáticas o iatrogénicas en el postquirúrgico temprano. El primer caso reportado fue hecho por Bettman y Tannenbaum en 1948. Sus manifestaciones clínicas son inespecíficas, requiriendo un buen juicio clínico para su sospecha.

La mortalidad oscila entre 50 y 100 %.

Objetivos: Se describe un caso clínico de luxación cardíaca durante el postquirúrgico temprano en un paciente con trauma de tórax penetrante, logrando que la comunidad médica reconozca la existencia de esta entidad.

Materiales: Revisión retrospectiva del récord clínico mostrando el caso de un joven con un traumatismo torácico penetrante derecho, con criterios de exploración quirúrgica urgente por evidencia de un hemotórax masivo. Fue llevado a toracotomía antero-lateral derecha con pericardiotomía, sin encontrar lesiones de la masa cardíaca. Presentó deterioro progresivo en el postquirúrgico, con un soplo holosistólico y signos de falla cardíaca aguda; la radiografía mostró desplazamiento de la masa miocárdica hacia el lado derecho. La tomografía torácica confirmó herniación cardíaca. Se re-exploró en cirugía, con corrección de los hallazgos descritos y se cierre del pericardio, para prevenir un nuevo evento.

Resultados: La evolución satisfactoria del paciente en mención, permite hacer una relación directa entre el defecto pericárdico de la primera intervención quirúrgica y la presencia de la herniación cardíaca.

Conclusiones: El conocimiento de este padecimiento hace que el personal quirúrgico esté entrenado en las complicaciones derivadas de la cirugía del trauma de tórax, aumentando su índice de sospecha, y permite disminuir las complicaciones que esta puede conllevar.

02 - ID217

Fecoptisis: A propósito de un caso

Martha Milena Alfonso Gamba, Stanley Hernandez, Juan Ricardo Lutz

Hospital Universitario Mayor
martha.alfonsog@gmail.com

Introducción: La fistula más común entre el tracto respiratorio y digestivo ocurre entre la tráquea y el esófago; las fistulas colobronquiales son raras. En una revisión sistemática realizada por Zhao y colaboradores solo se reportaron 36 casos desde 1960 hasta 2016. Puede manifestarse clínicamente con

fecoptisis, un síntoma muy poco común. El desconocimiento de esta entidad y sus síntomas hace que el diagnóstico sea tardío, en una patología quirúrgica con alta mortalidad.

Objetivos: Reportar un caso fistula colobronquial en una paciente con cáncer de colon.

Materiales: Reporte de caso clínico de una paciente con una masa de aspecto neoplásico originada en el ángulo esplénico del colon, con invasión al diafragma y extensión al pulmón, manifestada inicialmente con síntomas respiratorios por 3 meses y posteriormente expectoración fecaloide.

Resultados: Se documenta el caso de una fistula colo-pleuro-bronquial para la comunidad médica colombiana, cuya presentación es inusual y donde los pacientes tienen una alta mortalidad y retraso en el manejo por desconocimiento de este diagnóstico.

Conclusiones: La fistula colobronquial es una entidad de baja frecuencia y prevalencia, con alta morbimortalidad. Una de sus causas es el cáncer de colon, como en el caso reportado. Su diagnóstico requiere alto nivel de sospecha clínica, en conjunto con ayudas diagnósticas, como la tomografía computadurizada toracoabdominal con medio de contraste y la valoración endoscópica. El manejo en principio es quirúrgico.

PARED ABDOMINAL

02 - ID4

Tumor desmoide, un nuevo caso extraordinario

Jose Joaquin Guzman Gomez, Laura Victoria Jaimes Santamaria, Mauricio Bermudez Sagre

Universidad De Cartagena
josejguzmangomez@hotmail.com

Introducción: Los tumores desmoides son neoplasias infrecuentes, constituyendo menos de 3 % de los tumores de tejidos blandos, con una incidencia anual de 2 a 4 casos por millón de habitantes. El 50 % se ubican en la pared anterior del abdomen. Si bien, histológicamente se conforma de una proliferación de miofibroblastos sin potencial de metástasis ni desdiferenciación, su comportamiento agresivo lo-

cal y su alta tasa de recurrencia, los cataloga como tumores malignos, Debido a su naturaleza infiltrativa, suelen presentarse como masas voluminosas, cuyo manejo se fundamenta en una adecuada resección quirúrgica, la cual suele representar un desafío quirúrgico.

Objetivos: Revisión de la literatura científica sobre la epidemiología, características clínicas, de diagnóstico y tratamiento del tumor desmoide de pared abdominal, y presentar un caso clínico.

Materiales: Paciente femenina de 43 años de edad, previamente sana, quien consulta por aumento de perímetro abdominal de forma asimétrica, de predominio izquierdo y dolor. Resonancia nuclear mostró una masa tumoral de 18 x 18 x 13 cm, con compresión y desplazamiento de diferentes estructuras vecinas.

Resultados: Ante la deformación, clínica de dolor y reporte de biopsia incisional, se efectúa exéresis de pieza, y reconstrucción de pared abdominal con malla macroporosa sintética con barrera separadora de tejido. La patología mostró una fibromatosis desmoides, confirmado por inmunohistoquímica, tamaño tumoral 24x14, márgenes libres de lesión tumoral. Adecuada evolución postoperatoria; controles posquirúrgicos adecuados, sin complicaciones.

Conclusiones: El estudio histopatológico es el único método definitivo diagnóstico. La mejor opción terapéutica es quirúrgica, si es sintomática. La radioterapia adyuvante es necesaria en caso de márgenes positivos para enfermedad residual.

02 - ID61

Eventrorrafia con técnica de separación de componentes en paciente inmunosuprimido

*Paulo Andres Cabrera Rivera, Nathaly Alexandra Ramirez Sanchez, Carlos Jose Perez Rivera, Manuel Santiago Mosquera Paz, Akram Kadamani Abiyomaa, Ciro Anres Murica Carmo-
na, Felipe Casas Jaramillo, Carlos Fernando Roman*
Fundación Cardioinfantil
cirujanosgenerales@cardioinfantil.org

Introducción: El estado de inmunosupresión es un factor determinante en el éxito de la cirugía de pared abdominal ya que predispone a mayor tasa de complicaciones posoperatorias y recidiva de la

hernia. No existe literatura clara acerca de la reconstrucción de pared abdominal en dichos pacientes.

Objetivos: Presentar tres casos de pacientes con diferentes antecedentes de inmunosupresión que fueron llevados a reconstrucción de la pared abdominal sin complicaciones mayores.

Materiales: Se presenta el caso de un paciente con trasplante renal con hernia incisional recidivante, una paciente con trasplante pulmonar y cierre de pared abdominal por segunda intención por pancreatitis necrotizante y una paciente con lupus eritematoso sistémico con eventración contenida por hematoma retroperitoneal, que fueron llevados a reconstrucción de pared abdominal con separación de componentes anterior.

Resultados: Los pacientes presentaron una evolución adecuada con la presentación de dos complicaciones menores, como lo fueron seroma de la pared abdominal y epidermiolisis, que fueron manejados sin complicaciones. A los 6 meses y al año de la cirugía presentaban evolución satisfactoria sin recidiva de la eventración.

Conclusiones: A pesar de que la inmunosupresión constituye un factor de riesgo para la adecuada cicatrización y recuperación en los pacientes llevados a reconstrucción de la pared abdominal, no hay literatura que indique el protocolo de manejo. Con estos tres casos podemos evidenciar que el manejo multidisciplinario es vital para el éxito de la cirugía. Escoger el momento adecuado para realizar la cirugía y realizar la técnica quirúrgica adecuada para cada paciente, constituyen los principales factores para un resultado favorable.

02 - ID 650

Fasciitis necrotizante de pared abdominal secundaria a apendicitis aguda perforada.

Luis Torres Londoño, Luis Eduardo Martinez Lopez, Carolina Rodriguez Vargas, Diana Calderon Sierra
Hospital De San Jose
letorres@fucsalud.edu.co

Introducción: La fasciitis necrotizante es una entidad poco frecuente, asociada a una alta tasa de complicaciones, cuyo pronóstico y severidad dependen

de un diagnóstico precoz y un manejo quirúrgico agresivo. Presentamos el caso de una paciente de 42 años de edad en postoperatorio de apendicectomía, quien cursó con fasciitis necrotizante de la pared abdominal, como presentación atípica de esta entidad. **Objetivos:** Presentar un caso clínico de esta entidad, para así destacar la importancia de la sospecha clínica y la dificultad en el diagnóstico de esta patología, exponiendo el manejo realizado y el seguimiento a 7 meses.

Materiales: Paciente sin antecedentes patológicos, quien ingresó con cuadro sugestivo de apendicitis aguda. Intervenido quirúrgicamente con hallazgos intraoperatorios concordantes con apendicitis aguda en fase perforada con peritonitis localizada. Presentó evolución tórpida, asociado a infección de sitio operatorio superficial. Con sospecha de tromboembolismo pulmonar, descartado por estudios diagnósticos, fue nuevamente intervenido requiriendo desbridamiento del 60 % de la pared abdominal; se diagnosticó fasciitis necrotizante.

Resultados: El principal determinante en el pronóstico y sobrevida de pacientes con infección necrotizante de tejidos blandos es la intervención quirúrgica agresiva temprana, reduciendo la mortalidad asociada a esta entidad. Presentamos el manejo propuesto en el caso de la paciente con registro fotográfico cronológico y seguimiento a 6 meses.

Conclusiones: La realización del desbridamiento quirúrgico agresivo, junto al cubrimiento antibiótico, determinó el éxito en el adecuado control de la infección. La terapia con sistemas de presión negativa, se propone como la opción terapéutica de mayor efectividad en la actualidad en el manejo de heridas complejas.

ENDOSCOPIA QUIRÚRGICA

02 - ID3

Adenoma vellosos en mucosa ectópica gástrica de esófago cervical, reporte de caso

Braulio Giovanni Velasquez Cuasquen, William O. Romo Romero, Nohelia Muñoz Ordoñez, Camila Pantoja Montenegro, María Alejandra García Erazo, Andrés Ruiz

Universidad Del Cauca
 giovannyv@unicauca.edu.co

Introducción: Los adenomas vellosos han sido descritos como lesiones del tubo digestivo con tendencia alta a la malignidad. Son escasos los reportes descritos de esta entidad en parches de mucosa gástrica ectópica en esófago cervical, ya que estas lesiones de mucosa son generalmente sub diagnosticadas.

Objetivos: Presentar un caso atípico de adenoma vellosos en mucosa gástrica ectópica de esófago cervical. **Materiales:** Descriptivo. Reporte de caso y breve revisión bibliográfica del tema.

Resultados: Hombre de 41 años con síntomas dispepticos y de reflujo gástrico de 3 años de evolución, con estudio endoscópico que muestra dos islas de mucosa columnar en esófago cervical y en una de ellas, dos nódulos que sugieren adenoma. La biopsia confirma adenoma vellosos. Se programa para mucosectomía endoscópica (técnica de piece meal). Histopatología reporta adenoma tubular con displasia de bajo grado, completamente resecado. El paciente no presentó complicaciones posteriores.

Conclusiones: Los adenomas vellosos son una patología infrecuente en el tubo digestivo, excepto en el colon. El hallazgo generalmente es incidental mediante estudio endoscópico y se requiere confirmación histopatológica. Desde 1950 hasta 2016 se han reportado aproximadamente 27 casos de adenocarcinomas que crecen de parches de mucosa ectópica gástrica. Este caso que es uno de los primeros reportados en nuestro país. Nos ayuda a plantear la necesidad de una cuidadosa evaluación del esófago cervical durante la salida del endoscopio, idealmente con luz de banda estrecha (NBI), con el fin de detectar lesiones pre neoplásicas en forma temprana, evitando llegar a diagnósticos tardíos de adenocarcinoma.

02 - ID47

Doble gastrostomía: una alternativa para el manejo de la obstrucción en paciente paliativo

Laura Jaimés Santamaria, José Carlos Posada Viana, José Joaquín Guzmán Gómez

Universidad De Cartagena
laura.jaimesmd@gmail.com

Introducción: El cáncer gástrico es la primera causa de muerte por cáncer a nivel mundial. Su presentación en nuestro medio suele ser en fases avanzadas, debutando con complicaciones como la obstrucción, cuya prevalencia oscila entre 6-19 % de todas las obstrucciones gastrointestinales malignas. El estándar de oro para la alimentación de estos pacientes es la colocación de stents duodenales autoexpandibles metálicos, sin embargo, en ocasiones esto no es técnicamente posible y se recurre a derivaciones quirúrgicas, las cuales tienen alta morbilidad, por lo que surge la necesidad de una técnica menos invasiva, como el uso de derivaciones percutáneas combinadas, con tasa de eventos adversos mayores de 3 % y menores de 70 %.

Objetivos: Efectuar revisión de la literatura científica sobre la epidemiología, características clínicas, de diagnóstico y tratamiento de la obstrucción maligna de origen gástrico, y presentar un caso

Materiales: Paciente masculino de 71 años de edad, quien cursa con síndrome de obstrucción de la salida gástrica, por lesión exofítica, sobre incisura angularis, con píloro sano. Se considera imposibilidad técnica para colocación de stent, por lo que se efectúa gastrostomía descompresiva más gastroeyunostomía percutánea endoscópica mediante técnica Ponksy-Gauderer y avanzando sonda de Levine 10 Fr a través de la de gastrostomía (20 Fr).

Resultados: Se logra descompresión gástrica simultáneo a reinicio de alimentación enteral avanzada, con seguimiento a un mes satisfactorio.

Conclusiones: La descompresión y la alimentación son objetivos de la paliación, a nivel gástrico, cuando hay disposiciones anatómicas especiales, incapacidad para colocación de ciertos dispositivos y una condición clínica que puede empeorar con procedimientos invasivos complejos. El uso de gastrostomía y gastroeyunostomía representa una opción adecuada.

02 - ID245

Abordaje transhioideo para tumores de base de lengua: una opción quirúrgica en la era de la robótica

Andres I Chala Galindo, Oscar Salazar, Gerson Murillo
Facultad de medicina de la Universidad de los Andes y
Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá
andreschalag@hotmail.com

Introducción: Para el abordaje de los tumores de base de lengua se proponen múltiples accesos; trotter con o sin mandibulotomía, faringotomía lateral, transoral con resección CO₂, cirugía robótica o endoscópica (TORS), abordaje transhioideo. Algunos requieren tecnología costosa y no disponible en todos los centros, y otros conllevan morbilidad asociada con periodos largos de hospitalización.

Objetivos: Se propone el abordaje transhioideo como uno seguro para abordaje de la base de lengua, sin requerir traqueostomía, en cualquier periodo de edad y con baja morbilidad asociada.

Materiales: Se revisan 5 casos operados entre enero de 2014 y diciembre de 2017 en el servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello de la Universidad de Caldas, con abordaje vía transhioidea, para tumores de base de lengua. Se consideraron las variables patología, técnica de abordaje quirúrgico, necesidad de traqueostomía, tiempo quirúrgico, morbilidad y estancia hospitalaria.

Resultados: Se encontraron 5 pacientes, 3 masculinos y 2 femeninos, con edades entre 4 y 60 años, con tamaño tumoral de 2 a 5 cm, todos con resección vía cervical transhioidea, con un tiempo quirúrgico de 40-130 minutos. Ninguno requirió traqueostomía, solo soporte ventilatorio con IOT por 24 horas en todos los casos. La estancia hospitalaria fue de tres días. Ninguno presentó infección del sitio operatorio ni morbilidad postoperatoria. El diagnóstico final fue tiroides lingual en dos pacientes, hamartoma en un paciente, hemangioma en un paciente y carcinoma escamocelular en un paciente.

Conclusiones: Este abordaje transhioideo es seguro en casos seleccionados en pacientes con tumores

de base de lengua, con baja morbilidad y estancia hospitalaria, y en especial bajo costo y accesibilidad, sin necesidad de tecnología especial.

02 - ID424

Divertículo duodenal complicado, hallazgo endoscópico, sin reporte en imagen previa.

Adolfo León Roldán Chica, Hernando Coba Barrios

Universidad De Cartagena

alroldan2009@gmail.com

Introducción: Los divertículos duodenales aunque solo sintomáticos en 5 a 10 % de los casos, se relacionan con reflujo duodenobiliar que favorece coledocolitiasis y complicaciones obstructivas e infecciosas de severidad variable.

Objetivos: Poner en evidencia subdiagnóstico de un divertículo duodenal.

Materiales: Se presentan dos casos con diagnóstico de divertículo duodenal durante la realización de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), con imágenes diagnósticas donde no se evidenció dicha condición.

Resultados: Caso 1, mujer de 67 años de edad con diagnósticos de colelitiasis, coledocolitiasis, colecistitis aguda moderada y colangitis aguda moderada, con ecografía de abdomen que mostró: signos de colecistitis y colelitiasis, coledocolitiasis con vía biliar intrahepática dilatada y páncreas parcialmente visible. Se realizó colangiopancreatografía retrógrada endoscópica donde se encontró divertículo duodenal yuxtapapilar que dificultó la canulación y requirió papilotomía, drenaje y extracción de cálculos.

Caso 2, mujer de 62 años de edad con cuadro de ictericia obstructiva y alto riesgo para coledocolitiasis, con ecografía de hígado y vía biliar que reportó cólecoco dilatado 14 mm con imagen sugestiva de cálculo intrapancreático de 10mm, a quien se le encontró divertículo duodenal yuxtapapilar con impactación alimentaria intradiverticular y requirió la reducción por manejo endoscópico y papilotomía. Ambos casos con adecuada evolución ulterior.

Conclusiones: La duodenoscopia es el método de diagnóstico más confiable para divertículo duodenal

y a su vez parte de la CPRE terapéutica. Debemos revisar la interpretación de métodos de imagen, o los protocolos en patología biliopancreática, para mejorar el subdiagnóstico de divertículos duodenales como causa de ésta.

CIRUGÍA GASTROINTESTINAL

02 - ID55

Reparación de hernia hiatal tipo IV con esofagotomía y ascenso del yeyuno

Autor: Akram Kadamani Abiyomaa, Nathaly Alexandra Ramirez Sanchez, Carlos Jose Perez Rivera, Andres Cabrera Rivera, Manuel Santiago Mosquera Paz, Ciro Andres Murcia Carmona, Felipe Casas Jaramillo, Carlos Fernando Roman, Maria Mercedes Oviedo

Fundación Cardioinfantil

cirujanosgenerales@cardioinfantil.org

Introducción: La reconstrucción esofágica de emergencia es un desafío para el cirujano ya que no se cuenta con la preparación previa del órgano a utilizar para la reconstrucción. El estómago es el órgano más utilizado. Cuando no se puede usar, otras opciones son el colon o el yeyuno. El yeyuno es una opción adecuada para la reconstrucción con anastomosis en esófago distal, sin embargo, en nuestro caso fue realizada en esófago cervical con éxito.

Objetivos: Describir el ascenso del yeyuno al cuello como una alternativa exitosa en reconstrucción del tubo digestivo de emergencia durante la reparación de Hernia Paraesofágica tipo IV con compromiso del estómago y del esófago distal.

Materiales: Se presenta el caso de una paciente femenina de 65 años de edad con hernia paraesofágica tipo IV gigante, con colapso pulmonar y compresión cardíaca con limitación funcional, en quien se realiza corrección del defecto herniario, con evidencia de lesión secundaria del estómago y esófago, por lo que se realiza una reparación exitosa del tubo digestivo de emergencia mediante una esofagoyeyunostomía con ascenso del yeyuno pediculado al cuello.

Resultados: La paciente presenta adecuada evolución clínica con una fístula de la anastomosis con cierre espontáneo. A la tercera semana se realiza vi-

deocinedeglución con adecuado paso del contraste por lo que se inicia vía oral. A los 6 meses la paciente continúa en seguimiento, asintomática.

Conclusiones: En reparación del tracto digestivo, utilizar el yeyuno para restaurar la anatomía y reestablecer la función deglutoria es una opción segura. Es fundamental la experiencia del cirujano y el trabajo multidisciplinario.

02 - ID56

Gastrectomía total por lesión por IgG4 de la unión gastroesofágica

Manuel Santiago Mosquera Paz, Nathaly Alexandra Ramirez Sanchez, Carlos Jose Perez Rivera, Paulo Andres Cabrera Rivera, Ciro Andres Murcia Carmona, Akram Kadamani Abiyomaa, Felipe Casas Jaramillo, Carlos Fernando Roman, Andrea Suarez

Fundación Cardioinfantil
cirujanosgenerales@crdioinfantil.org

Introducción: La enfermedad por IgG4 lleva a la formación de masas que simulan neoplasias. Generalmente se encuentra compromiso del hígado, páncreas y menos frecuentemente tracto gastrointestinal. Dado que el compromiso es de la subserosa, el diagnóstico histológico por biopsia es difícil y en la mayoría de los casos el diagnóstico definitivo se logra con la cirugía resectiva.

Objetivos: Describir el caso de una paciente con una lesión estenosante en la unión gastroesofágica que se llevó a gastrectomía total con resultado final de patología con enfermedad por depósito de IgG4.

Materiales: Se presenta el caso de una paciente femenina con lesión cardial y subcardial sugestiva de masa infiltrante de probable origen neoplásico, con biopsia negativa para tumor. Es llevada a cirugía con hallazgo de una lesión de aspecto tumoral que infiltraba los pilares diafragmáticos, ligamento arcuato, tronco celiaco, dorso del páncreas y bazo. Se decide realizar gastrectomía total, con esplenectomía y pancreatectomía parcial.

Resultados: Presentó evolución adecuada con posterior egreso sin complicaciones. La patología de la pieza quirúrgica reportó un proceso fibroesclerosante rico en células plasmáticas, sospechoso de en-

fermedad por IgG4 en pared gástrica. A los 6 meses de la cirugía la paciente presenta evolución adecuada con buena tolerancia a la vía oral, sin nueva sintomatología asociada.

Conclusiones: La enfermedad por depósito de IgG4 debe ser considerado en aquellos pacientes con lesiones tumorales con patologías no conclusivas de malignidad ya que un diagnóstico correcto le daría la oportunidad al paciente de recibir manejo médico con corticoides antes de definir llevarlo a una cirugía.

02 - ID59

Gastrectomía total en pacientes con esclerodermia y enfermedad por reflujo gastroesofágico candidatos a trasplante pulmonar

Akram Kadamani Abiyomaa, Nathaly Alexandra Ramirez Sanchez, Jose Perez Rivera, Paulo Andres Cabrera Rivera, Manuel Santiago Mosquera Paz, Ciro Andres Murcia Carmona, Felipe Casas Jaramillo, Carlos Fernando Roman

Fundación Cardioinfantil
cirujanosgenerales@cardioinfantil.org

Introducción: La esclerodermia es una enfermedad autoinmune cuyo compromiso pulmonar causa enfermedad pulmonar difusa e hipertensión pulmonar, que solo se logra revertir con el trasplante pulmonar, el cual está contraindicado en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). El manejo médico es la primera elección de tratamiento para el reflujo gastroesofágico, pero cuando éste falla, la cirugía anti-reflujo es de elección para así lograr eliminar la enfermedad y entrar a la lista de trasplante pulmonar. Sin embargo, dada la posibilidad de recidiva de esta enfermedad, la gastrectomía total es una opción en dichos pacientes.

Objetivos: Se presenta la gastrectomía total como una opción para el tratamiento del reflujo gastroesofágico en pacientes con esclerodermia candidatos a trasplante pulmonar

Materiales: Paciente femenina de 56 años de edad con antecedente de esclerodermia, con compromiso pulmonar y enfermedad de reflujo gastroesofágico secundario, en quien se determinó realizar gastrectomía total por vía abierta más reconstrucción en Y

de Roux para manejo de ERGE previo a trasplante pulmonar.

Resultados: Se realizó seguimiento con esofagograma evidenciando anatomía sin alteraciones, motilidad de características normales, anastomosis esófago-yeyunal de diámetro normal, sin extravasación del medio de contraste, con adecuado tránsito de medio de contraste hacia el intestino delgado sin identificar reflujo. Se consideró resolución de la enfermedad y el ingreso a la lista de trasplante pulmonar.

Conclusiones: Proponemos la gastrectomía en Y de Roux como una alternativa quirúrgica a la funduplicatura a los pacientes con enfermedad de tejido conectivo avanzada, con repercusión a una enfermedad pulmonar terminal, que requiere trasplante pulmonar.

02 - ID173

Reporte de caso de GIST de intestino delgado

Paola Carranza, Juan Carlos Arenas

Universidad Del Rosario / Hospital Universitario Mayor Mederi

pao.carranza27@gmail.com

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son raros y ocurren en 0.1-3 % de todas las neoplasias gastrointestinales; tienen una incidencia de 10-15 por millón de habitantes, la localizaciones más habituales son el estómago y el intestino delgado, secundario a mutaciones genéticas del receptor de la proteína de tirosina quinasa como el KIT y el PDGFRA, síndromes familiares o de etiología esporádica.

Objetivos: Revisión de caso clínico y de la literatura de un tumor que presenta baja incidencia en la población en general .

Materiales: Estudio descriptivo tipo reporte de caso clínico donde se presenta una paciente femenina de 81 años de edad con diagnóstico de GIST por imágenes y posterior confirmación patológica mediante marcadores de inmunohistoquímica.

Resultados: Paciente de 81 años con diagnóstico histopatológico de GIST en intestino delgado, quien fue sometida a manejo quirúrgico y actualmente se

encuentra en manejo adyuvante con Imatinib por presentar un tumor con alta expresión mitótica.

Conclusiones: Los tumores del estroma gastrointestinal son neoplasias raras que se presentan con una edad media de 60 años. Existen tres factores de riesgo identificados de mal pronóstico, el tamaño tumoral, el índice de mitosis y la localización del tumor. El manejo quirúrgico se debe realizar en pacientes con tumores mayores de 2 cm, sintomáticos o que presenten un crecimiento en el seguimiento de imágenes. Dependiendo de los factores de riesgo de recidiva se debe emplear tratamiento adyuvante con la inhibición específica de la enzima tirosina quinasa, como se describe en el reporte de caso presentado.

02 - ID207

Apendicitis posterior a colonoscopia: Reporte de caso y revisión de la literatura

Camilo Ramírez Giraldo, Ovidio Fernando Molano Chavarría, Orozco Martín, Andrés Isaza Restrepo, Juan Guillermo Holguín Henao

Universidad del Rosario

ramirezgiraldocamilo@gmail.com

Introducción: La colonoscopia es un procedimiento diagnóstico y terapéutico de uso rutinario. Sus complicaciones incluyen perforación, sangrado, lesión esplénica, y otras menos frecuentes como priapismo, obstrucción intestinal, isquemia mesentérica, vólvulo del ciego, pancreatitis, perforación del intestino delgado y apendicitis. La apendicitis posterior a colonoscopia es una complicación muy rara, cuya incidencia se calcula en 0.038 % a partir de los escasos reportes de caso que se encuentran en la literatura (40 hasta el año 2017), ninguno en la literatura latinoamericana. Para explicarla se han propuesto teorías como una apendicitis subclínica preexistente, barotrauma, impactación fecal, intubación de la luz apendicular y/o lesión de la mucosa periapendicular.

Objetivos: Describir un caso de apendicitis posterior a colonoscopia.

Materiales: Se realiza la descripción de un caso clínico y la revisión comprensiva de la literatura relacionada.

Resultados: Una paciente de 83 años sin antecedentes relevantes presentó dolor progresivo en fosa iliaca derecha y náuseas 3 horas después de una colonoscopia. Consultó al servicio de urgencias 12 horas después y el único hallazgo al examen físico fue sensibilidad a la palpación en fosa iliaca derecha. Ante la sospecha de una complicación posterior a colonoscopia se ordenó una tomografía de abdomen sin contraste, en la que se observaron signos de inflamación apendicular.

Conclusiones: La apendicitis posterior a colonoscopia es una complicación poco frecuente, cuya verdadera incidencia se desconoce debido al bajo número de casos a nivel mundial, pero que debe ser incluida en el diagnóstico diferencial de pacientes con dolor posterior a dicho procedimiento. El diagnóstico oportuno es la piedra angular para evitar mayores complicaciones.

02 - ID231

Angioma de células del Litoral. Reporte de caso.

Carlos Alberto Millán, Alejandro Cruz

Fundacion Universitaria De Ciencias De La Salud
md.cruz.alejandro@gmail.com

Introducción: El angioma de células del litoral es un tumor esplénico benigno, extremadamente raro, con características patológicas típicas, que es difícil de distinguir preoperatoriamente de otros tumores esplénicos benignos o malignos. Es un tumor vascular único del bazo que puede tener un curso asintomático y ser un hallazgo incidental en el estudio de dolor abdominal.

Objetivos: Reportar un caso tratado en el Hospital San José; discutir los síntomas clínicos, las características anatomopatológicas, el tratamiento clínico y el pronóstico.

Materiales: Paciente masculino de 64 años de edad quien consulta con cuadro de dolor abdominal de un año de evolución y síntomas B, con evidencia de lesiones esplénicas mal definidas, sugestivas de lesiones metastásicas.

Resultados: Fue llevado a esplenectomía, con posterior diagnóstico patológico de angioma de células del litoral.

Conclusiones: El angioma de células del litoral es una patología exótica. Se debe considerar en el diagnóstico diferencial en presencia de múltiples nódulos hipodensos en el bazo, particularmente cuando haya síntomas de hiperesplenismo.

02 - ID366

Uso de pericardio bovino en abdomen contenido

Alejandra Calvache Burbano, Wilson Solorzano Loor, Carmen Moncayo Valencia, David Yepez Yepez

Hospital Luis Vernaza
luver16mj@hotmail.com

Introducción: Una de las complicaciones postoperatorias de la cirugía abdominal de emergencia son la dehiscencia de sutura y las fistulas entero-atmosféricas en pacientes sometidos a técnica de abdomen abierto. Se asocia a complicaciones hidroelectrolíticas y ácido base importantes, con grados variables de desnutrición y una elevada morbimortalidad.

Objetivos: Evaluar nuestra experiencia en el tratamiento conservador de la fistula entero-atmosférica y dehiscencia de sutura intestinal mediante el uso de pericardio bovino.

Materiales: Unicentrico, observacional.

Resultados: Se presentan dos casos intervenidos quirúrgicamente. El primer caso presentó obstrucción a nivel de colon sigmoidees con perforación en cara anterior de colon, se realizó hemicolectomía izquierda más colostomía tipo Hartmann, presentando dehiscencia de sutura de muñón distal. El segundo caso, intervenido en primera instancia por trauma de abdomen por objeto cortopunzante, con resección y anastomosis termino-terminal de lesión a nivel de yeyuno distal, presentó dehiscencia de sutura. Por la inestabilidad hemodinámica de los pacientes se utilizó sistema de presión negativa al vacío y desarrollaron fistula entero-atmosférica. Debido a la friabilidad de los tejidos se decidió utilizar pericardio bovino como material de refuerzo en áreas de fistulas. En los dos casos se fijó con puntos de anclaje con Prolene® en puntos U.

Conclusiones: El parche de pericardio bovino se puede utilizar como refuerzo en el tratamiento conservador de fistulas entero-atmosféricas.

02 - ID396**Síndrome de Boerhaave, manejo quirúrgico y endoscópico.***Luisa Fernanda Perez Arias, Edelberto Mulett Vasquez*

Universidad de Caldas

luisafperez@gmail.com

Introducción: El síndrome de Boerhaave se trata de una perforación esofágica transmural espontánea, que presenta una de las tasas de mortalidad más elevada (hasta el 40%) de todas las patologías gastrointestinales.

Objetivos: Presentar caso clínico de paciente con perforación esofágica espontánea de manejo tardío.

Materiales: Paciente masculino de 61 años de edad, con presentación tardía del síndrome de Boerhaave. Había sido tratado erróneamente por una neumonía complicada del hemicampo izquierdo, y en menos de 24 horas presentó signos de sepsis con difusión multiorgánica; la TAC de tórax contrastada reveló neumomediastino y neumotórax izquierdo. Reinterrogando a la familia manifestaron que el paciente inició con náuseas persistentes y cese voluntario del vómito ya que se encontraba en un lugar público, y posteriormente desarrolló los síntomas. Se realizó endoscopia de vías digestivas altas (EVDA) 54 horas siguientes al evento desencadenante, evidenciando perforación esofágica distal de aproximadamente 5 cm, en la pared posterolateral izquierda, con comunicación directa con el mediastino.

Resultados: Se hizo manejo quirúrgico con cierre primario del defecto esofágico, reforzado con un colgajo de pleura y colocación de tubo de toracostomía. Durante la hospitalización requirió decorticación por empiema basal izquierdo y lavado pleural bilateral. Diez días después de la intervención quirúrgica se realizó esofagograma donde se observó filtración esofágica inferior izquierda, que comunicaba con el tubo de toracostomía. Se colocó un implante de stent autoexpandible colgante 14 días posteriores al evento, con cierre completo de la fístula esofágica. El paciente se encontraba en buenas condiciones después de 1 año de seguimiento.

Conclusiones:

02 - ID416**Perforación gástrica secundaria a distensión gástrica aguda como complicación en funduplicatura tipo Nissen***Liliana Maria Suarez Olarte, David Ricardo Galvis Castillo*

Fundación Universitaria Sanitas, Clínica Colombia

davidg8214@gmail.com

Introducción: La dilatación gástrica aguda es una complicación rara, pero bien conocida, de cirugía abdominal mayor, caracterizada por distensión gástrica y dolor abdominal. La funduplicatura de Nissen se diseñó para mejorar la competencia del esfínter esofágico en pacientes con reflujo gastroesofágico, disminuyendo la posibilidad del paso de contenido gástrico hacia el esófago, pero sumado a una dilatación gástrica hacen una combinación potencialmente fatal. Es responsable de aproximadamente 50 % de los casos de ruptura gástrica, tiene una incidencia más alta en mayores de 45 años y en personas diabéticas, y en caso de complicarse en necrosis gástrica, su mortalidad puede ser de 73 %.

Objetivos: Describir una complicación presente en pacientes llevados a cirugía antirreflujo, la cual puede llegar a tener un desenlace fatal. Consideramos importante su publicación dada su baja incidencia, sólo con reportes de caso en la literatura.

Materiales: Analizamos la historia clínica del caso en mención, aportamos estudios diagnósticos, documentación fotográfica y revisión de la literatura

Resultados: Se describe el caso clínico de perforación gástrica secundaria a dilatación gástrica aguda en una paciente en postoperatorio de cirugía de Nissen y se revisó la literatura de esta entidad poco frecuente, su incidencia, sus posibles causas, prevención, manejo y desenlaces.

Conclusiones: La distensión gástrica aguda es una enfermedad de origen múltiple, con alta tasa de mortalidad, que se debe tener en cuenta como diagnóstico diferencial en pacientes con funduplicatura tipo Nissen, realizando una intervención temprana para evitar la necrosis gástrica y posiblemente la mortalidad del paciente.

02 - ID421**Isquemia gástrica, rol del manejo conservador. Reporte de caso.**

Deisy Katherine Lizcano Gonzalez, Nicolas Felipe Torres España, Juan Carlos Marin Marmolejo, Luis Antonio Sarmiento Samaca

Universidad De Caldas
ktlizcano_15@hotmail.com

Introducción: La isquemia gástrica corresponde a una patología que es reportada con baja frecuencia en la literatura médica y poco reconocida clínicamente. Su etiología corresponde a hipoperfusión sistémica, eventos aterotrombóticos o vasculitis. La sospecha clínica, la instauración temprana del diagnóstico y del tratamiento médico, que incluye la antibioticoterapia en presencia de neumatosis gástrica o sepsis, son determinantes para un mejor desenlace clínico, en una patología que históricamente ha presentado un pobre pronóstico.

Objetivos: Describir un caso clínico de isquemia gástrica aguda, de etiología no aterotrombótica, que respondió al manejo antibiótico y las medidas de soporte instauradas. El paciente debutó con dolor y hematemesis, la endoscopia alta evidenció signos típicos de isquemia, la tomografía de abdomen reportó neumatosis gástrica y la angiotomografía de abdomen descartó etiología aterotrombótica.

Materiales: Efectuamos una revisión completa de la historia clínica de la paciente y de la literatura médica a través del motor de búsqueda de MEDLINE con los términos: Gastric Ischemia; Gastrointestinal Bleeding, Ulceration, Ischemic gastropathy, Gastric necrosis, obteniendo 28 artículos que nos permiten realizar una descripción actual de la patología.

Resultados: La isquemia gástrica se debe a una insuficiencia vascular localizada o difusa causada por varias etiologías. Es factible dar manejo conservador si se detecta en estadios tempranos y requiere manejo antibiótico tras la detección de neumatosis gástrica o signos de sepsis, observando buenos resultados en la práctica clínica.

Conclusiones: La isquemia gástrica tiene un mal pronóstico. La sospecha diagnóstica y el manejo

médico tempranos son factores clave para un mejor desenlace clínico.

02 - ID565**Divertículo yeyunal perforado aislado: una etiología rara de abdomen agudo**

Ana Maria Garcia Giraldo, Jorge Andres Gutierrez, David Gomez

Hospital Militar Central
garciajiraldana@gmail.com

Introducción: La diverticulosis del intestino delgado es una entidad rara (1 a 4.6 %); su ubicación más frecuente es yeyuno y su complicación, la diverticulitis. Es más frecuente en durante la quinta década de la vida, con una incidencia máxima entre 60-70 años. Los divertículos yeyunales perforados son una entidad rara, que pueden debutar como abdomen agudo. La resección intestinal se realiza en 2 situaciones: fracaso del drenaje percutáneo y peritonitis generalizada. Lo ideal es seguir con la anastomosis inmediatamente después de la resección intestinal; de lo contrario, la yeyunostomía parece razonable. La tasa mortalidad esta entre 0 y 5 %, pero en el caso de la perforación esta tasa alcanza el 40 %. Los factores de mal pronóstico son edad avanzada, comorbilidades, peritonitis, presentación múltiple, diagnóstico tardío (40 %) y principalmente, el intervalo de tiempo entre la perforación y la cirugía.

Objetivos: Recordar caso clínico.

Materiales: Reportamos el caso de un hombre de 87 años de edad, quien ingresó con cuadro clínico de dos días de evolución de dolor difuso generalizado, sin otra sintomatología asociada. Al examen físico se le encontró en malas condiciones generales, con signos de irritación peritoneal, motivo por el cual se decidió llevar a cirugía.

Resultados: Se realizó laparotomía exploratoria encontrando múltiples divertículos en el reborde mesentérico del yeyuno y perforación de uno de ellos; se practicó resección del segmento yeyunal afectado y anastomosis.

Conclusiones: La diverticulitis yeyunal perforada es una rara patología que se manifiesta como abdo-

men agudo. Requiere una alta sospecha diagnóstica, prequirúrgica e intraoperatoria, para detectarla y corregirla mediante manejo quirúrgico.

02 - ID596

Pancreatitis aguda severa por hipertrigliceridemia en el adulto: Presentación de caso clínico, diagnóstico y tratamiento.

Hector Conrado Jimenez, Juliana Marin, Claudia Marcela Ramirez

Universidad Surcolombiana
heconjisan@gmail.com

Introducción: La pancreatitis es una de las causas frecuentes de consulta hospitalaria gastrointestinal y la hipertrigliceridemia (HTAG) es la tercera causa de esta, considerándose como alto riesgo valores superiores a 1000 mg/dl, debido a su efecto tóxico directo sobre el páncreas.

Objetivos: Describir un caso clínico relacionado con pancreatitis aguda por HTAG, con niveles de TAG no reportados en la literatura.

Materiales: Reporte de caso. Revisión de la literatura.

Resultados: Mujer de 34 años de edad, con antecedente de ovario poliquístico, DM tipo 2 y obesidad mórbida (IMC=42kg/m²); quien consultó por cuadro de 4 días de dolor epigástrico en banda, asociado a vómito, posterior a alta ingesta de carbohidratos y grasas. Ingresó con glucometría 315 mg/dl, acidosis metabólica, amilasas de 643 y lipasa de 1280. Por compromiso sistémico (lesión pulmonar aguda) se realizó tomografía computarizada abdominal que mostró pancreatitis Baltazar D, (pancreatitis Marshall I, Apache II: 20 (mortalidad 35%)). La ecografía abdominal fue normal y perfil metabólico mostró triglicéridos (TAG) en 18.060 mg/dl y HBg en 9.87. Tuvo deterioro clínico progresivo y requirió manejo con plasmaféresis, y heparina, con lo que se observó que los niveles de TAG disminuyeron (18.060 - 12.433 - 2.670 - 1145 - 411 mg/dl). Continuó con mala evolución clínica, requerimiento de soporte ventilatorio vasopresor y desarrollo de síndrome policompartmental, requiriendo laparotomía descompresiva, pero fallece 72 horas después de su ingreso.

Conclusiones: La pancreatitis es frecuente en la población, pero la hipertrigliceridemia como causa aún carece de caracterización y estandarización del tratamiento, y se desconoce el posible impacto del mismo en el pronóstico, morbilidad y mortalidad de los pacientes. Hacen falta estudios y guías para aclarar el panorama de fisiopatología y manejo de esta entidad.

02 - ID637

Ascitis quillosa como una complicación rara posterior a gastrectomía radical. Descripción de un caso y revisión de la literatura

Liliana Suarez Olarte, Andrés David Lasso, Guevara Castro, Mauricio Chona, Lina López, Germán Jiménez Sánchez, Jorge Isaac Vargas

Clinica Universitaria Colombia
andrulasso@hotmail.com

Introducción: El cáncer gástrico representa el quinto en incidencia anual por tumores malignos y la segunda causa de mortalidad por cáncer a nivel mundial. La ascitis quillosa, definida como una fistula linfática a la cavidad abdominal, es una complicación poco frecuente, con una incidencia reportada en la literatura de 0.17-1.1 % posterior a gastrectomía radical. En nuestra institución tiene una incidencia de 0.8 %.

Objetivos: Describir un caso de ascitis quillosa posterior a gastrectomía radical, su aproximación diagnóstica y abordaje en la clínica Colombia.

Materiales: Paciente con fistula quillosa de presentación al 7 día posoperatorio de gastrectomía radical por laparoscopia por cáncer gástrico. Se realizó una aproximación terapéutica y una revisión de la literatura sobre esta complicación inusual.

Resultados: Se describe el manejo de un paciente con ascitis quillosa, inicialmente fallido por vía enteral con triglicéridos de cadena media y posteriormente con nutrición parenteral.

Conclusiones: La ascitis quillosa, como complicación de la gastrectomía radical, es una entidad poco frecuente, que requiere un enfoque diagnóstico adecuado y un manejo multidisciplinario con un grupo de soporte nutricional. Se resalta la importancia de conocer esta complicación y su abordaje terapéutico.

02 - ID689**Pancreaticoyeyunostomía laparoscópica y abierta en pacientes con pancreatolitiasis. Nuestra experiencia**

Jaime Andres Muskus, Oscar Luis Padron, David Ricardo Galvis Castillo

Fundación Universitaria Sanitas - Clínica Colombia
davidg8214@gmail.com

Introducción: La pancreatitis crónica es una enfermedad inflamatoria caracterizada por destrucción irreversible del páncreas, con pérdida progresiva de parénquima funcional, que finalmente conduce a insuficiencia endocrina y exocrina, comúnmente asociado con dolor abdominal, que puede ser episódico o continuo. Los cálculos del conducto pancreático se desarrollan durante el curso natural de pancreatitis crónica y se observan en el 90 % de los pacientes, aumentado la presión ductal pancreática, además de la isquemia del parénquima, considerado como el principal mecanismo subyacente al dolor en pacientes con pancreatitis crónica.

Objetivos: Presentar nuestra experiencia en el manejo quirúrgico de pancreatolitiasis en la clínica Colombia. Consideramos importante este reporte dada su baja frecuencia de ser realizada.

Materiales: Presentamos dos casos con pancreatitis crónica y pancreatolitiasis, llevados a manejo quirúrgico consistente en pancreaticoyeyunostomía, por vía laparoscópica y abierta, realizados en la clínica Colombia. Analizamos las historias clínica de los casos, aportamos estudios diagnósticos y revisión de la literatura.

Resultados: Resultados favorables, proporcionando un alivio efectivo del dolor a largo plazo y mejoría de la calidad de vida.

Conclusiones: La vía de abordaje para el manejo quirúrgico de la pancreatolitiasis se debe individualizar para cada caso, teniendo en cuenta las diferentes características con la que se presenta.

BARIÁTRICA**02 - ID131****Dilema quirúrgico: incidentaloma hepático durante cirugía bariátrica.**

Camila Devia, Sebastian Sanchez, Camila Devia, Mauricio Pedraza

Universidad De La Sabana
sebastian_9324@hotmail.com

Introducción: El término incidentaloma hepático hace referencia a toda masa encontrada en un paciente de una manera no esperada, cuyo origen es el hígado. Usualmente son asintomáticos, aunque dependiendo de las características físicas y funcionales de la lesión, pueden causar diferentes manifestaciones. El diagnóstico incidental es más frecuente durante estudios imaginológicos; sin embargo, en algunos casos se llega al diagnóstico durante la exploración quirúrgica del abdomen.

Objetivos: Reportar nuestra experiencia en el diagnóstico y manejo de incidentalomas hepáticos durante procedimientos de cirugía bariátrica, con resultados favorables. Revisión de la literatura.

Materiales: Se reporta un caso de un hallazgo incidental durante cirugía bariátrica, su tratamiento y posterior seguimiento, obteniendo buenos resultados. Se hace una revisión de artículos publicados en los últimos 5 años en las bases de datos de PubMed y ScienceDirect, completando la búsqueda con artículos clásicos sobre el tema.

Resultados: No existe en la literatura médica mundial un algoritmo terapéutico que indique el proceder en caso de evidenciar masas hepáticas como hallazgos incidentales en cirugía bariátrica. Sin embargo, desde nuestra experiencia, la biopsia por congelación, resección de la masa y procedimiento bariátrico en el mismo tiempo quirúrgico, tienen resultados favorables.

Conclusiones: Las masas hepáticas como hallazgo incidental durante cirugía bariátrica no necesariamente contraindican la realización del procedimiento; en alguno escenarios, y contando con las herramientas para su estudio, puede completarse la cirugía con resultados favorables, como se evidenció en nuestra experiencia.

02 - ID220**Manejo de hernia de Petersen por vía laparoscópica en paciente con antecedente de bypass gástrico.**

Juan Sebastian Martinez, Camilo Diaz, Sebastian Sanchez, Diego Valbuena

hospital la samaritana

sebastianmartinez7989@hotmail.com

Introducción: Las hernias internas son complicaciones tardías del bypass, cada vez más frecuentes, que se manifiestan con dolor abdominal difuso, así como obstrucción intestinal. Tienen una incidencia importante y la hernia de Petersen se considera la más frecuente. Se puede disminuir su incidencia con el cierre de los mesos.

Objetivos: Mostrar el manejo mínimamente invasivo y la alta sospecha diagnóstica que se debe tener en estos pacientes, para darles un manejo oportuno evitando complicaciones.

Materiales: Paciente de 40 años de edad, con antecedente de bypass gástrico dos años antes, quien ingresó por dolor abdominal difuso; examen físico sin irritación peritoneal y laboratorios sin signos de sufrimiento de asa intestinal. Por el antecedente quirúrgico se sospechó una hernia interna de Petersen. Se realiza una revisión exhaustiva de la literatura en bases de datos como Pubmed, Scienccdirect, Ovid.

Resultados: Se llevó a cirugía por vía laparoscópica, encontrando una hernia de Petersen; se redujo la hernia y se cerró el espacio de Petersen, sin complicaciones. Posoperatorio con evolución satisfactoria.

Conclusiones: La hernia de Petersen es una entidad que viene en aumento. En la literatura se sugiere que la incidencia se puede disminuir al cerrar los mesos. El abordaje por laparoscopia es seguro y permite un manejo adecuado.

02 - ID413**Gastrectomía laparoscópica del remanente gástrico secundario a GIST gástrico.**

Carlos Luna Jaspe, Ruben Luna, Luis Felipe Cabrera Vargas, Daniel Gomez, Laura Castro

Clinica El Bosque

luis.felipe.cabrera@hotmail.com

Introducción: En cirugía bariátrica, se encuentran hallazgos incidentales, tales como tumores a nivel gástrico del 2 al 8 % de las cirugías, tendiendo como tumor más frecuente los tumores del estroma gastrointestinal (GIST). Es importante, tener en cuenta que el pilar de manejo de este tipo de tumores es la cirugía con márgenes negativos.

Objetivos: Mostrar la posibilidad del manejo laparoscópico con cirugía bariátrica de los GIST gástricos. **Materiales:** Se realizó una gastrectomía del remanente gástrico por vía laparoscópica en un paciente llevado a bypass gástrico laparoscópico para el manejo de la obesidad mórbida, por un GIST gástrico.

Resultados: Se obtuvieron bordes negativos para tumor, no se presentaron complicaciones posoperatorias, sangrado mínimo de 20 cc y un tiempo quirúrgico promedio de 65 minutos, no necesidad de UCI y una estancia hospitalaria de 2 días, con una adecuada pérdida de peso posoperatoria.

Conclusiones: El bypass gástrico con resección del remanente gástrico es una opción quirúrgica para el tratamiento curativo en el paciente con tumores del estroma gastrointestinal, sin alterar los desenlaces ni la finalidad del procedimiento de cirugía bariátrica.

COLON Y RECTO**02 - ID697****Sarcoma de Kaposi de compromiso gastrointestinal, reporte de caso**

Laura Niño Torres, Andrés Guillermo Barco Manrique

Universidad De Caldas

lauraninotorres@gmail.com

Introducción: El sarcoma de Kaposi es una neoplasia vascular de bajo grado relacionado al virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que se presenta más frecuentemente con lesiones mucocutáneas y compromiso ganglionar. Compromete el tracto gastrointestinal (TGI) en el 40 %.

Objetivos: Describir un caso de sarcoma de Kaposi de compromiso gastrointestinal.

Materiales: Revisión de historia clínica. Presentamos el caso de un paciente masculino de 36 años de edad, con historia de 4 días de deposiciones diarreicas y distensión. Al examen físico se documentó candidiasis oral y aftas, estertores y lesiones lenticulares a numulares de color violáceo oscuro, aspecto macular. Los estudios diagnósticos mostraron Prueba rápida positiva, Prueba confirmatoria de B24X, y coproscópico con blastocystis hominis.

Dermatología realizó biopsia confirmatoria para sarcoma de Kaposi; TACAR con vidrio esmerilado en pulmón. Oncología indicó quimioterapia paliativa posterior a inicio de antiretrovirales. Presentó Neumonía por Pneumocystis jirovecii y viremia por Citomegalovirus, para lo que se inició tratamiento antimicrobiano y antirretroviral, con adecuada evolución clínica, por lo que se dió salida.

Resultados: Reingresó por deterioro respiratorio y dolor abdominal súbito. La endoscopia digestiva alta evidenció lesiones en duodeno y antro con compromiso por sarcoma de Kaposi, y la colonoscopia, lesiones violáceas, vasculares, maculopapulares, color vino-morado sugestivas de sarcoma de Kaposi. Presentó alteración neurológica, con posible meningitis por tuberculosis y un deterioro infeccioso significativo, por lo que fallece.

Conclusiones: El sarcoma de Kaposi compromete piel, mucosas y órganos internos. De predominio masculino. La variante endémica se asocia a VIH, aunque su incidencia ha disminuido con ART. En el TGI afecta en su mayor parte la cámara gástrica; únicamente el 8 % presenta compromiso colónico. Es importante tener en cuenta el diagnóstico diferencial al evaluar a los pacientes inmunosuprimidos.

02 - ID698

Tumor presacro; reporte de un caso de metástasis ginecológica

Ovidio Fernando Molano Chavarría

Universidad del Rosario

fernandomolano@gmail.com

Introducción: Los tumores presacos son un grupo de lesiones tumorales diversas, usualmente de comportamiento benigno, que se originan en el es-

pacio presacro o retrorrectal, de difícil manejo. Tienen una incidencia baja de 0.02% y menos de 1 de 40.000 ingresos hospitalarios. Pueden derivar de restos de estructuras embriológicas o bien ser consecuencia de la malignización de elementos de la zona. Se clasifican como congénitas o adquiridas; las lesiones más frecuentes en general son las congénitas. Las lesiones metastásicas no son usuales.

Objetivos: Describir un caso de tumor presacro secundario a metástasis ginecológica.

Materiales: Se realiza la descripción de un caso clínico y la revisión comprehensiva de la literatura relacionada.

Resultados: Una paciente de 64 años de edad, sin antecedentes, quien presentó masa de crecimiento progresivo en la región sacra y dolor asociado, sin síntomas constitucionales. Se realizó intervención quirúrgica con abordaje posterior tipo Kraske; la patología informó una lesión metastásica, secundaria a tumor de origen ginecológico, de célula grande no queratinizante.

Conclusiones: Los tumores presacos son un grupo heterogéneo de lesiones tumorales con baja incidencia y predominio en el sexo femenino. Por la localización de la lesión, hay mayor complejidad en el manejo. El caso presentado se manejó según los hallazgos, porque no es frecuente encontrar lesiones metastásicas ginecológicas en esta localización.

HEPATOBIILIAR

02 - ID49

Obstrucción intestinal por coagulos intraluminales en postoperatorio de una hepaticoyeyunostomía en Y de Roux

Miguel Angel Camargo Becerra, Miguel Angel Camargo Becerra, Juan Carlos Marin, Antonio Sarmiento

Universidad De Caldas

miguelcamargo75@gmail.com

Introducción: La obstrucción intestinal por coágulo intraluminal es una complicación posquirúrgica infrecuente en la hepaticoyeyunostomía; en Colombia no hay reportes similares.

Objetivos: Reportar el caso de un paciente con obstrucción intestinal por coágulos intraluminales posquirúrgicos de una hepaticoyeyunostomía con reconstrucción en Y de Roux.

Materiales: Caso Clínico: Paciente de 53 años de edad, diabético, hipertenso, con esteatosis hepática e insuficiencia renal, con cuadros de colangitis recurrente, secundario a estenosis biliar posterior a colecistectomía, sin mejoría con stent/CPRE, por lo que fue llevado a reconstrucción de la vía biliar en Y de Roux. Se hizo sección con grapadora lineal cortante 60, a 40 cm del ángulo de Treitz, anastomosis hepatoeyunal terminolateral transmesocólica con Prolene® vascular 4-0, anastomosis intestinal laterolateral con grapadora lineal cortante 60.

Resultados: En el posoperatorio el paciente se anemizó y necesitó transfusión de hemoderivados. Presentó obstrucción intestinal que requirió relaparotomía, encontrando abundantes coágulos a nivel de la Y; se hizo enterotomía, se extrajeron 250cc de coágulos intraluminales, y se reforzó la Y. El paciente evolucionó hacia la mejoría.

Conclusiones: Se manejó una complicación poco frecuente en cirugía hepatobiliar, hay factores de riesgo los cuales se deben identificar, es necesario la sospecha clínica con el fin de no retrasar el manejo. La obstrucción intestinal postoperatoria secundaria a un coágulo intraluminal es inusual, se debe sospechar en paciente con síntomas de obstrucción intestinal, el diagnóstico es clínico y apoyado por tomografía, el manejo incluye relaparotomía para extraer los coágulos. El riesgo disminuye empleando una excelente técnica quirúrgica y haciendo buen uso de las endograpadoras.

02 - ID205

Manejo endovascular de Budd Chiari

Luis Fabian Alferéz Cruz, Cesar Jimenez

Hospital Universitario Clínica San Rafael - Universidad Militar Nueva Granada
fabian.alferez@hotmail.com

Introducción: Manejo endovascular en síndrome de Budd Chiari para restablecer el retorno venoso hepático.

Objetivos: Presentar la oportunidad terapéutica endovascular para el manejo del síndrome de Budd Chiari. **Materiales:** Masculino de 50 años de edad, quien acudió al Hospital Universitario Clínica San Rafael en febrero del 2018, se le hizo diagnóstico de Síndrome de Budd Chiari y se practicó manejo endovascular exitoso.

Resultados: Síndrome edematoso, tomografía de abdomen se documenta obstrucción doble vascular por trombosis de vena cava y sospecha de trombosis de vena porta, por lo cual se llevó a procedimiento endovascular para descompresión del sistema cavo y suprahepático, o cavografía encontrando obstrucción de la vena cava a la altura de las venas suprahepáticas del 100%, Presenta disminución progresiva de la sintomatología y es dado de alta para continuar seguimiento ambulatorio.

Conclusiones: El Síndrome de Budd-Chiari se define como el conjunto de manifestaciones derivadas de la obstrucción al flujo venoso hepático, independientemente del nivel de la obstrucción que puede localizarse desde las vénulas hepáticas de pequeño tamaño hasta la entrada de la vena cava inferior en la aurícula derecha. El tratamiento se logró de manera exitosa mediante la perfusión a través del cateterismo de las venas suprahepáticas el cual puede ser curativo.

02 - ID347

Linfoma cutáneo: diagnóstico inesperado en paciente con sospecha de fascitis necrosante de la pared abdominal. Reporte de caso

Ovidio Fernando Molano Chavarría, Camilo Ramírez- Giraldo, Juan Arenas-Rueda

Universidad del Rosario
fernandomolano@gmail.com

Introducción: Las intervenciones quirúrgicas realizadas para el drenaje de colecciones son procedimientos realizados en las salas de cirugía de hospitales de alta y media complejidad. El hallazgo de linfoma cutáneo es un diagnóstico inesperado ya que los linfomas cutáneos primarios son grupo heterogéneo de neoplasias originadas en la piel, y tiene una incidencia de 0.5 por 100.000 habitantes. Se clasifica como primario cuando solo afectan la piel

y no compromete el resto de los nódulos linfáticos, médula ósea o vísceras al momento del diagnóstico. El diagnóstico de esta patología se basa en la alta sospecha clínica, siendo los estudios anatomopatológicos los que concluyen el diagnóstico definitivo.

Objetivos: Describir un caso de linfoma cutáneo en una paciente con sospecha de fascitis necrosante.

Materiales: Se realiza la descripción de un caso clínico y la revisión comprensiva de la literatura relacionada.

Resultados: Paciente de 55 años de edad con antecedente de dermatopolimiositis, quien presentó sensación de masa en hipocondrio izquierdo posterior a trauma contundente, asociado a fiebre. Se realizó intervención quirúrgica, con toma de muestra para estudio anatomopatológico, en el que se confirmó el diagnóstico de linfoma cutáneo.

Conclusiones: Los linfomas cutáneos son una patología relativamente infrecuente en la que solo se confirma el diagnóstico al realizar estudios histopatológicos. Esto es de relevancia ya que, al realizar un adecuado diagnóstico, se logra instaurar el manejo oncológico adecuado; es por ello que, ante lesiones localizadas en piel, se debe tener sospecha para realizar diagnósticos diferenciales, como en nuestro caso.

02 - ID556

Manejo de hepatolitiasis por medio de tecnología Spyglass: a propósito de un caso

Renzo Pinto Carta, Efrain Jose Isaac Gomez, Daniel Gomez Gomez

Fundacion Santa Fe de Bogota - Universidad El Bosque
dagogo05@hotmail.com

Introducción: Las diferentes técnicas de manejo de la hepatolitiasis van desde la derivación de la vía biliar hasta el trasplante hepático, pasando por resecciones hepáticas y procedimientos mínimamente invasivos. Presentamos el caso exitoso de manejo de un paciente con hepatolitiasis con colangioscopia tipo Spyglass.

Objetivos: Presentar un caso clínico con hepatolitiasis que se manejó con colangioscopia tipo Spyglass.

Materiales: Paciente masculino de 72 años de edad, con antecedente de colecistectomía por colelitiasis y coledocolitiasis, quien consultó al servicio de urgencia por presentar dolor abdominal, fiebre e ictericia. Se realizaron estudios donde se evidenció elevación del perfil hepático y e imágenes de coledocolitiasis. El paciente fue llevado a una colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE) en donde se evidencian cálculos en la vía biliar y hepatolitiasis del conducto hepático derecho. En esta primera intervención se extrajeron únicamente los cálculos biliares, resolviendo así su cuadro clínico.

Resultados: El paciente consultó nuevamente con signos de colangitis, por lo que se decidió llevar a extracción de hepatolitiasis con colangioscopia por medio del sistema Spyglass. El paciente evolucionó satisfactoriamente después del procedimiento, resolviendo su obstrucción mecánica.

Conclusiones: La colangioscopia con Spyglass definitivamente ha mejorado la terapia de las hepatolitiasis de forma mínimamente invasiva, evitando resecciones hepáticas importantes o derivaciones de la vía biliar. Se presenta el manejo de este caso exitoso de hepatolitiasis secundaria, el cual estaba causando colangitis, demostrando que esta terapia es una muy buena opción para tener en cuenta en el tratamiento de los pacientes con hepatolitiasis.

VASCULAR

02 - ID13

Resección y reconstrucción vascular mayor en cirugía resectiva de tumores renales

Rodrigo Antonion Burgos Sanchez, Gabriel Fernando Mejia Villate

Clinica Universitaria Colombia
rodrigoburgossi988@hotmail.com

Introducción: En los tumores renales, la base del tratamiento con mejores resultados es la resección

completa; incluso cuando hay compromiso vascular mayor (aorta abdominal), se pueden lograr resecciones Ro realizando reconstrucción con injertos de la aorta abdominal. En la clínica Colombia hemos intervenido en el último año 4 casos, con resultados excelentes y resecciones completas con mínima morbilidad transoperatoria y postoperatoria.

Objetivos: Presentar un caso de resección de tumor renal con invasión de aorta abdominal y resección completa con reconstrucción con injerto de interposición; revisión de la literatura

Materiales: Exposición de caso clínico con imágenes pre operatorias, intraoperatoria y evolución postoperatoria, con revisión de la literatura actual sobre resecciones vasculares mayores en paciente con patología tumoral con invasión vascular

Resultados: Cero mortalidad postoperatoria con adecuada perfusión distal y alta temprana postoperatoria, logrando resecciones Ro en tumores renales con invasión vascular mayor

Conclusiones: Las resecciones de segmentos de aorta abdominal con reconstrucción con injerto de interposición es una técnica factible que permite tasas de resecciones Ro en pacientes con tumores renales obteniendo un manejo quirúrgico ideal

02 - ID14

trauma de arteria subclavia: presentación de dos casos con abordaje quirúrgico abierto y abordaje endovascular

Rodrigo Antonio Burgos Sanchez, Gabriel Fernando Mejia Villate, Luis Fernando Garcia

Clinica Universitaria Colombia

rodrigoburgoss1988@hotmail.com

Introducción: Con los progresos en cirugía mínimamente invasiva y endovascular hemos visto un cambio en los resultados en morbimortalidad de los pacientes llevados a diferentes manejo quirúrgicos. Esto de igual manera aplica a los pacientes con trauma vascular, llegando a modalidades de manejo endovascular con resultados equiparables y morbimortalidad disminuida.

Objetivos: Presentar dos casos clínicos con manejo quirúrgico de lesiones de arteria subclavia secundario a punciones por catéteres centrales, abordaje abierto y endovascular. Pacientes manejados por el servicio de cirugía vascular periférica de la clínica Colombia, mostrando sus desenlaces de supervivencia y la morbilidad de ambas intervenciones. Revisión de la literatura actual en manejo del trauma vascular. **Materiales:** Presentación de historias clínicas, imágenes y vídeo del manejo abierto y endovascular de lesiones de arteria subclavia en dos pacientes manejados en la clínica universitaria Colombia.

Resultados: Supervivencia de ambos pacientes. El paciente con manejo abierto requirió politransfusión, traslado a UCI en el postoperatorio, con estancia en UCI prolongada y requerimiento de toracostomía izquierda. El paciente con manejo endovascular no requirió transfusión, tuvo hospitalización en habitación estándar y alta médica a los dos días postoperatorios. Ambos pacientes con adecuada perfusión distal y viabilidad de la extremidad, sin mortalidad.

Conclusiones: La evolución en las técnicas de manejo quirúrgico mínimamente invasivo y endovascular ha permitido su aplicación en el área de los traumatismos vasculares estableciendo un manejo óptimo, con menor incidencia de morbilidad y mortalidad trans y postoperatoria

02 - ID123

Isquemia crítica del miembro superior como complicación tardía de radioterapia: presentación de un caso y manejo

Pilar Carola Pinillos, Alberto Muñoz Hoyos

Universidad Nacional de Colombia

pilar_carola@hotmail.com

Introducción: La radioterapia como opción terapéutica actual para patologías oncológicas tiene variedad de efectos adversos, dentro de los cuales se describe el daño de estructuras vasculares adyacentes a las zonas de irradiación.

Objetivos: Se presenta a continuación un caso clínico de lesión arterial de vasos supra aórticos, que

condiciona isquemia crítica del miembro superior, como complicación infrecuente y potencialmente grave de la radioterapia.

Materiales: Mujer de 64 años de edad con antecedente de cáncer de mama derecha diagnosticado 12 años antes y tratado con mastectomía radical, vaciamiento ganglionar, quimioterapia y radioterapia adyuvante. Consulta por síntomas de 20 días de evolución de dolor en reposo en miembro superior derecho progresivo; al ingreso con ausencia de pulsos distales y acrocianosis en falanges de mano derecha. Se completaron estudios, evidenciando compromiso parcial de tronco braquiocefálico y oclusión completa de arteria subclavia proximal.

Resultados: Se realizó manejo con prostaglandina durante 72 horas y una vez se completaron estudios prequirúrgicos, con resolución de acrocianosis delimitada a falange distal del tercer dedo, se llevó a derivación carótidea –axilar derecha, con injerto de vena safena mayor invertida, con adecuada evolución clínica y egreso temprano.

Conclusiones: Rara vez se han descrito las lesiones arteriales de los troncos supraaórticos en su porción intratorácica posteriores a irradiación, siendo más frecuentemente la afección de las carótidas y la arteria axilar en pacientes con cáncer de mama. En este caso se realizó tratamiento combinado médico y quirúrgico con buenos resultados.

02 - ID133

Divertículo de Kommerell: embolias arteriales múltiples como complicación infrecuente. Presentación de un caso clínico y manejo

Pilar Carola Pinillos, Alberto Muñoz Hoyos
Universidad Nacional de Colombia
pilar_carola@hotmail.com

Introducción: El divertículo de Kommerell es una condición de rara presentación, que corresponde a la degeneración aneurismática en la porción proximal de una arteria subclavia derecha aberrante, originada en la aorta torácica descendente, inmediatamente después de la emergencia de la arteria subclavia izquierda.

Objetivos: Consideramos importante la socialización de este caso dada la presentación infrecuente de las malformaciones vasculares mayores del arco aórtico.

Materiales: Se presenta a continuación el primer caso publicado de embolización arterial múltiple como complicación de un divertículo de Kommerell.

Resultados: Mujer de 36 años de edad, con comorbilidades múltiples, historia previa de múltiples episodios trombóticos arteriales de miembros superiores, quien ingresó con dolor abdominal de larga data y claudicación intermitente en miembros inferiores. En los estudios de extensión se identificó trombosis de arteria mesentérica superior, renal, esplénica y aorta distal, iliaca izquierda y miembros inferiores infrapatelares, sin alteración importante de la perfusión; se descartaron trastornos de la coagulación e incluso recibió prueba terapéutica con sospecha de arteritis de Takayasu no confirmada. Se documentó en TAC origen anómalo de la arteria subclavia derecha con dilatación fusiforme en su origen, por lo que se consideró entonces embolias múltiples a la aorta distal, ramas viscerales y miembros superiores e inferiores secundarias a divertículo de Kommerell.

Conclusiones: Se llevó a manejo de malformación vascular con un procedimiento híbrido, en el primer tiempo manejo con endoprotesis aortica torácica y segundo tiempo derivación carótidea-subclavia derecha para exclusión del divertículo, con buena evolución clínica temprana.

02 - ID183

Corrección de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal en paciente con VIH-SIDA. Reporte de un caso

José Eduardo Agamez, Carlos Andrés Delgado López, Giovanni García, José Andres Uribe Munera, Rene Fernando Timaran, Claudia Paola Ordoñez, Alejandro Mejía
Universidad de Antioquia
joseduardoagamez@gmail.com

Introducción: Las manifestaciones vasculares del VIH incluyen aneurismas, enfermedad oclusiva, fis-tulas arteriovenosas espontáneas, disecciones, ate-

rosclerosis y manifestaciones vasculíticas de los pequeños vasos. Aún los mecanismos etiopatológicos no son claros. Los aneurismas aórticos en pacientes con VIH son una entidad poco estudiada que repercute en la toma de decisiones

Objetivos: Describir un caso de aneurisma aórtico infrarrenal en paciente con VIH-SIDA

Materiales: Reporte de caso, correlación clínico-radiológica, descripción de procedimientos, desenlace y revisión de la literatura.

Resultados: Paciente de 54 años de edad con diagnóstico de aneurisma de aorta abdominal desde el 2013 y antecedente de VIH en estadio de SIDA. Presenta dolor abdominal y distensión abdominal. En Angiotomografía se evidenció aneurisma de la aorta infrarrenal, sacular de 75 x 43 x 44 mm con trombos murales y defecto de la pared anterior, con engrosamiento de los tejidos blandos adyacentes e íntimo contacto con la tercera porción del duodeno. Carga viral para VIH indetectable y conteo de CD4 en 434 cel/ul. Se realizó corrección del aneurisma con prótesis de dacrón. Posteriormente presentó evolución tórpida e isquemia del colón descendente que requirió reintervención.

Conclusiones: El comportamiento de los aneurismas arteriales en pacientes con VIH es una entidad poco estudiada. Se sospecha una posible disfunción endotelial asociada a un componente inflamatorio persistente y en algunos casos la infección por organismos oportunistas. La decisión quirúrgica se debe basar en el estado inmunológico y con ayuda de un equipo multidisciplinario.

02 - ID218

Reparación definitiva de arteria y vena femoral con injerto autólogo en paciente con trauma vascular 30 horas posterior al manejo inicial con shunt vascular

Adhara Marina Estrada Torres, Juan Fernando Muñoz Meza, Nicole Moreno, Romeo Guevara, Ruddy Guzman, Natalia Lasprilla

Hospital Militar Central
adhara.estrada@hotmail.com

Introducción: El manejo inicial de la hemorragia por trauma vascular se convierte en un desafío para el cirujano general sin suficiente experiencia en cirugía vascular, en localizaciones remotas, sobre todo cuando atiende pacientes con lesiones asociadas que generan compromiso sistémico, en quienes debe disminuirse el tiempo de reparación para limitar el tiempo de isquemia. El uso de shunt vasculares temporales se convierte en una alternativa a la reconstrucción quirúrgica definitiva, con un periodo máximo recomendado de uso de 24 horas.

Objetivos: Reportar el caso de un paciente con reparación vascular femoral definitiva con injerto autólogo, 30 horas posteriores al procedimiento inicial con shunt vascular, con resultado satisfactorio

Materiales: Hombre de 24 años de edad, quien presentó herida por arma de fragmentación en miembro inferior izquierdo, con lesión vascular de arteria femoral superficial y vena femoral, en zona rural colombiana. Recibió manejo inicial con shunt vascular arterial y venoso para control de la hemorragia, con posterior remisión al Hospital Militar Central en la ciudad de Bogotá. Cirugía Vascular realizó 30 horas después de la colocación del shunt, la reparación definitiva con injerto autólogo de vena safena contralateral. Se decidió no realizar fasciotomía por considerar bajo riesgo de síndrome compartimental, comprobando al final del procedimiento un adecuado llenado capilar y pulsos distales presentes.

Resultados: Evolución favorable, preservación de la extremidad y egreso al tercer día.

Conclusiones: La preservación de la extremidad con los shunts vasculares tiene como objetivos rápido control de la hemostasia y restauración del flujo arterial periférico, siendo una estrategia de manejo en cirugía de control daños, además de convertirse en un puente de manejo entre la lesión inicial y la reparación definitiva.

02 - ID221**Infecciones del injerto vascular en trauma**

Jorge A. Herrera Chaparro, Jorge Felipe Tobar, Fernando Sarzosa Varona

Universidad Del Cauca
fsarzosa@unicauca.edu.co

Introducción: Los injertos vasculares protésicos representan un avance importante en el manejo de algunas afecciones vasculares agudas y crónicas. A pesar de la evolución en el manejo perioperatorio de los pacientes portadores, la infección sigue siendo una de las complicaciones más graves que se pueden presentar. Alguna de las consecuencias además de la sepsis, puede ser la dehiscencia de la anastomosis, que en muchas ocasiones condiciona una hemorragia potencialmente mortal.

Objetivos: Describimos dos pacientes con trauma vascular mayor que requirieron la utilización de injertos vasculares, con desenlaces infortunados.

Materiales: Paciente #1, hombre con trauma penetrante abdominal, reconstrucción de aorta infra renal con injerto vascular tubular, cirugía de control de daño y revisión a las 48 horas. Al octavo día presenta ruptura de la anastomosis distal con desenlace fatal.

Paciente #2, hombre con trauma pélvico severo, con compromiso de la arteria femoral común que fue reparada con injerto, Al décimo día presentó ruptura y muerte.

Resultados: Entre 15 y 20 % de las muertes por trauma se deben a procesos infecciosos y aunque la incidencia es muy variable, muchos de ellos involucran a las prótesis vasculares con desenlaces desastrosos. Los factores de riesgo son múltiples e incluyen además de las comorbilidades del paciente, determinantes como las condiciones en las que se realiza el acto quirúrgico y los cuidados posteriores (shock, coagulopatía, acidosis, falla multiorgánica). Un factor de riesgo no menos importante es el tipo y la localización anatómica de la prótesis.

Conclusiones: Informar casos como estos permiten tomar conciencia sobre las complicaciones y desenlaces, con posibilidad de prevenirlos.

02 - ID228**Síndrome de Wunderlich: a propósito de un caso**

Gian Nuñez, Laura Jaimes, Susana Hinojosa, Efraín Ramírez

Universidad de Cartagena

gian.nuo8@gmail.com

Introducción: El síndrome de Wunderlich es una afección de presentación rara, caracterizada por la hemorragia renal espontánea, subcapsular o del espacio perirenal. Las neoplasias renales son su causa más frecuente, sin embargo, existen muchas otras causas, como las vasculitis y la ruptura de un aneurisma de la arteria renal. La presentación clínica indicará la resolución del sangrado de manera urgente.

Objetivos: Presentar un caso clínico de una paciente con síndrome de Wunderlich.

Materiales: Estudio del caso, historia clínica, hallazgos operatorios, imágenes diagnósticas, histopatología, abordaje diagnóstico y terapéutico. Revisión de la literatura.

Resultados: Se expone el caso de una paciente quien ingresó por urgencias con dolor abdominal irradiado a región lumbar izquierda, asociado diaforesis y lipotimia, sin antecedentes de trauma reciente; se documentó anemia y requirió transfusión de hemoderivados. Mediante imaginología se identificó lesión aneurismática de la arteria renal izquierda, por lo que se consideró llevar a laparotomía exploratoria, encontrando cavidad peritoneal sin sangrado y zona II izquierda de retroperitoneo ocupada por gran cantidad de coágulos; se realizó nefrectomía izquierda con adecuada evolución postoperatoria.

Conclusiones: En la mayoría de los casos los hematomas renales se deben a causas traumáticas y en los casos de hemorragia espontánea, su causa más frecuente es la tumoral (en un 80%), describiendo el angiomiolipoma renal como la principal causa. Las causas vasculares son infrecuentes y los aneurismas de la arteria renal cursan asintomáticos en un 75% de los casos. Dependerá de la experiencia del cirujano, el diagnóstico y manejo oportuno de esta entidad.

02 - ID423**Corrección abierta de aneurisma toracoabdominal en paciente con Síndrome de Marfán**

Jorge A. Márquez, Giovanni Rios, William Rios, Michael Ricardo, Jorge Azuero, Juliana Messier, Alvaro Rodriguez, Alexander Bustos, Sebastian Cerquera

Hospital San José – Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

seb.cerq@gmail.com

Introducción: El Síndrome de Marfán corresponde a un trastorno hereditario del tejido conectivo de transmisión autosómica dominante que afecta el sistema oftalmológico, musculo– esquelético y cardiovascular principalmente. Esta patología se debe a una alteración en el brazo largo del cromosoma 15 que codifica las proteínas miofibrillas y fibrilina. La alteración aórtica puede involucrar los senos de Valsalva, aorta ascendente, aorta descendente torácica y abdominal. La disección aórtica y la ruptura son las principales causas de morbimortalidad. Dependiendo de la longitud y el segmento aórtico comprometido, se clasifica de I a IV según la clasificación de Crawford.

Objetivos: Revisión de la literatura del manejo actual de los aneurismas toracoabdominales en pacientes con Síndrome de Marfán y las controversias que existen entre el manejo abierto versus el manejo endovascular.

Materiales: Reporte de caso.

Resultados: Se presenta una adulta joven con Síndrome de Marfán y aneurisma toracoabdominal Crawford II, la cual fue llevada a una corrección abierta de este aneurisma por medio de una toracofreno–laparotomía izquierda y canulación para circulación extracorpórea, con posterior reemplazo de aorta toracoabdominal más reimplantación de vasos viscerales. Adicionalmente se dejaron dos islas vasculares para proteger la arteria radicular magna.

Conclusiones: Se debe crear un protocolo quirúrgico que involucre drenaje del líquido céfalo raquídeo, perfusión selectiva de órganos y monitorización de potenciales evocados que disminuyan la morbimortalidad que presenta esta gran intervención qui-

rúrgica. Los resultados de la cirugía abierta deben poderse comparar con la corrección endovascular en pacientes con Síndrome de Marfán.

02 - ID428**Linfangioma, experiencia en el manejo actual en el servicio de Cirugía vascular periférica, hospital San José de Bogotá, Colombia**

Jorge Adalberto Marquez, Oswaldo Ceballos, Juliana Messier, Jorge Azuero Escallon, Michael Ricardo Sagra, Alvaro Rodriguez, Johan Sebastian Merchan, Rogers Leonardo Baquero Garcia

Fundacion Universitaria Ciencias De La Salud
rlbaquero@fucsalud.edu.co

Introducción: El linfangioma constituye un grupo de malformaciones más que verdaderas neoplasias. Anatómicamente está representado por cavidades llenas de líquido linfático recubierto por endotelio vascular. Con incidencia de 1: 16.000 casos, presentándose al nacimiento en el 50 % y el restante antes de los 2 años de edad. Cerca del 75 % compromete el cuello, 20 % región axilar, 5 % abdomen y mediastino. Los avances en el manejo con resección quirúrgica en combinación con escleroterapia (OK 470, OK-432, polidocanol 1-3 %), han disminuido las tasas de recidiva (hasta 11 %), considerando el aumento progresivo de tamaño y la invasión de estructuras adyacentes, especialmente en tórax. El pronóstico está en relación con el tamaño del tumor, profundidad, localización, tipo microscópico, invasión vascular y márgenes quirúrgicos.

Objetivos: Mostrar la experiencia en el manejo del linfangioma por parte del servicio de Cirugía vascular del Hospital San José de Bogotá.

Materiales: Se describe caso clínico presentado en un hombre de 30 años de edad, en el Hospital San José y la revisión de la literatura.

Resultados: Bajo la asistencia multidisciplinaria, la combinación de técnica quirúrgica y escleroterapia, se logró la resección tumoral sin recidiva.

Conclusiones: El linfangioma constituye una patología rara en la edad adulta. Debe guiarse su diagnóstico con imágenes de tomografía, resonancia

magnética nuclear y punción guiada por imágenes. La resección completa, ya sea quirúrgica, por escleroterapia o manejo mixto, ofrece la posibilidad de cura para este grupo de pacientes.

02 - ID626

Quiste óseo aneurismático como causa de pseudoaneurisma de aorta abdominal

Karen Sarmiento Robinson, Fernando Mejía Villate

Fundación Universitaria Sanitas

karen91_20@hotmail.com

Introducción: El aneurisma de aorta abdominal es una patología que se presenta principalmente en mayores de 65 años de edad, debido a que se encuentra asociada a degeneración de la capa media de la aorta. En caso de ruptura, se asocia a una mortalidad global mayor al 90 %.

Objetivos: Exponer un caso clínico de pseudoaneurisma de aorta abdominal secundario a espondilodicitis, que se presentó en la Clínica Universitaria Colombia.

Materiales: Datos tomados de la historia clínica y registros fotográficos.

Resultados: Paciente de 31 años de edad, con cuadro de 5 meses de dolor lumbar, el cual se exacerbó de forma súbita 2 horas antes de su ingreso a urgencias. Presentaba taquicardia, hipotensión y dolor severo, y se palpaba masa pulsátil dolorosa en mesogastrio. La ecografía de abdomen reporta aneurisma de aorta abdominal, por lo que se realizó angiografía que mostró aneurisma de aorta abdominal roto contenido. Se llevó a laparotomía donde se encontró gran pseudoaneurisma de aproximadamente 20 cm de diámetro, con ruptura a retroperitoneo, severo proceso retroperitoneal inflamatorio, adherencia de asas a saco pseudoaneurismático, dos rupturas de cara posterior de aorta y exposición de cuerpo vertebral sin cortical. Se resecó con sustitución de aorta abdominal infrarrenal con puente aorto-aórtico, biopsia y cultivo de curetaje de cuerpo vertebral comprometido. El paciente evolucionó satisfactoriamente.

Conclusiones: La espondilodicitis, y otras patologías de columna lumbar, son una rara causa de compromiso de aorta abdominal por contacto, degenerando la pared de la aorta por lesión traumática y/o infecciosa, llevando a dilatación o perforación, con la consecuente formación de pseudoaneurisma y ruptura, con riesgo inminente de muerte.

METABOLISMO QUIRÚRGICO

02 - ID186

Caso de adaptación intestinal en intestino corto anatómico. Presentación de Caso

Natalia Andrea Rivera Rincon, Juan Guillermo Holguin

Hospital Universitario Mayor - Universidad Del Rosario

nataliaa.rivera@urosario.edu.co

Introducción: El Síndrome de Intestino Corto (SIC) es un estado de malabsorción posterior a una resección intestinal extensa, asociado a múltiples complicaciones.

Objetivos: Proponer el manejo integral y oportuno del intestino corto anatómico con el fin de reducir la presentación de Síndrome de Intestino Corto y falla intestinal.

Materiales: Reporte de caso y revisión de la literatura

Resultados: Mujer de 72 años con isquemia mesentérica sometida a resección intestinal (430 cm intestino delgado) y posterior anastomosis yeyunoileal, quedando con 35 cm de intestino delgado, válvula ileocecal y colon. Recibió farmaconutrición - nutrición parenteral total con glutamina, tolerando el inicio de la vía oral con hiperfagia y suplementación con arginina, glutamina, lactobacilos, vitamina C y zinc además de reposición hidroelectrolítica. Posterior retiro de la nutrición parenteral, se definió egreso con fórmula polimérica y loperamida. Manejo en casa con ingesta usual y complemento nutricional.

Conclusiones: Nuevas alternativas quirúrgicas y farmacológicas han emergido, mejorando la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes con riesgo

de Síndrome de Intestino Corto y falla intestinal. En estos casos, donde la resección intestinal frecuentemente es inevitable, el manejo integral y oportuno genera la diferencia entre la falla intestinal crónica con desenlaces variables e inciertos y, la falla intestinal aguda con adaptación intestinal, siendo costoeffectivo para el sistema de salud y ofreciéndole calidad de vida al paciente.

ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA

02 - ID182

Utilidad del ganglio centinela en cáncer gástrico, a propósito de un caso.

Julieta Correa Restrepo, Jorge Alberto Bernal

Clínica Vida

julicore2003@gmail.com

Introducción: Las modalidades de tratamiento para cáncer gástrico temprano incluyen resección endoscópica y cirugía, según las características de la lesión y el riesgo de metástasis ganglionares, buscando siempre un manejo inicial curativo. La detección del ganglio centinela a través de laparoscopia tiene su utilidad en tumores que comprometen la submucosa o que son de alto grado, evitando una cirugía muy invasiva sistemática.

Objetivos: Presentar e ilustrar la utilidad del azul de metileno para la identificación del ganglio centinela en cáncer gástrico.

Materiales: Por medio de la presentación de un caso clínico, con imágenes y un vídeo corto, se expone la marcación con azul de metileno para ubicar una lesión gástrica submucosa y el drenaje linfático de la misma.

Resultados: Paciente con tumor gástrico en curvatura menor, que comprometía hasta la submucosa, por lo que se propuso manejo mínimamente invasivo. Se realizó marcación endoscópica submucosa con azul de metileno, lo que permitió una resección laparoscópica con márgenes adecuados, evitando una gastrectomía total. Se apreció la migración linfática del azul de metileno, permitiendo realizar biopsia de ganglio centinela, en casos seleccionados.

Conclusiones: La linfadenectomía selectiva con resección modificada del estómago puede ser una alternativa en pacientes con cáncer gástrico temprano, sin comprometer la intención curativa. La identificación del ganglio centinela con azul de metileno, índigo carmín o tinta india, es una técnica útil y factible, aunque su indicación y utilidad en el cáncer gástrico es aún controvertida.

02 - ID252

Intususcepción ileocolónica en adulto por neoplasia mucinosa del apéndice

Gabriel Eduardo Herrera Almarino, Diego A. Aguirre, Carolina Restrepo, Ashley O. Bustos, Alejandra Cabra

Hospital Universitario Fundación Santa Fe De Bogotá
caro.rebo@yahoo.com

Introducción: La intususcepción es infrecuente en adultos, con malignidad reportada en el 66 % en intususcepciones de colon y el 30 % de intestino delgado. Sólo el 3,3 % se asocian a neoplasia mucinosa apendicular.

Objetivos: Presentar el caso de una paciente adulta operada en nuestra institución por una intususcepción ileocolónica como consecuencia de una neoplasia mucinosa apendicular.

Materiales: Revisión del caso utilizando el sistema institucional de historias clínicas y revisión de la literatura en PubMed.

Resultados: Mujer de 32 años de edad, con dolor abdominal, náuseas y vómito, sin signos de irritación peritoneal ni masa. Tomografía reportó intususcepción ileocolónica y posible mucocele apendicular como causa. Se realizó laparoscopia diagnóstica encontrando intususcepción ileocolónica con tumor apendicular, requiriendo hemicolectomía derecha y anastomosis. La patología reportó una neoplasia mucinosa apendicular.

Conclusiones: La intususcepción es poco frecuente en adultos y los tumores malignos son la causa principal. Los síntomas más comunes son dolor abdominal, náuseas, vómito y masa abdominal. La tomografía es el método de elección para la evaluación preoperatoria. Del 46 al 66 % de las lesiones

causantes son tumores malignos del colon y sólo el 3,3 % se asocian a neoplasias mucinosas apendiculares, como en este caso. La búsqueda de literatura arrojó 23 resultados de los cuales 19 fueron relacionados con neoplasia mucinosa apendicular, con un solo caso en Latinoamérica. La neoplasia mucinosa apendicular es infrecuente, y aún más como causa de intususcepción, con pocos casos reportados, lo cual hace importante este caso.

02 - ID557

GIST duodenal: reporte de caso

Oscar Fernando Calvo Corredor, Ileana Rocio Bautista, Laura Juliana Delgado Mateus

Hospital Universitario De Santander
lauradelgado.md@gmail.com

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son los tumores más frecuentes de origen mesenquimatoso del tracto gastrointestinal. Su incidencia es de 20 casos por millón y su presentación clínica es muy variable. Se ubican más frecuentemente en estómago (50 %), intestino delgado (30 %) y duodeno (5 %). El manejo quirúrgico con márgenes de resección libres, seguido de adyuvancia, suele ser el tratamiento de elección.

Objetivos: Describir un caso de GIST duodenal manejado con resección local segmentaria. Se realizó un análisis descriptivo de los hallazgos intraoperatorios y evolución postquirúrgica.

Materiales: Mujer de 62 años de edad, con historia de dos meses de dolor abdominal superior y emésis, sin alteraciones al examen físico. Se realizó estudio tomográfico que informó imagen sugestiva de neoplasia pancreática de posible origen duodenal.

Resultados: La paciente fue llevada a cirugía con hallazgo de tumor bilobulado (3cm) dependiente de la tercera porción duodenal, sin infiltración pancreática. Se realizó resección en cuña, con evolución postquirúrgica favorable y egreso a los 6 días. Los hallazgos patológicos fueron compatibles con GIST, bordes de sección negativos y 2 mitosis x 50 CAP. Se ha realizado seguimiento por 7 meses con evolución favorable.

Conclusiones: El manejo de los tumores de GIST duodenales sigue siendo controversial, sin embargo, la resección segmentaria o en cuña con márgenes negativos, pueden ser una opción terapéutica exitosa para lesiones ubicadas entre la 3ª y 4ª porción del duodeno.

02 - ID621

Tumor desmoide de pared abdominal: a propósito de un caso.

Laura Victoria Jaimes Santamaria, Jose Joaquín Guzmán Gómez, Mauricio Bermúdez Sagre

Universidad De Cartagena
laura.jaimesmd@gmail.com

Introducción: Los tumores desmoides son neoplasias infrecuentes, constituyendo menos de 3 % de los tumores de tejidos blandos, con una incidencia anual de 2 a 4 casos por millón de habitantes; ubicados en un 50 % en la pared anterior del abdomen. Si bien, histológicamente se conforma de una proliferación de miofibroblastos sin potencial de metastatización ni desdiferenciación, su comportamiento agresivo local y su alta tasa de recurrencia, los cataloga como tumores malignos; los cuales debido a su naturaleza infiltrativa, suelen presentarse como masas voluminosas cuyo manejo se fundamenta en una adecuada resección quirúrgica, la cual suele representar un desafío quirúrgico.

Objetivos: Revisar la literatura científica sobre la epidemiología, características clínicas, de diagnóstico y tratamiento del tumor desmoide de pared abdominal, y presentar un caso.

Materiales: Paciente femenina de 43 años de edad, previamente sana, quien presentó aumento de perímetro abdominal de forma asimétrica, de predominio izquierdo y dolor. La resonancia magnética reportó masa tumoral de 18x18x13 cms, con compresión y desplazamiento de diferentes estructuras vecinas.

Resultados: Ante la deformidad, clínica de dolor y reporte de biopsia incisional, se efectúa exéresis de pieza y reconstrucción de pared abdominal con malla macroporosa sintética con barrera separadora

de tejido. La patología informó fibromatosis desmoides, confirmado por inmunohistoquímica, tamaño tumoral 24x14, márgenes libres de lesión tumoral. Adecuada evolución postoperatoria; controles postquirúrgicos adecuados, sin complicaciones.

Conclusiones: El estudio histopatológico es el único método definitivo diagnóstico. La mejor opción terapéutica es quirúrgica, si es sintomática. La radioterapia adyuvante es necesaria en caso de márgenes positivos para enfermedad residual.

02 - ID643

Sarcoma sinovial de pared abdominal. Dos casos excepcionales

William Castro, William Sanchez
Hospital Militar Central
sanchez.william@cable.net.co

Introducción: El sarcoma sinovial de pared abdominal es un tumor excepcional; solamente hay descritos 47 casos en la literatura internacional.

Objetivos: Reportar los 2 primeros casos de sarcoma sinovial de pared abdominal en Colombia.

Materiales: Descripción de dos casos

Resultados: Caso 1: Mujer de 60 años de edad, con tumor de 24x18x9cm en pared abdominal (flanco e hipocondrio derecho), que infiltra peritoneo parietal, estomago e hígado (segmento III). Se realizó resección en bloque con segmento de hígado y estómago y reconstrucción de la pared abdominal. La patología reportó sarcoma bifásico (epitelial, estromal) grado III con marcado pleomorfismo y positividad para CK7, EMA y BCL-2. Estadio T2bN0MoGIII. Recibió quimioradioterapia adyuvante y al seguimiento de 24 meses está libre de actividad tumoral.

Caso 2: Mujer de 28 años de edad, con tumor recidivante (cirugía extrahospitalaria 5 meses antes) en pared abdominal, mixto (quístico y solido), en hipocondrio izquierdo, que infiltraba colon en ángulo esplénico y pared costal, con metástasis pulmonares bilaterales. Se realizó resección en bloque de tumor en pared abdominal, con reja costal, colectomía, y

metastasectomía pulmonar bilateral. La patología informó sarcoma sinovial de pared abdominal pobremente diferenciado, marcado pleomorfismo, 26 mitosis por campo, positividad para BCL-2, EMA, CD99, Vimentina. Estadio T4bN0M1GIII. Recibió quimioradioterapia y a los 16 meses falleció por múltiples metástasis hepáticas y pulmonares.

Conclusiones: El sarcoma sinovial de pared abdominal es un tumor derivado de las células primitivas, que tiene tres subtipos (monofásico, bifásico, pobremente diferenciado). Son tumores de alto grado, muy agresivos, que en el 90 % de los casos tienen translocación t(X;18) (p11.2;q11.2) que envuelve el gen SYT en el cromosoma 18 y el gen SSX en el cromosoma 10.

TRAUMA

02 - ID43

Biliotórax secundario a trauma abdominal cerrado: presentación de un caso y revisión de la literatura

Jose Eduardo Agamez Fuentes, Adriana Patricia Llano Sánchez, Marlon Mejía Campillo, Luis Napoleón Bolívar Mendoza
Universidad de Antioquia.
joseduardoagamez@gmail.com

Introducción: La presencia de bilis en cavidad pleural es una rara complicación de las patologías de la vía biliar, más aún en el contexto de trauma contuso y ausencia de fistula biliopleural.

Objetivos: Presentar el caso de un biliotórax secundario a trauma abdominal cerrado. Además, realizar un análisis y discusión de su desenlace.

Materiales: Reporte de caso, correlación clínico-radiológica, descripción de procedimientos y revisión de la literatura.

Resultados: Paciente masculino de 21 años de edad, politraumatizado en accidente de tránsito como conductor de motocicleta, con ISS de 27 puntos, trauma cerrado de abdomen y trauma hepático grado V. Ingresó a urgencias con abdomen agudo e inestabilidad hemodinámica. Es llevado a cirugía de

control de daños. Evolucionó con fistula biliar post-traumática, deterioro de la mecánica respiratoria, trastorno de la oxigenación y radiopacidad progresiva en hemitórax derecho en la secuencia radiológica. En toracentesis diagnóstica se encuentra líquido de aspecto bilioso, confirmándose bilitórax por niveles de bilirrubina en líquido pleural. Se realizó toracostomía cerrada derecha con poca mejoría; la tomografía de tórax demostró derrame pleural localizado, por lo que se programó decorticación pulmonar y pleurectomía parietal por videotoracoscopia, en la que se evidenció integridad macroscópica del diafragma y ausencia de fistula biliopleural. El paciente evolucionó satisfactoriamente y fue dado de alta a la semana siguiente.

Conclusiones: El bilitórax es una causa inusual de derrame pleural de origen extravascular. Se diagnosticó con una relación de bilirrubinas entre líquido pleural y suero >1. Debe sospecharse ante derrame pleural en presencia de patología del tracto biliar, pues puede progresar rápidamente a falla ventilatoria y muerte de no ser tratado a tiempo.

02 - ID386

Diagnóstico y tratamiento tardío de una lesión ureteral traumática inadvertida. Reporte de un caso y revisión de la literatura.

David Mauricio Figueroa Bohórquez, Wilfredo Donoso, Diego Camacho, Daniela Robledo, Julian Pardo
Hospital Universitario Mayor Mederi
damfigueroabo@unal.edu.co

Introducción: El trauma ureteral se considera infrecuente, sin embargo, una lesión no diagnosticada tempranamente, se relaciona con estancia hospitalaria prolongada, mayor número de intervenciones quirúrgicas, incluyendo nefrectomías, y aumento en la mortalidad.

Objetivos: Presentar un caso clínico que aporte herramientas para realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno de las lesiones ureterales traumáticas.

Materiales: Presentación de un caso clínico, con descripción de los hallazgos imaginológicos y revisión de la literatura.

Resultados: Paciente masculino de 26 años de edad, quien ingresa con ascitis severa, dos meses después de un trauma toracoabdominal izquierdo por proyectil de arma de fuego, que requirió toracostomía a drenaje cerrado izquierda y laparotomía exploratoria con resección y anastomosis intestinal. Al ingreso, dado el patrón ventilatorio restrictivo, requirió drenaje del líquido abdominal, tras toma de tomografía abdominal contrastada con cortes tardíos, que evidenciaba gran colección pseudoencapsulada de apariencia homogénea. La medición de creatinina del líquido confirmó el diagnóstico de urinoma. Fue llevado a pielografía retrógrada, observándose extravasación del medio de contraste en tercio proximal de uréter izquierdo. Se decidió derivación urinaria con nefrostomía y realización de pielografía combinada. Dado los hallazgos, se programó para reparación definitiva 4 semanas después. Se hizo una revisión de la literatura sobre el proceder diagnóstico y terapéutico de las lesiones ureterales tardías.

Conclusiones: El índice de sospecha de lesiones ureterales traumáticas es bajo, principalmente, porque estos pacientes suelen presentar otras lesiones concomitantes que requieren manejo de urgencia. Con este caso clínico se dan claves para realizar diagnósticos oportunos y tratamientos adecuados.

02 - ID400

Perforación intestinal como lesión única en trauma cerrado

Daniel Gonzalez Nuñez, Juliana Maria Ordoñez M., Lucas Gomez Ibañez, Mario Enrique Gonzalez, Sara Rincon
Hospital Universitario Clínica San Rafael
dgonzalez8805@gmail.com

Introducción: El trauma cerrado de abdomen es una causa importante de morbi-mortalidad, con lesión de intestino delgado en el 5-10 % de los casos y perforación sólo en 1.1 %.

Objetivos: Evaluar el manejo de la perforación intestinal en trauma cerrado, reporte de caso y análisis de hallazgos.

Materiales: Se presenta caso clínico en un Hospital de Bogotá. Toma de historia clínica y paraclínicos de un paciente ingresado en septiembre de 2017.

Resultados: Paciente masculino de 41 años de edad, sin antecedentes de importancia, con cuadro de 5 horas de evolución consistente en trauma cerrado contundente en abdomen por accidente en bicicleta, con dolor en mesogastrio y flanco izquierdo de intensidad severa. Presentó taquicardia, equimosis en mesogastrio sin irritación peritoneal, FAST sin líquido libre, amilasa elevada y resto de paraclínicos normales. La TAC de abdomen mostró líquido laminar perihepático y fondo de saco posterior con colección con aire en su interior. Mediante laparoscopia diagnóstica se identificó perforación intestinal de 8mm en yeyuno, con plastrón a colon sigmoideos, ciego e íleon terminal, con absceso pélvico de 1000 cc. Se realizó resección y anastomosis término-terminal, dos lavados peritoneales subsecuentes y cierre fascial primario, con evolución satisfactoria y egreso sin complicaciones.

Conclusiones: La perforación intestinal como lesión única en trauma cerrado es una entidad poco frecuente. Se sospecha con líquido libre en cavidad y engrosamiento o hematomas de la pared intestinal; puede ser asintomático inicialmente, sin hallazgos específicos en la ultrasonografía o TAC, por lo que el manejo se puede diferir, con complicaciones como sepsis y aumento en morbimortalidad.

02 - ID431

Manejo integral del trauma pélvico severo en una institución de IV nivel, a propósito de un caso

Helmer Emilio Palacios Rodríguez, Alberto Federico García Marín, Julián Chica Yanten, Juan David Granobles Molina
Universidad del Cauca - Clínica Fundación Valle de Lili
palacios-rodriguez@unicauca.edu.co

Introducción: El traumatismo pélvico severo puede comprometer la vida del paciente, siendo la mayoría consecuencia de trauma cerrado de alta energía, con probables lesiones concomitantes. El abordaje multidisciplinario temprano garantiza los mejores resultados en su manejo.

Objetivos: Describir el manejo integral de un caso de trauma pélvico severo y síndrome compartimental de miembros inferiores en una institución de cuarto nivel en Cali - Colombia.

Materiales: Se describe el caso de un paciente de 22 años de edad que sufrió trauma por aplastamiento en hemicuerpo inferior con fractura pélvica y las intervenciones realizadas en su manejo inicial.

Resultados: Paciente ingresa tras aplastamiento por bus urbano, con TA 54/30, eFAST mostró líquido libre en abdomen y pelvis y Radiografía de pelvis mostró fractura inestable. Se transfundió paquete de trauma y fue trasladado a quirófano, se hizo abordaje femoral para reanimación con REBOA con aumento de TA a 60/40, ortopedia realizó fijación pélvica con tutor externo, se continuó empaquetamiento pélvico extraperitoneal controlando el sangrado y laparotomía supraumbilical para drenaje de hemoperitoneo secundario. TAC corporal no identificó otras lesiones y la angiografía no mostró lesiones vasculares. Continuó reanimación en UCI y a las 12 horas se realizó fasciotomía de miembro inferior derecho por síndrome compartimental. Continuó hemodiálisis por 72 horas por falla renal asociada a rabiomielosis, con evolución favorable.

Conclusiones: El trauma pélvico severo, reviste lesiones complejas y multiorgánicas con repercusión sistémica, que precisan la participación de un equipo multidisciplinario, e idealmente deben ser manejados en centros de referencia de trauma que cuenten con el personal experimentado y la infraestructura necesarios.

02 - ID563

Lesión de vena cava retrohepática: reparación primaria versus shunt atriocavo en la era del manejo endovascular de lesiones complejas

Jorge Arturo Carroll Pardo, Laura Isabel Valencia Angel, Ileana Rocío Bautista Parada
Hospital Universitario De Santander
ibautista4@hotmail.com

Introducción: Las lesiones traumáticas de vena cava inferior tienen una tasa de mortalidad mayor al 75 % a pesar de los esfuerzos quirúrgicos y el mejoramiento de la atención prehospitalaria. El segmento retrohepático es particularmente letal, por la dificultad para su acceso y reparación.

Objetivos: Describir el manejo operatorio de las lesiones de vena cava retrohepática.

Materiales: Serie de casos que ingresaron al Hospital Universitario de Santander, ocurridos en un período de 30 días, con heridas por proyectil de arma de fuego y lesión de vena cava retrohepática, manejados con diferentes técnicas. Se realizó un análisis descriptivo de los hallazgos intraoperatorios y evolución postquirúrgica.

Resultados: Dos pacientes de 17 y 28 años, el primer caso con herida de carga única toracoabdominal posterior derecha, trayectoria transmediastinal, abordado por esterno-freno-laparotomía, con trauma hepático grado V y hematoma retrohepático con sangrado activo. Se realizó exclusión vascular hepática, rafia de cava retrohepática y empaquetamiento; se reintervino por inestabilidad hemodinámica documentando sangrado del hígado y rafias vasculares, presenta muerte intraoperatoria.

El segundo caso, con herida de carga única toracoabdominal posterior derecha, abordado por laparotomía encontrando hematoma retrohepático y sangrado activo. Se realizó esternotomía para ubicación de shunt atriocavo y reparación controlada. Se revisó a las 48 horas, logrando cierre de la cavidad peritoneal; evolución postquirúrgica favorable, con egreso en 2 semanas.

Conclusiones: Se presentan dos casos con heridas similares, intervenidos por el mismo cirujano con técnicas diferentes. Dada su baja frecuencia y sobrevida, es difícil definir el manejo ideal y completar una curva de entrenamiento, abriendo camino a técnicas endovasculares como opción terapéutica.

MÍNIMAMENTE INVASIVA

02 - ID176

Laparoscopia en obstrucción intestinal, serie de casos

Gabriel Arroyave, Hernán Restrepo, Maribel Ocampo, Isabel Molina

Clínica Medellín

arroyavegabriel@gmail.com

Introducción: La obstrucción del intestino delgado (OID) es frecuente en servicios de urgencias y la laparotomía ha sido la conducta tradicional cuando se requiere cirugía. Trabajos recientes son promisorios evaluando el tratamiento laparoscópico. Presentamos nuestra experiencia en pacientes a quienes se les propuso dicha opción.

Objetivos: Describir una serie de pacientes con OID que recibieron tratamiento laparoscópico.

Materiales: Observacional descriptivo, serie de casos.

Resultados: Se recopilaron 11 pacientes con OID, 8 hombres y dos mujeres, con edad promedio de 60.4 años. Las causas de OID fueron bridas 6, hernia encarcelada 2, plastrón apendicular 1, íleo biliar 1, y Tuberculosis intestinal en una, ésta última paciente se convirtió a laparotomía por los hallazgos laparoscópicos (no por complicación). El tiempo quirúrgico fue 72.5 minutos, el inicio de vía oral a los 2.9 días y la estancia hospitalaria de 4.5 días. No hubo complicaciones mayores, reintervenciones o muertes.

Conclusiones: En las últimas décadas la cirugía mínimamente invasiva viene en crecimiento, tanto en patologías urgentes como electivas. Reportes recientes en OID destacan la factibilidad y beneficios frente a la laparotomía. Se enfatiza la necesidad de seleccionar adecuadamente los pacientes y que el tratamiento laparoscópico sea ofrecido por cirujanos con entrenamiento en esta técnica. Nuestros resultados son muy positivos y concuerdan con la literatura actual.

Proponer laparoscopia en obstrucción intestinal fue una opción viable y segura en nuestros casos. En manos experimentadas los pacientes tienen beneficios frente al manejo quirúrgico tradicional. En el futuro dispondremos de más literatura sobre la cirugía mínimamente invasiva en esta área.

02 - ID344

Tratamiento laparoscópico de diverticulitis Hinchey III

Gabriel Arroyave, Hernán Restrepo, Camilo Díaz, Manuel Ángel

Clínica Medellín

arroyavegabriel@gmail.com

Introducción: En las últimas décadas se emplea cada vez la cirugía mínimamente invasiva en patologías tanto urgentes como electivas. En diverticulitis Hinchey III se han publicado estudios que recomiendan tratamiento laparoscópico en casos seleccionados, sin embargo, aún hay discusión de su eficacia y posibles complicaciones, razón por la cual en nuestro medio su uso es infrecuente.

Objetivos: Presentar un caso de diverticulitis Hinchey III a quien se le realizó tratamiento laparoscópico.

Materiales: Presentación en video. Revisión de la literatura

Resultados: Paciente masculino de 43 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial y obesidad mórbida (Índice masa corporal 39 kg/m²). Se encontraba en la tercera semana postquirúrgica de tubulización gástrica por laparoscopia y consultó por fiebre y dolor abdominal en hipogastrio. Se solicitó tomografía computadorizada (TAC) abdominal contrastada pensando en complicación de cirugía bariátrica, pero se encontró diverticulitis Hinchey III. Se llevó a laparoscopia donde se confirmaron los hallazgos descritos por TAC. Se decidió tratamiento laparoscópico con evolución favorable, estancia hospitalaria de 4 días y en seguimiento no presentó complicaciones.

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico en diverticulitis aguda ha cambiado en las últimas décadas y ha evolucionado de la cirugía en tres etapas a recomendar anastomosis primaria. Recientemente hay publicaciones que recomiendan tratamiento laparoscópico en casos seleccionados, con beneficios al comparar con cirugía abierta. En grupos con entrenamiento en laparoscopia ésta alternativa pudiera ser rutinaria en casos seleccionados. Nuestro paciente con diverticulitis Hinchey III recibió tratamiento laparoscópico con resultados favorables, corta estancia hospitalaria y sin complicaciones.

02 - ID372

Esofagectomía transhiatal totalmente laparoscópica como manejo de acalasia refractaria a miotomía de Heller

Natalia Cortes, Laura Loaiza, José Daniel Guerra, Fernando Arias

Hospital Universitario Fundación Santafé de Bogotá
ncortesm24@gmail.com

Introducción: Alrededor del 5 % de los pacientes con acalasia eventualmente requerirán esofagectomía, debido a dilatación masiva del esófago o persistencia de disfagia después del fracaso de tratamientos previos.

Objetivos: Presentar el caso de una paciente de 42 años de edad, con acalasia llevada a miotomía de Heller más cirugía antirreflujo tipo Toupet. Al año del procedimiento reinicia con sintomatología, requiriendo de múltiples dilataciones (#6) de la unión cardio-esofágica con mejoría parcial de los síntomas, por lo que se consideró candidata a esofagectomía transhiatal totalmente laparoscópica con anastomosis cervical.

Materiales: Se completó el procedimiento sin complicaciones. Se encontró severa fibrosis de la unión gastroesofágica con dilatación importante del tercio distal del esófago. La disección del esófago torácico se realizó en su mayoría por vía transhiatal, respetando la pleura mediastinal. El sangrado intraoperatorio fue mínimo, con un tiempo quirúrgico de 10 horas. La anastomosis en cuello se realizó de forma manual.

Resultados: La paciente evolucionó adecuadamente, con estudio de vías digestivas al día siguiente de la cirugía con adecuado paso del medio de contraste, sin fugas.

Conclusiones: Es importante recalcar que dado que se trata de una reintervención, las adherencias resultantes entre la submucosa y los órganos circundantes como hígado, el pericardio o la aorta torácica descendente, hacen de la disección esofágica un punto crucial del procedimiento. En pacientes seleccionados y en manos de grupo con experiencia en cirugía mínimamente invasiva, la esofagectomía como manejo definitivo de la acalasia se puede realizar de forma segura, con los beneficios que trae un abordaje completamente laparoscópico.

02 - ID410**Corrección robótica de hernia paraesofágica gigante**

Ruben Luna, Carlos Luna Jaspe, Luis Felipe Cabrera Vargas, Oscar Montoya, Daniel Gomez, Alejandra Zambrano
Clinica Shaio
luis.felipe.cabrera@hotmail.com

Introducción: Las hernias paraesofágicas gigantes comprenden el 5 % de todas las hernias hiatales y predominan en pacientes mayores de 65 años de edad con múltiples comorbilidades; tienen complicaciones hasta en el 28 %, recurrencia del 10 % al 25 % y mortalidad quirúrgica cercana al 2 %. Sin embargo, con el desarrollo de la cirugía robótica, se ha evidenciado un beneficio específico en este tipo de procedimientos mínimamente invasivos de alta complejidad.

Objetivos: Mostrar nuestra experiencia en la corrección robótica de hernia paraesofágica gigante.

Materiales: Se realizó una corrección robótica de hernia paraesofágica gigante con el sistema robótico DaVinci XI.

Resultados: Se llevó a cabo una corrección robótica de hernia paraesofágica gigante con recidiva por tercera vez, con cierre de los pilares esofágicos con colocación de malla, con un tiempo quirúrgico de 200 minutos, con sangrado intraoperatorio mínimo, sin complicaciones. Adecuado control del dolor posoperatorio, tolerancia temprana a la vía oral, sin reflujo gastroesofágico ni disfagia, alta al día 3 y sin recidiva al 4 mes.

Conclusiones: La corrección robótica de hernia paraesofágica gigante, no tiene diferencias en complicaciones ni mortalidad al compararla con la vía laparoscópica, sin embargo, gracias a una mejor disección y resección del saco herniario con un mejor cierre de los pilares, pudiera según algunas series reportadas en la literatura, presentar una menor incidencia de recurrencia herniaria, pero por ahora, se requieren más estudios para establecer su utilidad frente a los demás abordajes.

02 - ID531**Primera pancreatoduodenectomía exitosa realizada por robot en Colombia**

Ruben Daniel Luna, Carlos Augusto Luna-Jaspe Caina, Carlos Rodriguez Reyes, Alejandro Concha, Daniel Gómez Gómez
Fundacion Clínica Shaio - Universidad El Bosque
dagogo05@hotmail.com

Introducción: Los avances en la era moderna de la cirugía han venido de la mano con las nuevas tecnologías, que cada vez se vienen implementando. El tratamiento de la cirugía pancreática ha sido discutido con las diferentes tecnologías, en especial la cirugía laparoscópica, sin embargo, la llegada de la cirugía robótica ha facilitado ciertos procedimientos, que son técnicamente muy exigentes. Es por esto que presentamos el caso de la primer pancreatoduodenectomía realizada por robot en Colombia

Objetivos: Presentar el primer caso exitoso de pancreatoduodenectomía asistida por robot en Colombia.

Materiales: Paciente femenina de 45 años de edad quien consultó por episodios recurrentes neuroglícopénicos, asociado a hipoglicemia de un año de evolución. Se le realizaron estudios hormonales e imaginológicos evidenciando un tumor neuroendocrino en región posterior de la cabeza del páncreas, adyacente a la vena porta, sin invasión local ni a distancia.

Resultados: La paciente fue tratada con resección de su lesión por medio de una pancreatoduodenectomía asistida por robot.

Conclusiones: Se presenta el caso de la primera pancreatoduodenectomía asistida por robot con el sistema daVinci en Colombia, con el fin de mostrar un caso exitoso en la Fundación Clínica Shaio para un tumor neuroendocrino.

02 - ID655**Cirugía de control de daños por rotura de hematomas hepáticos en trastorno hipertensivo del embarazo**

Juliana Maria Ordoñez, Mauricio Pedraza Ciro, David Giraldo, Sebastian Sanchez Ussa, Luis Felipe Cabrera
Universidad El Bosque
mpedraza93@gmail.com

Introducción: La presentación de la rotura hepática por hematomas subcapsulares es un fenómeno

en el embarazo y postparto relacionada a trastornos hipertensivos, que rara vez se presenta con desenlaces fatales. El manejo con cirugía de control de daños en mujeres en embarazo es una técnica poco frecuente. **Objetivos:** Describir en enfoque de manejo con cirugía de control de daños en una serie de casos de rotura hepática asociada a trastorno hipertensivo del embarazo.

Materiales: Se revisó la historia clínica y paraclínicos de pacientes ingresados en el hospital Universitario Clínica San Rafael, y posterior análisis con una búsqueda de la literatura mundial.

Resultados: Se presentan tres casos de mujeres en postparto inmediato de embarazo pretérmino finalizados por presencia de preeclampsia severa, quienes presentaron sintomatología abdominal dada por dolor intenso asociado a hipotensión refractaria y signos de irritación peritoneal. Fueron llevadas a laparotomía de urgencia encontrando rotura hepática, por lo que se realizó cirugía de control de daños, con drenaje de hemoperitoneo, empaquetamiento y bolsa de laparotomía. Posteriormente se desempaquetó y se manejó la pared abdominal con terapia VAC® asociado a malla y finalmente se hizo cierre de la cavidad abdominal completa.

Conclusiones: Los hematomas subcapsulares son la acumulación de sangre entre la cápsula de Glisson y el parénquima hepático. La rotura hepática espontánea es rara y está asociada a síndromes hipertensivos, los cuales son potencialmente fatales, por lo que se requiere un adecuado manejo para disminuir la morbimortalidad materna.

TRASPLANTES

02 - ID426

Trasplante renal complejo: donante cadavérico con riñón en herradura. Reporte de dos casos y revisión de la literatura

Wanda Sanchez Jimenez, Fermin Alonso Canal Daza, Dario Fernando Perdomo Tejada, Carlos Blanco

Hospital Universitario De Neiva. Universidad Surcolombiana

wanda_sanjim@hotmail.com

Introducción: El riñón en herradura es una anomalía congénita. Actualmente hay poca disponibilidad de órganos para trasplante.

Objetivos: Reportamos dos donantes con riñón en herradura.

Materiales: Se extrajeron riñones en bloque. En cirugía de banco se separan por el istmo, dejando riñón derecho con dos arterias, una vena un uréter; el izquierdo con una arteria, dos venas, un uréter. El derecho se implanta anastomosando arterias por separado a iliaca externa. Las demás anastomosis con técnica usual. Egreso al sexto día. Reingresa por aumento de azoados, encontrándose urinoma, tratado con drenaje percutáneo. El izquierdo se implanta anastomosando arteria renal a iliaca externa y las venas en un parche a iliaca externa. Egreso al sexto día.

El segundo donante, en cirugía de banco se separan por el istmo, dejando riñón derecho con tres arterias, una vena, un uréter; el izquierdo con dos arterias, una vena; un uréter. El derecho se implanta anastomosando arterias en dos parches; diuresis intraoperatoria. Se da egreso al décimo día. El izquierdo se implanta, anastomosando arterias en dos parches y egreso al séptimo día.

Resultados: Seguimiento de pacientes a 48 meses, creatinina de 1.29 mg/dl y 1.41 mg/dl y al año, creatinina de 0.7 mg/dl y 1.02 mg/dl

Conclusiones: Hay pocos casos de trasplante con riñón en herradura; estos órganos pueden ser utilizados, teniendo en cuenta que las variaciones anatómicas vasculares definen si se implantan en bloque o por separado.

CIRUGÍA GENERAL

02 - ID10

Fistula enterocalicial espontanea: una etiología poco conocida

Yaneth Camelo Pilonieta, Jorge Andres Gutierrez

Hospital Militar Central

janethcamelo@gmail.com

Introducción: La fistula enterocalicial es una condición infrecuente y su etiología puede ser espontánea o traumática. El tipo espontáneo es causado por una enfermedad crónica asociada a proceso inflamatorio.

Objetivos: Se presenta el caso de paciente con antecedente de pielonefritis enfisematosa, quien durante nefrostomía percutánea presenta paso de medio de contraste desde el cáliz hasta asa intestinal. Se realiza estudio diagnóstico y manejo de fistula duodenocalicial

Materiales: Paciente de 52 años en manejo de pielonefritis enfisematosa, a quien se le documentó cálculo renal coraliforme con riñón derecho excluido, por lo que llevan nefrostomía. Se evidencia paso de medio de contraste desde el cáliz inferior hasta lo que podría corresponder un asa duodenal. Se estudia el caso mediante imágenes y se diagnóstica una fistula duodenocalicial. Se inicia manejo médico y posteriormente quirúrgico

Resultados: Posterior a manejo médico se realiza manejo quirúrgico en conjunto con servicio de Urología, practicando laparotomía exploratoria con identificación y disección de trayecto fistuloso de 2cm, posterior cierre de fistula a nivel de la segunda porción del duodeno, nefrectomía subcapsular derecha y drenaje de absceso parenquimatoso, sin complicaciones

Conclusiones: Las fistulas duodenocaliciales son una entidad poco conocida en nuestro medio, pero dada la inmovilidad relativa de la segunda porción del duodeno, su falta de cubierta peritoneal posterior y contacto cercano con el tercio anterior del riñón derecho hace propensa su participación en la patología renal y aparición de fistulas. Es por esto que aunque existen síntomas establecidos como resultado de la participación de ambos sistemas, su diagnóstico requiere estudios imagenológicos y su manejo debe ser integral (médico-quirúrgico) con Cirugía general y Urología

02 - ID11

Divertículo yeyunal único verdadero como causa de obstrucción intestinal y abdomen agudo: reporte de caso y revisión de la literatura

Ricardo Villarreal, Luis Cabrera, Eric Vinck, Cristina Jiménez
Universidad El Bosque
cjimenezma94@gmail.com

Introducción: El hallazgo de divertículos en intestino delgado es poco usual, presentándose más frecuente a nivel de yeyuno e íleon y entre sexta y séptima década de la vida. Pueden ser congénitos o adquiridos y el único verdadero es el divertículo de Meckel, que presenta todas las capas de la pared intestinal. En el presente trabajo nos permitimos mostrar un caso de divertículo yeyunal verdadero, con una revisión y análisis crítico de la literatura **Objetivos:** Revisar el manejo actual de la enfermedad diverticular de intestino delgado.

Materiales: Se realizó una revisión crítica de la literatura en diferentes bases de datos de los últimos 5 años, con el fin de analizar el manejo actual de la enfermedad diverticular de intestino delgado basados en el reporte de nuestro caso

Resultados: No se encontró en la literatura reporte de casos de divertículos yeyunales únicos verdaderos. La mayoría de pacientes que presentaron enfermedad diverticular complicada de intestino delgado, requirieron manejo quirúrgico con resección del segmento intestinal afectado y anastomosis terminal, evitando resecciones extensas para prevenir síndrome de intestino corto.

Conclusiones: Los divertículos yeyunales son un hallazgo poco frecuente, aún más los divertículos únicos a este nivel, dada su presentación inespecífica. El tratamiento es sintomático centrado en el control de complicaciones. La mayoría de pacientes requerirán manejo quirúrgico, sin embargo se deben evitar resecciones extensas para prevenir síndrome de intestino corto.

02 - ID12

Síndrome post-polipectomía con “micro-perforación” y neumoperitoneo. Enfoque conservador para una causa rara de dolor abdominal agudo: Reporte de caso y revisión de la literatura

Anwar Medellín, Carlos Luna-Jaspe, Tim Peterson, Luis Cabrera, Eric Vinck, Osiris Moreno
Clinica El Bosque
osio62293@hotmail.com

Introducción: Síndrome post-polipectomía se define como el desarrollo de dolor abdominal agudo, fiebre, leucocitosis e inflamación peritoneal, en ausencia de una perforación franca, posterior a la realización de una polipectomía endoscópica.

Objetivos: En el presente artículo realizamos una revisión de la literatura, a la vez que presentamos un reporte de caso de nuestra experiencia con una paciente femenina, con dolor abdominal agudo posterior a la realización de dicho procedimiento.

Materiales: La revisión de la literatura muestra que la presencia de aire libre peritoneal en la tomografía abdominal es un predictor de fallo en manejo no quirúrgico; otros autores describen casos exitosos con manejo conservador.

Resultados: Se prefirió para esta paciente un enfoque conservador teniendo en cuenta sus hallazgos clínicos, de laboratorio e imagenológicos. La paciente presentó una evolución adecuada sin requerir intervenciones adicionales.

Conclusiones: El tratamiento conservador con hidratación endovenosa, nada vía oral y antibiótico-terapia, puede ser un tratamiento alternativo en pacientes determinados con “micro-perforación”.

02 - ID29

Manejo quirúrgico de video cápsula retenida

Carlos Luna-Jaspe, Felipe Cabrera, Villarreal, Felipe Bernal, Sebastian Martinez, Alejandra Zambrano
Clinica El Bosque. Universidad El Bosque
laurabibiana149@hotmail.com

Introducción: La cápsula endoscópica es un método no invasivo más específico para estudio del tracto gastrointestinal, en particular yeyuno e íleon distal, permitiendo visualización directa. Presenta riesgos, el principal es retención de video cápsula, que se presenta en menos de 2 %, requiriendo intervención quirúrgica o endoscópica para su extracción; sin embargo, en casos de obstrucción está justificada la cirugía de urgencias.

Objetivos: La cirugía permite la extracción de capsula endoscópica y eliminación de la patología que causó la retención de la video cápsula.

Materiales: Se presenta un caso clínico de manejo quirúrgico de video cápsula endoscópica retenida y se realizó búsqueda en bases de datos CLINICALKEY, MEDLINE, PUBMED y SCIENCE DIRECT identificando estudios de alta calidad, revisiones y metaanálisis sobre evaluación y tratamiento de video cápsulas retenidas.

Resultados: Paciente de 68 años con cuadro de dolor abdominal crónico inespecífico asociado a pérdida de 6 kg en 6 meses, a quien le realizan endoscopia y colonoscopia sin identificar alteraciones, por lo que indican estudio con capsula endoscópica. Al quinto día de ingesta, paciente no la elimina, y consulta sin signos de obstrucción; se inicia manejo farmacológico con proquinéticos y laxantes, sin embargo el día 12 posterior a ingesta presenta obstrucción, indicándose cirugía de urgencias. Se evidencia la capsula endoscópica en íleon distal y una masa en válvula ileocecal estenosando la luz; se realiza hemicolectomía derecha. La patología confirmó adenocarcinoma, ganglios linfáticos 3 de 30 con infiltración, bordes de sección sin lesión.

Conclusiones: Al realizar revisión sistemática de la literatura, sobre manejo de video cápsula retenida, encontramos la importancia del manejo quirúrgico dado porque se hace extracción de la video cápsula y manejo definitivo de la causa de retención de la video cápsula.

02 - ID50

Reporte de caso inusual de obstrucción intestinal secundario a endometrioma

Laura Niño Torres, Susana Rojas Lopez
Hospital Universitario Mayor- Méderi
lauraninotorres@gmail.com

Introducción: La obstrucción intestinal secundaria a un endometrioma es poco frecuente pero puede ser uno de los diagnósticos diferenciales a tener en cuenta en mujeres nulíparas en edad fértil.

Objetivos: Reporte de caso de obstrucción intestinal por causa infrecuente (endometrioma)

Materiales: Reporte de historia y seguimiento clínico de una mujer de 45 años con historia de un día de dolor abdominal, distensión abdominal, emesis

fecaloide, ausencia de deposiciones y fiebre. Había sido hospitalizada recientemente en otra institución por obstrucción intestinal, donde le dieron manejo médico y salida.

Resultados: Ingresa taquipnéica, taquicárdica, sin signos de irritación peritoneal. Radiografía con niveles hidroaéreos y ausencia de gas distal. Por sospecha de sufrimiento de asa se pasa a laparotomía. Intraoperatoriamente se encuentra dilatación marcada de asas sin sufrimiento y masa de aspecto tumoral en íleon distal a 2 cm de la válvula, que condiciona obstrucción con dilatación retrógrada y ganglios aumentados de tamaño, sin enfermedad a distancia. Se practicó hemicolectomía derecha con ileotransversoanastomosis. Evolución favorable y egreso. Patología con necrosis isquémica difusa comprometiendo los bordes de íleon, colon y grasa del meso, obstrucción de 90 % de la luz por endometrioma emplastronado con grasa del meso (tamaño 7x3 cm); 0/21 ganglios linfáticos comprometidos. Alta por nuestro servicio y se envía a ginecología para seguimiento.

Conclusiones: El diagnóstico preoperatorio es complejo y ningún estudio radiológico ha demostrado ser efectivo, por lo cual la historia clínica y el examen físico representan una ayuda importante en estas pacientes. El tratamiento definitivo es la resección del segmento intestinal comprometido, con anastomosis de acuerdo a las habilidades del cirujano y la disponibilidad de recursos.

02 - ID57

Quiste mesentérico como causa de abdomen agudo

Ciro Andres Murcia Carmona, Juan Manuel Marquez, Nathaly Alexandra Ramirez Sanchez, Carlos Jose Perez Rivera, Paulo Andres Cabrera Rivera, Manuel Santiago Mosquera Paz, Akram Kadamani Abiyomaa, Felipe Casas Jaramillo, Carlos Fernando Roman

Fundación Cardioinfantil
cirujanosgenerales@cardioinfantil.org

Introducción: Los quistes del mesenterio son tumores benignos intraabdominales con una incidencia de 1 caso por cada 250,000 – 300,000 ingresos

hospitalarios. En la mayoría de los casos su diagnóstico es incidental en pacientes con síntomas gastrointestinales inespecíficos. Su etiología es incierta y su tratamiento definitivo es la resección quirúrgica.

Objetivos: Presentar el caso de una paciente con quiste mesentérico que debuta con abdomen agudo, que requiere resección quirúrgica del mismo, con patología de la pieza quirúrgica que evidencia etiología infecciosa.

Materiales: Se presenta un caso clínico de una paciente de 26 años de edad con cuadro clínico de 4 días de evolución de dolor abdominal localizado en hipocondrio izquierdo y múltiples episodios eméticos. La tomografía de abdomen evidenciaba masa mesentérica. Se identifica como hallazgo intraoperatorio una lesión de aspecto tumoral sobre la raíz del meso a 80 cm del ángulo de Treitz, requiriendo resección intestinal y anastomosis por su compromiso vascular.

Resultados: La paciente evoluciona satisfactoriamente, con inicio temprano de la vía oral, adecuado control del dolor sin requerimiento de opioides y alta temprana. Se confirma el diagnóstico histopatológico de quiste mesentérico con presencia de metacestode de equinococos (quiste hidatídico).

Conclusiones: Los quistes mesentéricos generalmente son hallazgos incidentales. No es común que se presenten como un abdomen agudo; en este caso el paciente debe ser llevado a resección quirúrgica. A pesar de que dichos quistes tienen una incidencia baja, su etiología infecciosa es aún menos frecuente, sin embargo, es de tener en cuenta en un país con alta tasa de infección por dichos parásitos.

02 - ID58

Drenaje de absceso retroperitoneal por laparoscopia cuando el abordaje abdominal no es una opción: innovación en técnica quirúrgica.

Paulo Andres Cabrera Rivera, Carlos Jose Perez Rivera, Nathaly Alexandra Ramirez Sanchez, Manuel Santiago Mosquera Paz, Akram Kadamani Abiyomaa, Ciró Andres Murcia Carmona, Felipe Casas Jaramillo, Carlos Fernando Roman

Fundación Cardioinfantil
cirujanosgenerales@cardioinfantil.org

Introducción: El hemoperitoneo es una complicación poco frecuente de las colecistectomías abiertas. El manejo es el adecuado drenaje debido al riesgo de formación de un absceso retroperitoneal. El drenaje de dichas colecciones puede ser por vía percutánea, de forma abierta o por retroperitoneoscopia.

Objetivos: Se presenta un caso de abordaje retroperitoneal por laparoscopia para manejo de hematoma sobreinfectado, como complicación de una colecistectomía abierta, en un paciente con abdomen hostil, en quien no era posible el abordaje percutáneo ni abierto vía abdominal.

Materiales: Se realizó un abordaje en posición decúbito lateral derecho con la utilización de tres trocares, por medio de los cuales se logra acceder al espacio retroperitoneal. Se realiza drenaje completo de la colección sin complicaciones.

Resultados: El paciente presentó evolución satisfactoria, con control del dolor y de la infección. Una vez completó manejo antibiótico se decidió dar egreso sin complicaciones. Durante el seguimiento por consulta externa permaneció estable sin presentar ninguna complicación posterior al acto quirúrgico.

Conclusiones: El drenaje de abscesos retroperitoneales en pacientes con un abdomen "hostil" se puede lograr a través de la retroperitoneoscopia, siendo ésta una opción cuando las otras alternativas no son las más seguras para estos pacientes. Este abordaje es seguro logrando una resolución completa de la colección y una reducción en la morbimortalidad.

02 - ID60

Neumoperitoneo secundario a extensa neumatosis intestinal y aire en el sistema venoso portal tras colocación de gastrostomía abierta

Nathaly Alexandra Ramirez Sanchez, Paulo Andres Cabrera Rivera, Carlos Jose Perez Rivera, Akram Kadamani Abiyomaa, Manuel Santiago Mosquera Paz, Ciro Andres Murcia Carmo, Felipe Casas Jaramillo, Carlos Fernando Roman
Fundación Cardioinfantil
cirujanosgenerales@cardioinfantil.org

Introducción: La gastrostomía es uno de los procedimientos más comunes para el Cirujano General. Se han reportado diferentes complicaciones secun-

darias al procedimiento, una de ellas es la presencia de aire en el sistema venoso portal y neumatosis intestinal que se asocia a complicaciones con altas tasas de mortalidad.

Objetivos: Reporta el caso de un paciente a quien se le realizó gastrostomía por vía abierta con posterior evidencia de neumoperitoneo, extensa neumatosis y aire en el sistema venoso portal.

Materiales: Paciente masculino de 19 años de edad con antecedente de insuficiencia motora de origen central y desnutrición proteico calórica, quien requirió una vía alterna de alimentación. Se realizó gastrostomía abierta sin complicaciones intraoperatorias. Al décimo día presentó dolor abdominal difuso con deposiciones líquidas y en la tomografía abdominal se observó extensa neumatosis con compromiso esofágico, gástrico, del intestino delgado y colon, con neumoperitoneo y gas portal.

Resultados: Se decidió manejo médico con descompresión intestinal, nutrición parenteral, reposición hidroelectrolítica y manejo con antibiótico con adecuada evolución clínica.

Conclusiones: La presencia de aire en el sistema venoso portal y neumatosis intestinal extensa secundaria a colocación de gastrostomía es una rara condición, potencialmente mortal. El tratamiento varía desde el manejo médico hasta una intervención quirúrgica oportuna. Los pacientes sintomáticos pueden ser manejados con tratamiento conservador. Sin embargo, el tratamiento continúa siendo controversial ya que se debe tener en cuenta que cualquier retraso en cirugía afecta el resultado clínico del paciente.

02 - ID115

Abordaje de la hernia diafragmática en fase obstructiva

Jorge Augusto Herrera, Daniel Alejandro Fernandez B., Hernando Romero
Universidad Del Cauca Facultad Ciencias De La Salud
danielfernandezmd9@gmail.com

Introducción: La toracotomía de control de daños en el paciente séptico, aparece como un abordaje seguro, que en algunos casos facilita la disección te-

diosa que requiere la separación y reducción de las vísceras comprometidas a su cavidad.

Objetivos: Describimos un paciente séptico con hernia diafragmática izquierda con el estómago estrangulado, quien requirió toracotomía y control de daño con resección gástrica. Se presenta el abordaje de la hernia diafragmática en fase obstructiva.

Materiales: Hombre de 43 años con antecedente de trauma toracoabdominal por arma corto punzante hace 13 años. Ingresó séptico, a expensas de sistema respiratorio, con una radiografía de tórax sugestiva de hernia diafragmática izquierda, con desplazamiento del corazón a la derecha y signos de obstrucción gastrointestinal, en ausencia de distensión abdominal, por lo que sugiere el compromiso de estómago estrangulado.

Resultados: Se practicó toracotomía, liberación de la víscera del diafragma, resección del estómago necrótico perforado y reducción a cavidad abdominal. Se obtuvo control hemodinámico y a las 48 horas se llevó a laparotomía y reconstrucción de la solución de continuidad gástrica. El paciente fue dado de alta al 8° día.

Conclusiones: La encarcelación y estrangulación han sido reconocidas como unas de las complicaciones serias de las hernias diafragmáticas. Se han recomendado las incisiones combinadas toracoabdominales para el manejo quirúrgico definitivo de las hernias diafragmáticas estranguladas, las vísceras asociadas a infección, el control del daño y el reparo final planeado, mejorando la morbilidad y mortalidad de los pacientes.

02 - ID126

Manejo mínimamente invasivo para síndrome de Wilkie

Juan Sebastian Martinez, Sebastian Sanchez, Felipe Cabrera, Mauricio Pedraza, Alberto Roa, Henry Martinez

Universidad el Bosque

sebastianmartinez7989@hotmail.com

Introducción: El síndrome de Wilkie es una entidad poco frecuente que se presenta como una obstrucción intestinal crónica secundaria a compresión mecánica de la tercera porción del duodeno. Tiene

una incidencia reportada en la literatura médica mundial 2.4 % y puede llevar a una alta morbimortalidad. Existen controversias frente al tratamiento, por lo cual presentamos el caso de un paciente con síndrome de Wilkie y su manejo laparoscópico.

Objetivos: Describir el abordaje mínimamente invasivo para el tratamiento del síndrome de Wilkie y realizar una revisión crítica de la literatura.

Materiales: Se presenta el caso de un paciente con síndrome de Wilkie llevado a cirugía, con adecuada evolución postoperatoria. Se hace una revisión crítica de la literatura teniendo en cuenta artículos publicados en la base de datos de PubMed, OVID, MEDLINE, SCINCE DIRECT en los últimos 5 años y se completa la revisión con artículos clásicos sobre el tema.

Resultados: Paciente con diagnóstico imagenológico de síndrome de Wilkie con refractariedad a manejo médico, quien fue llevado a duodenoyeyunostomía laparoscópica, con evolución favorable. Tránsito intestinal al primer día y tolerancia a la vía oral a las 48 horas de cirugía, con egreso el día 5 después de la cirugía.

Conclusiones: El síndrome de Wilkie es una entidad poco frecuente, que en algunos escenarios requiere manejo quirúrgico. De las diferentes técnicas en la literatura, la duodeno-yeyuno anastomosis mínimamente invasiva, confiere un menor tiempo de estancia hospitalaria, un menor dolor postoperatorio y menor riesgo de infección de sitio operatorio, como lo documentamos en nuestro reporte de caso.

02 - ID192

Manejo temprano de la ruptura de arteria carótida común por ingestión de cuerpo extraño. Reporte de un caso

Antonio José Cuesta Nova, David Rincón Santos, Jorge Wladimir Peñafiel Ruiz, Ana María García Giraldo

Universidad Nacional de Colombia

ajcuestan@unal.edu.co

Introducción: La ruptura de la arteria carótida común por ingestión de cuerpo extraño, es un escenario de baja incidencia, pero con elevada mortalidad. En los escasos reportes de la literatura que

tratan esta circunstancia, el diagnóstico y manejo de esta condición generalmente es tardío y los pacientes cursan con complicaciones severas como fistula carótido-esofágica, pseudoaneurismas o infección.

Objetivos: Presentar un caso clínico en el que se logra un diagnóstico oportuno con abordaje quirúrgico temprano exitoso.

Materiales: Paciente femenina de 72 años de edad quien ingresó por cuadro de 4 horas de odinofagia posterior a la ingesta de cuerpo extraño, tipo espina de pescado. Durante la endoscopia de vías digestivas altas, se documentó un hematoma faríngeo en el lado derecho con erosión, sin cuerpo extraño. Se realizó radiografía cervical con hallazgo de imagen radiolúcida en región retrofaríngea. Posteriormente, fue llevada a exploración cervical.

Resultados: En la cervicotomía, se encontró el cuerpo extraño atravesando la totalidad de la circunferencia de la arteria carótida común derecha, sin sangrado activo o infección. Se realizó sutura con puntos de polipropileno 5/0 vascular en los orificios de entrada y salida con extracción del cuerpo extraño. Se avanzó sonda nasogástrica, se suturó la lesión esofágica en dos planos y se interpuso un colgajo de músculo esternocleidomastoideo. La paciente permaneció hospitalizada durante 13 días sin presentar complicaciones. Asintomática a los 3 meses de intervenida.

Conclusiones: El diagnóstico y manejo quirúrgico temprano de la ruptura de carótida común por ingestión de cuerpo extraño, puede conllevar a un desenlace clínico favorable.

02 - ID194

Infarto esplénico: manifestación atípica de un rasgo drepanocítico desencadenado por la altura

Luis Fernando Becerra Gonzalez, Nicolás Felipe Torres España, Herney Solarte Pineda, Elizabeth Vargas Arango, Paula Alejandra Cardona López

Universidad De Caldas

nicolasfelipe.torres@gmail.com

Introducción: Los infartos esplénicos son una condición rara, que usualmente se manifiesta como evento secundario a un proceso infeccioso o traumático. Es poco habitual encontrar esta condición en individuos previamente sanos. A saber, existen otros desencadenantes importantes en directa relación con patologías subyacentes

Objetivos: Mostrar a la comunidad médica la manifestación atípica de una enfermedad hematológica, en relación con cambios altitudinales, que resulta en manejo quirúrgico urgente.

Materiales: Revisión retrospectiva del récord clínico del paciente mostrando el caso de un joven sin antecedentes, quien consultó por dolor abdominal de 24 horas de evolución, en hipocondrio izquierdo, de gran intensidad, después de haber ascendido a una altura por encima de los 3000 metros sobre el nivel del mar. En la evaluación primaria no se detectaron signos de abdomen agudo, por lo que se efectuó una ecografía abdominal que mostró esplenomegalia con zonas heterogéneas, sospechando compromiso esplénico. La tomografía abdominal hablaba de un posible infarto esplénico. Evolucionó de forma inadecuada, con signos de irritación peritoneal, por lo cual se llevó a laparotomía exploratoria y se realizó esplenectomía, por hallazgos macroscópicos de infartos recientes.

Resultados: Se analizó el caso, constatando mediante electroforesis de hemoglobina un rasgo falciforme como causal del síndrome esplénico. La evolución del paciente fue satisfactoria. Se confirmó la entidad mediante el reporte de histopatología de la pieza quirúrgica.

Conclusiones: El conocimiento de esta entidad permite al personal de salud pensar en la relación que tienen los factores ambientales con las manifestaciones agudas de las enfermedades hematológicas y como éstas pueden ser susceptibles de manejo quirúrgico.

02 - ID209**Paraganglioma gangliocítico duodenal en un hombre de 24 años, una causa infrecuente de sangrado gastrointestinal. Reporte de un caso y revisión de la literatura**

Fabio Eduardo Pinzon Cepeda, Diego Tellez, Alejandro Gonzalez Muñoz, Manuela Pineda

Hospital Universitario San Ignacio
fabio-pinzoncx@hotmail.com

Introducción: Los paragangliomas gangliocíticos son tumores neuroendocrinos infrecuentes, derivados de la cresta neural, que se caracterizan histológicamente por la presencia de células epitelioides, ahusadas y gangliocíticas. Generalmente se localizan en el duodeno y se presentan en hombres mayores de 50 años. El presente caso describe un paciente joven en quien se realizó el diagnóstico de paraganglioma gangliocítico duodenal como parte del estudio de una hemorragia de vías digestivas altas.

Objetivos: Presentar una causa poco frecuente de sangrado gastrointestinal en pacientes jóvenes.

Materiales: Paciente hombre de 24 años de edad, sin antecedentes médicos, quien consultó al servicio de urgencias por un cuadro de 15 días de dolor abdominal tipo cólico, progresivo, posteriormente asociado a deposiciones melénicas y hematoquecia. Se realizó endoscopia de vías digestivas altas con ultrasonido, la cual reportó una lesión hipoecogénica, homogénea, de aproximadamente 29x19 mm de diámetro, a nivel de la segunda porción del duodeno, con pedículo ancho y erosiones en su superficie, sugestivo de tumor estromal. De acuerdo a los hallazgos endoscópicos y la no posibilidad de resección por esta vía, el paciente se programó para cirugía.

Resultados: En el estudio histopatológico se observaron células epitelioides con núcleos fusiformes y células ganglionares, y el estudio de inmunohistoquímica fue positivo para enolasa neuronal específica, sinaptofisina y proteína S-100, hallazgo compatible con paraganglioma gangliocítico, con márgenes de resección libres de lesión.

Conclusiones: Los paragangliomas gangliocíticos son tumores neuroendocrinos infrecuentes, cuya localización, edad de presentación e historia natural

guardan similitud con otras neoplasias del tracto gastrointestinal de curso más agresivo.

02 - ID235**Melanoma gastrointestinal primario: reporte de caso y revisión de la literatura**

Fabio Eduardo Pinzon Cepeda, Ivan Mauricio Guerrero, Maria Camila Azula

Hospital Universitario San Ignacio
fabio-pinzoncx@hotmail.com

Introducción: La aparición de melanomas malignos es característica en los sitios en donde los melanocitos son típicamente encontrados, como en piel, ojos, meninges y región anal; por lo que la aparición de melanomas en el tracto gastrointestinal es una forma inusual de presentación de los tumores malignos a este nivel. Una gran proporción corresponden a metástasis, principalmente de una lesión primaria oculocutánea. El origen primario de un melanoma maligno en el tracto gastrointestinal es infrecuente a cualquier nivel, siendo un factor de mal pronóstico. La fisiopatología aún no se comprende por completo.

Objetivos: Describir un caso clínico en un paciente masculino joven a quien se le diagnosticó un de melanoma gastrointestinal y se descartó el origen oculocutáneo.

Materiales: Se describe la clínica y el manejo quirúrgico que requirió el paciente, con la revisión de imágenes diagnósticas previas y estudio histopatológico. Se revisaron bases de datos en inglés, español y portugués.

Resultados: Después del análisis del caso clínico y la revisión de la literatura, existe una alta probabilidad que el origen de la lesión neoplásica sea el resultado de una lesión intestinal de origen primario, debido a que no se evidenciaron lesiones de origen cutáneo por parte de dermatología.

Conclusiones: Los melanomas gastrointestinales de origen primario son una rara entidad, asociada a mal pronóstico, que imparte un reto diagnóstico y terapéutico, debido a la clínica inespecífica y a la falta de claridad con respecto a su fisiopatología.

02 - ID239**Neuroma apendicular, ¿qué hacer con el diagnóstico?**

Ciro Andres Murcia, Maria Camila Devia Arias, Paulo Andrés Cabrera, Manuel Santiago Mosquera, Akram Kadamani, Carlos Fernando Roman, Nathaly Alexandra Ramirez, Carlos Jose Perez Rivera, Felipe Casas Jaramillo

Fundacion Cardioinfantil-IC

cirujanosgenerales@cardioinfantil.org

Introducción: El neuroma apendicular, una hiperplasia neurogénica apendicular u obliteración fibrosa, es una entidad rara, que se caracteriza por la obliteración de la luz del apéndice por proliferación del tejido nervioso. Representa el 0,12 % de todas las apendicectomías y cursa con presentación clínica semejante a la apendicitis aguda.

Objetivos: Describir una patología con baja incidencia, su forma de presentación clínica y su tratamiento, con presentación clínica similar a apendicitis aguda, como principal diagnóstico diferencial.

Materiales: Presentación de caso clínico y revisión de la literatura.

Resultados: Paciente quien fue llevado a apendicectomía por laparoscopia y en el análisis anatómico se encontró un área nodular, que al corte era blanquecina, homogénea, con presencia de una fibrosis extensa, con tejido graso ocasional, con reporte definitivo de neuroma apendicular.

Conclusiones: El neuroma apendicular se describió por primera vez en 1928 y representa la proliferación hiperplásica de los nervios amielínicos y las células de Schwann. La historia clínica y el examen clínico no pueden diferenciar preoperatoriamente entre apendicitis aguda y una patología neurogénica apendicular. El diagnóstico diferencial entre estas patologías es todo un reto para el cirujano, pues la presentación habitual de la mayoría de estos tumores es el proceso inflamatorio agudo del apéndice, razón por la que el diagnóstico definitivo se conoce solo con el informe histopatológico.

02 - ID340**Divertículo solitario del ciego: Reporte de caso**

Patricia Parra, Alvaro Silva, Paula Lopez, Fernando Aguirre, Nicanor Beleño

Hospital Simon Bolivar

paulitalopezm@hotmail.com

Introducción: El divertículo solitario del ciego es una entidad rara e infrecuente, de baja incidencia en Occidente, siendo más frecuente en hombres. Causa dolor abdominal, aunque en su mayoría, los pacientes son asintomáticos. Comúnmente, su diagnóstico es incidental y de forma intraoperatoria.

Objetivos: Presentar un caso clínico de divertículo cecal, mostrando su rareza y controversias, tanto desde el punto de vista diagnóstico como terapéutico.

Materiales: Paciente femenina de 36 años, con múltiples comorbilidades, quien ingresó a urgencias por dolor abdominal de tres días de evolución, localizado en flanco derecho e irradiado a fosa ilíaca derecha. Al examen físico se encontró abdomen doloroso en flanco y fosa iliaca derecha. Los paraclínicos mostraron leucocitosis con desviación izquierda y PCR positiva y las imágenes tomográficas, cambios sugestivos de apendicitis. Bajo este diagnóstico, se llevó a manejo quirúrgico por laparoscopia, encontrando apéndice cecal sana y como hallazgo incidental divertículo cecal con cambios inflamatorios, sin signos de complicación; se practicó invaginación del divertículo, que es un procedimiento menos agresivo, con adecuada evolución.

Resultados: Paciente con evolución clínica satisfactoria, con adecuada respuesta a manejo brindado

Conclusiones: El divertículo del ciego es una afección infrecuente, de difícil diagnóstico preoperatorio e intraoperatorio, confundiendo la mayoría de las veces con apendicitis. Puede ser tratado con diversas técnicas quirúrgicas.

02 - ID349**Leucemia linfocítica de célula pequeña como hallazgo incidental en hernia inguinoescrotal operada de urgencia. Reporte de un caso y revisión de la literatura.**

Jorge Luis Turizo Farias, Juan Carlos Arenas Rueda

Universidad Del Rosario

turizoo324@hotmail.Com

Introducción: Se presenta el caso de un hombre de 67 años de edad con hallazgo incidental de leucemia linfocítica de célula pequeña en hernia inguinoescrotal derecha, en el servicio de urgencias de un hospital de Bogotá, Colombia. Paciente con recaída tumoral hematolinfóide, de localización anatómica y forma de presentación no reportada en la literatura.

Objetivos: Describir un caso clínico de hernia inguinal derecha complicada, en el que el contenido del saco estaba compuesto por una masa secundaria a recaída tumoral de tipo leucemia linfocítica de célula pequeña, en un paciente con antecedente de síndrome linfoproliferativo.

Materiales: Reporte de caso clínico del Hospital Universitario Mayor Mederi, sede Barrios Unidos, Bogotá DC. en 2018.

Resultados: Se documenta una presentación clínica extremadamente rara en la literatura, de una recaída de una neoplasia linfoproliferativa, como hernia inguinoescrotal derecha complicada. En el posoperatorio se documentó infarto testicular derecho, como complicación. **Conclusiones:** Se presenta un caso de una recaída tumoral linfoproliferativa, con un cuadro clínico y localización anatómica infrecuente. Se revisó de la literatura sin encontrar otro caso similar.

02 - ID352

Teratoma extragonadal dependiente de epiplón: reporte de caso.

Juan Carlos Arenas Rueda, Julian Romo, Felipe Cortes, Alejandra Lopez

Méderi - Universidad Del Rosario
felipe.c23@hotmail.com

Introducción: Los teratomas de localización extragonadal (TEG) son de presentación poco frecuente. Aún más infrecuente es la localización exclusiva abdominal dependiente de epiplón. Razón por la cual motiva la realización de este reporte en el cual se describe la presentación, el curso clínico y el manejo de un teratoma quístico intraabdominal dependiente de epiplón.

Objetivos: Describir un caso clínico en el cual se expone el manejo de un teratoma quístico intraabdominal dependiente de epiplón.

Materiales: Reporte de caso clínico en el Hospital Universitario Mayor Méderi, Bogotá D.C, Colombia en 2018.

Resultados: Mujer de 61 años de edad, con dolor abdominal difuso de predominio en hipogastrio, asociado a sensación de masa. En los estudios de extensión se evidenció masa encapsulada, con calcificación anular interna, con marcadores tumorales negativos, sugiriendo tumor desmoide versus teratoma intraabdominal. Por la clínica de la paciente se llevó a cirugía, realizando laparotomía exploratoria con hallazgo de masa de aspecto quístico dependiente de epiplón; se reseccó la masa en bloque, sin complicaciones. Por evolución satisfactoria se dio egreso hospitalario. En el control ambulatorio se verificó adecuado estado de salud y se recibió reporte de patología, con resultado de teratoma quístico maduro.

Conclusiones: La resección mediante laparotomía del teratoma quístico dependiente de epiplón, en este caso, resultó exitosa y sin complicaciones. Teniendo en cuenta la baja incidencia de presentación de un teratoma de localización intraabdominal dependiente de epiplón, el manejo realizado en este caso plantea una opción válida y segura para el manejo de esta patología.

02 - ID409

Pancreatoduodenectomía robótica en Colombia

Ruben Luna, Carlos Luna Jaspe, Luis Felipe Cabrera Vargas, Oscar Medina, Alejandro Concha, Daniel Gomez, Carlos Rodriguez

Clinica Shaio
luis.felipe.cabrera@hotmail.com

Introducción: La pancreatoduodenectomía es el procedimiento de elección con opción curativa para el manejo de los tumores sólidos de la cabeza del páncreas, sin embargo, a pesar de los avances en cirugía mínimamente invasiva en laparoscopia y cirugía robótica de las últimas dos décadas, la gran

mayoría de estos procedimientos se continúan realizando de forma abierta, ya que sin importar el desarrollo de la tecnología, las complicaciones varían de un 25 % hasta un 65 %.

Objetivos: Mostrar nuestra experiencia en la realización de la primera pancreatoduodenectomía robótica en el país.

Materiales: Se realizó una pancreatoduodenectomía robótica con el sistema robótico DaVinci XI.

Resultados: Se llevó a cabo la primera pancreatoduodenectomía robótica en el país, con un tiempo quirúrgico de 480 minutos, sangrado intraoperatorio aceptable, no complicaciones, adecuado control del dolor posoperatorio, estancia mínima en UCI, fistula pancreática posoperatoria tipo A que resolvió con manejo médico y ausencia de mortalidad.

Conclusiones: La pancreatoduodenectomía robótica es un procedimiento complejo, que debe realizarse por cirujanos experimentados, en centros de referencia, sin embargo, el movimiento preciso del brazo robótico y la imagen tridimensional y de alta definición, permiten una mejor disección de los tejidos, superando las barreras de la laparoscopia para este procedimiento, pudiendo llevarlo a cabo por vía mínimamente invasiva.

02 - ID427

Reporte de un caso de hernia Garegeot con apéndice cecal perforada, en el Hospital General de Barranquilla. Mayo 2018

Edgardo Antonio Gomez Villadiego, Rodrigo Alberto Jimenez Gomez, Mike Fernando Pizarro Herrera, Daniel Alberto Jurado Gomez, Julian Andres Loaiza, Mauricio Jose Logreira Lavalle
Universidad Libre Seccional Barranquilla
edgardogomezmd@gmail.com

Introducción: Las hernias inguino-crurales constituyen una enfermedad común. Sin embargo, que el saco herniario crural contenga el apéndice cecal perforado, necrótico y abscedado es algo muy infrecuente. La presencia del apéndice cecal dentro del saco herniario femoral se denomina hernia de Garegeot. Al contrario, la hernia de Amyand, contiene al apéndice inflamado, simulando una hernia inguinal estrangulada.

Objetivos: Demostrar la frecuencia de la Hernia de Garegeot y su manejo controversial.

Materiales: La rara ocurrencia de una hernia crural conteniendo al apéndice, puede ser atribuida a posiciones anatómicas anormales, posiblemente por distintos grados de rotación intestinal durante el desarrollo o por variaciones en su fijación al ciego. También se ha especulado que un ciego muy grande, extendiéndose a la pelvis puede permitir que el apéndice entre en un saco herniario.

Resultados: El diagnóstico de apendicitis en una hernia crural, no obstante, es extremadamente desafiante y casi nunca se hace preoperatoriamente. Hasta la fecha, sólo un caso ha sido incidentalmente diagnosticado preoperatoriamente por una tomografía computadorizada.

Conclusiones: La presencia del apéndice cecal perforado, necrótico y abscedado dentro de un saco herniario es una entidad relativamente rara en nuestro medio y a nivel mundial. Cuando ocurre una inflamación del mismo, casi nunca se sospecha preoperatoriamente y su diagnóstico suele hacerse intraoperatorio. Los métodos de diagnóstico por imágenes, como una tomografía computadorizada, pueden ser útiles. Una sospecha diagnóstica temprana y una operación temprana parece ser la clave para la prevención de esta condición y las complicaciones drásticas que puede presentar el paciente.

02 - ID577

Hernia hiatal posterior a gastrectomía total por laparoscopia. Serie de casos en un centro de alta complejidad

Susan Julieth Moreno Diaz, Liliana Maria Suarez, Jorge Isaac Vargas, Rodrigo Antonio Burgos Sanchez, German Jimenez, Raul Guevara
Clinica Universitaria Colombia
susanm1204@gmail.com

Introducción: Desde la primera gastrectomía laparoscópica por cáncer en 1994, su aplicación a nivel mundial ha tenido un crecimiento exponencial, gracias a los avances en los dispositivos médicos y a la evidencia de que la gastrectomía laparoscópica tiene resultados oncológicos comparables a la gastrecto-

mía abierta, sumado a los beneficios ampliamente conocidos de la cirugía laparoscópica. Con el auge de la gastrectomía laparoscópica en el mundo, aparecen nuevas complicaciones, entre ellas, las hernias hiatales, con una incidencia reportada desde el 0.69 al 9 %. Las hipótesis de sus causas pasan por: excesiva disección del hiato y del esófago inferior, daño térmico por uso de dispositivos de energía, y la falta de adherencias intraabdominales, que favorecen el desplazamiento de las asas intestinales.

Objetivos: Evaluar la incidencia de hernia hiatal posterior a gastrectomía laparoscópica, en los pacientes que fueron llevados a gastrectomía total en clínica Colombia, entre los años 2012 y 2018.

Materiales: Presentamos una serie de 6 casos de hernias hiatales posteriores a gastrectomía laparoscópica en la Clínica Colombia. Se hizo un análisis de los casos, su diagnóstico, manejo y desenlaces.

Resultados: La incidencia de hernia hiatal posterior a gastrectomía en nuestra institución fue de 6 en 125 cirugías, representando el 4.6 %. Consideramos las hipótesis de sus posibles causas en nuestros casos, la excesiva disección del hiato y el no cierre de los pilares diafragmáticos.

Conclusiones: La hernia hiatal posterior a gastrectomía laparoscópica es una complicación con una incidencia importante en nuestra institución, pero se ubica dentro de los rangos reportados. Consideramos importante compartir estos hallazgos para tomar medidas preventivas en todos los centros donde se realice el procedimiento.

02 - ID647

Resección de tumor de estroma gastrointestinal duodenal diagnosticado por colonoscopia peroral

Hugo Alberto Combata, Pedro Leonardo Patiño Remolina

Universidad Nacional de Colombia

plpatinor@unal.edu.co

Introducción: La localización duodenal es la que presenta mayor reto quirúrgico para la resección de Tumores del Estroma Gastrointestinal (GIST). Se presenta un caso exitoso en el diagnóstico, mediante el uso de una herramienta no convencional como es la Colonoscopia peroral, ante la sospecha clínica e

imaginológica de origen proximal susceptible de ser visualizada por este método.

Objetivos: Presentar el abordaje diagnóstico del sangrado digestivo oscuro evidente y posterior identificación de la lesión mediante colonoscopia peroral, ante la sospecha clínica de localización proximal y la no disponibilidad inmediata de Enteroscopio.

Materiales: Se describe el caso de un paciente masculino de 49 años de edad, quien consultó por segundo episodio de sangrado digestivo alto. Posterior a la realización de dos endoscopias altas y bajas sin evidencia de foco de sangrado, se consideró sangrado digestivo oscuro evidente; la tomografía computarizada informó engrosamiento del ángulo de Treitz.

Resultados: Ante la no disponibilidad de enteroscopia y la alta sospecha de localización proximal, se realizó colonoscopia peroral, con evidencia de masa ulcerada a nivel del ángulo de Treitz. Fue llevado a cirugía con resección de la masa, anastomosis lateral a mano, con evolución postoperatoria favorable, y confirmación patológica consistente con tumor estroma gastrointestinal ulcerado, con bordes de resección proximal y distal negativos.

Conclusiones: Se establece como una opción viable, el uso de Colonoscopia peroral, para la visualización y diagnóstico de lesiones presumiblemente proximales, útil en instituciones en las cuales no se tiene acceso a enteroscopia.

02 - ID687

Quiste esplénico como causa de abdomen agudo: Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura.

Jaime Andres Muskus, William Hernando Salamanca, Pablo Camilo Gutiérrez

Fundación Universitaria Sanitas

pcga_01@hotmail.com

Introducción: Los quistes esplénicos son una patología infrecuente, con menos de 1000 casos reportados hasta la actualidad, con una incidencia aproximada del 0.07 %, que se presenta principalmente en pacientes jóvenes. Se pueden clasificar en función de su revestimiento epitelial en primarios o secun-

darios, además de subclasificarlos en parasitarios y no parasitarios. Su sintomatología vaga confiere un reto diagnóstico y el tratamiento es debatido, teniendo en cuenta las implicaciones de una esplenectomía total en un paciente joven.

Objetivos: Describir un caso de quiste esplénico roto, como causa de abdomen agudo y su manejo quirúrgico laparoscópico en la Clínica Colombia.

Materiales: Presentación de un paciente con quiste esplénico como causa de abdomen agudo, manejado con esplenectomía laparoscópica. Revisión de la literatura sobre esta patología infrecuente.

Resultados: Paciente con quiste esplénico roto que debutó con síntomas de abdomen agudo, fue manejado con esplenectomía total laparoscópica, con adecuada evolución postoperatoria, corta estancia hospitalaria y sin complicaciones infecciosas.

Conclusiones: Los quistes esplénicos presentan una sintomatología inespecífica, por lo que en la mayoría de los casos, el diagnóstico es incidental a través de imágenes diagnósticas o de forma intraoperatoria. Existe debate frente al tratamiento del quiste, abarcando desde su drenaje hasta esplenectomía total por laparotomía, teniendo en cuenta el porcentaje de recidiva en tratamientos mínimamente invasivos, frente al riesgo de trombosis de vena porta o esplénica, hasta OPSI en las opciones más radicales e invasivas.

02 - ID694

Lesión de nervio femoral (crural) posterior a herniorrafia inguinal, un reto quirúrgico

Patricia Olarte, William Salamanca, David Duque, David Galvis

Fundacion Universitaria Sanitas
patriciaolarte26@hotmail.com

Introducción: El nervio femoral ó nervio crural es la rama mayor del plexo lumbar. Tiene su origen en las ramas posteriores de los nervios lumbares II, III, IV, descendiendo y cruzando por debajo del ligamento inguinal. Puede afectarse en patologías como hemofilia, por la presión que puede ejercer el hematoma sobre el nervio. No es infrecuente observar traumatismos postquirúrgicos como en arterio-

grafías, apendicectomías y otros procedimiento quirúrgicos en donde pueda quedar atrapado el nervio en medio de suturas profundas, en la eliminación de ganglios linfáticos inguinofemorales y en la reparación de hernias inguinales, cuando el nervio queda comprometido por la cicatriz.

Objetivos: 1.) Resaltar la importancia de la reparación primaria de la lesión del nervio femoral. 2.) Identificar la ventaja en relación al pronóstico con la reparación precoz

Materiales: Se revisó la historia clínica de la paciente y se tomó documentación fotográfica y de video que mostró la lesión del nervio femoral. Imágenes de reconstrucción microscópica de nervio femoral.

Resultados: Se identificó la lesión del nervio femoral en el postoperatorio inmediato (primeras 2 horas) y se hizo la reconstrucción del nervio femoral por parte de cirugía plástica en las primeras 24 horas de la lesión. Seguimiento estricto de la paciente evidenció resolución por completo de la lesión y terapia física incentivada. **Conclusiones:** La reparación primaria y precoz del nervio femoral es el pilar fundamental en el manejo de la lesión del nervio.

OTROS

02 - ID247

Manejo mínimamente invasivo de una estenosis aortica: disfunción de una prótesis de Edwards Sapien

Camilo Rodríguez, Javier Maldonado, Cristina Padilla, Camila Higuera

Fundacion Universitaria Sanitas
judithpa2014@gmail.com

Introducción: La estenosis aortica es la valvulopatía más frecuente en países desarrollados. El reemplazo quirúrgico de la válvula aortica es el único tratamiento efectivo en pacientes sintomáticos con estenosis aortica, siendo también el de mayor mortalidad. Gracias al desarrollo de técnicas mínimamente invasivas como el implante de válvula aortica transcater (TAVI), se ha logrado una disminución

de la morbimortalidad asociada al tratamiento de estos pacientes; la disfunción valvular posterior al TAVI es poco usual

Objetivos: Describir el caso de un paciente llevado a un TAVI, que presentó disfunción del implante al año del procedimiento

Materiales: Descripción de un caso clínico, incluyendo los datos demográficos del paciente, las imágenes disponibles y revisión de la literatura.

Resultados: Paciente de 70 años de edad, con múltiples comorbilidades, quien fue llevado a un implante de válvula aortica transcater (TAVI) con

posterior disfunción del mismo, por lo que requirió de un procedimiento de valve in valve, con mejoría de la sintomatología.

Conclusiones: En nuestra institución se viene realizando el implante de válvula aortica transcater (TAVI) desde el año 2012, con un promedio de 4 casos/ año, de los cuales solo hemos detectado falla del implante en este caso reportado. Existe poca información en la literatura sobre el porcentaje de falla de los implantes valvulares por técnica mínimamente invasiva y la mejor opción de manejo posterior al evento, que disminuya la morbimortalidad en este grupo de pacientes

Videos

PARED ABDOMINAL

03 - ID238

Corrección de hernia de Spiegel por laparoscopia con uso de malla autoadherente.

Paulo Andres Cabrera Rivera, Nathaly Alexandra Ramirez, Carlos Jose Perez Rivera, Manuel Santiago Mosquera, Akram Kadamani Abiyomaa, Felipe Casas Jaramillo, Carlos Fernando Roman, Ciro Andres Murcia, Maria Camila Perez

Fundacion Cardioinfantil-IC

cirujanosgenerales@cardioinfantil.org

https://www.youtube.com/watch?v=XwCfdy_qpXc&feature=youtu.be

Introducción: La hernia de Spiegel es un defecto de la pared abdominal infrecuente, congénita o adquirida, de sintomatología inespecífica y que representa del 0.1 al 2 % de todas las hernias de la pared abdominal.

Objetivos: Presentar el caso de un paciente 70 años de edad con antecedente de hernia Spiegel, con ecografía de abdomen que confirmó un defecto de 20x20 mm de diámetro, que reducía sin contenido intestinal, a quien se le corrigió la hernia por laparoscópica con uso de malla auto adherente.

Materiales: Uso de técnica laparoscópica con 3 trocares; se realizó flap alrededor de la hernia, se identificó el defecto y se redujo su contenido, se cerró el defecto con sutura de poligluconato absorbible, se colocó malla auto adherente y se cerró el flap con sutura de poligluconato absorbible.

Resultados: Se logró corrección de la hernia de Spiegel por vía laparoscópica usando malla autoad-

herente, en protocolo ambulatorio. El paciente tuvo adecuada evolución postoperatoria. En el control en consulta externa, sin ninguna complicación, se dió de alta por Cirugía General.

Conclusiones: La corrección de la hernia de Spiegel por laparoscopia con malla auto adherente es un opción válida y se puede llevar a protocolo ambulatorio, con baja morbimortalidad.

ENDOSCOPIA QUIRÚRGICA

03 - ID180

Miotomía endoscópica peroral para el tratamiento de la acalasia

Laura Cristancho Torres, Jesús Rodriguez

Universidad Militar Nueva Granada

laura_abc73@hotmail.com

<https://youtu.be/VkrioBzIXvk>

Introducción: La acalasia, caracterizada por relajación incompleta del esfínter esofágico y aperistalsis del cuerpo esofágico, es una enfermedad con incidencia anual de 1 x 100,00 personas y prevalencia de 10 x 100,000 personas. La miotomía quirúrgica ha sido el manejo de elección, sin embargo, existen otras modalidades como es el tratamiento médico, dilataciones endoscópicas y la miotomía endoscópica peroral (POEM), introducida por Inoue (2010), con resultados similares al procedimiento de Heller.

Objetivos: Presentar el caso de una paciente con acalasia tipo II manejada con POEM.

Materiales: Paciente de 43 años de edad, con historia de 3 años de disfagia para sólidos, regurgitación diaria, dolor torácico con la ingesta y pérdida de 12 kg de peso. Esofagogastroduodenoscopia mostró esófago dilatado, con residuos alimentarios y ausencia de relajación del cardias. Esofagograma evidenció dilatación esofágica y cardias filiforme y manometría compatible con acalasia tipo II, por lo que se decidió llevar a POEM.

Resultados: Bajo endoscopia se realizó incisión de la mucosa a 27 cm de la arcada dentaria con triangle knife a nivel de pared posterior del esófago y miotomía con longitud de 9 cm, extendiéndose hasta 2 cm en estómago. Presentó enfisema subcutáneo en postoperatorio, que desapareció al tercer día, con mejoría sintomática. Al año del procedimiento aumentó de peso y presentó reflujo gastroesofágico manejado con esomeprazol.

Conclusiones: El POEM es un tratamiento endoscópico para la acalasia que ha demostrado ser una técnica segura y efectiva, reflejada en la mejoría sintomática y de calidad de vida.

03 - ID191

Disección endoscópica por tunelización submucosa para cáncer de esófago temprano proximal, una curación mínimamente invasiva

Laura Cristancho Torres, Margarita Táutiva, Jesús Rodríguez
Universidad Militar Nueva Granada
laura_abc73@hotmail.com

<https://youtu.be/zHCKTMinhHg>

Introducción: El cáncer de esófago tiene pobre supervivencia a los 5 años, con 500,000 casos/año diagnosticados, siendo el cáncer escamocelular (CEC) el más prevalente. La terapia para estadios To-T1b sigue siendo debatida. A pesar que la esofagectomía era el abordaje tradicional, el manejo endoscópico ha surgido como un método menos invasivo y menos mórbido.

Objetivos: Presentar el caso de un paciente con cáncer escamocelular temprano de esófago que se manejó quirúrgicamente mediante ESTD.

Materiales: Paciente de 47 años de edad, con historia de un año de evolución con disfagia para sólidos, dolor torácico postprandial y pérdida de 26 Kg de peso. Endoscopia con hallazgo de lesión elevada de centro deprimido a los 24 cm de la arcada dentaria, de 15 mm que ocupa el 50% de la circunferencia y endosonografía con compromiso hasta la mucosa. Biopsias con reporte de CEC moderadamente diferenciado.

Resultados: Se realizó ESTD de la lesión esofágica usando bisturí hybrid knife con erbe jet. Resultados confirman CEC moderadamente diferenciado infiltrante hasta la submucosa, sin invasión perineural, ni vascular. Endoscopia de control a 2 meses mostró cicatriz sin estenosis de la luz esofágica, ni recidiva tumoral.

Conclusiones: La técnica ESTD tiene indicaciones absolutas como la invasión a la mucosa hasta la capa m2, y relativas como invasión m3 y smI (que es nuestro caso), sin invasión perineural ni vascular, sin compromiso metastásico ganglionar, y que no comprometan más de 2/3 de la circunferencia esofágica. En manos expertas es un método eficaz, curativo y menos mórbido que la cirugía abierta.

03 - ID550

Manejo del divertículo de Zenker: miotomía cricofaríngea con endoscopio flexible.

Margarita Táutiva García, Jesus Rodríguez Fajardo, Laura Cristancho Torres
Clinica Shaio
margaritatautiva@gmail.com

<https://youtu.be/oEH8FWCM5qs>

Introducción: El divertículo cricofaríngeo o faringoesofágico, más conocido como divertículo de Zenker, es una entidad rara que se presenta en población mayor. Dentro de su fisiopatología se destaca la poca facilidad con que se expanden (o compliance) del esfínter esofágico superior, creando así una zona de alta presión sobre un área relativamente débil a nivel de la pared de la hipofaringe.

Objetivos: Describir la técnica quirúrgica de la miotomía cricofaríngea con endoscopio flexible

como alternativa para el manejo definitivo del divertículo de Zenker.

Materiales: Presentamos un caso de una paciente de 75 años de edad, con un cuadro de disfagia para sólidos de un año de evolución, cuya endoscopia de vías digestivas altas prequirúrgica evidenció una dilatación sacular a nivel de esófago proximal. Se decidió llevar a cirugía utilizando una técnica asistida por un cap endoscópico, con insuflación continua con dióxido de carbono, se realizó la miotomía cricofaríngea con un bisturí electroquirúrgico Triangle knife®, extendiendo la disección hasta 5 mm por debajo de la punta del divertículo. Posteriormente se hizo el cierre de la mucosa con endoclips metálicos.

Resultados: En el postoperatorio inmediato se realizó radiografía de tórax con evidencia de neumomediastino, hallazgo esperable por el uso de dióxido de carbono, y al primer día postoperatorio se realizó esofagograma con medio hidrosoluble, sin evidencia de extraluminización de medio de contraste.

Conclusiones: El divertículo de Zenker es una patología poco frecuente, cuyos mecanismos fisiopatológicos han demostrado que la realización de una miotomía cricofaríngea es esencial para obtener resultados postoperatorios satisfactorios. La técnica endoscópica para su tratamiento tiene una tasa de complicaciones y recidiva baja.

CIRUGÍA GASTROINTESTINAL

03 - ID63

SILS robótico

Raul Pinilla, Ricardo Oliveros, Gustavo Aguirre, Jaime Montoya

Instituto Nacional De Cancerología
gustavoaguiber@me.com

<https://youtu.be/ZGqyYaVk7Jo>

Introducción: Las técnicas quirúrgicas han evolucionado enormemente durante el siglo pasado. Para maximizar la eficacia y minimizar la invasividad de la cirugía laparoscópica, los investigadores han buscado implementar una aplicación más amplia de la robótica. A pesar de las preocupaciones iniciales con

la seguridad oncológica, la cirugía robótica ha penetrado en varios campos de la cirugía, debido a los mejores resultados quirúrgicos y estéticos, rápida recuperación y una mejor calidad de vida. Los sistemas robóticos ofrecen algunas ventajas técnicas, como ángulos de rotación visión 3D), lo que ha permitido explorar nuevos campos de acción, como la cirugía gástrica. La viabilidad y seguridad de la cirugía gástrica robótica se han probado ampliamente. La mayoría de los estudios se diseñaron como series de casos de un solo brazo, centrándose en los resultados quirúrgicos a corto plazo. Actualmente, solo se ha informado de un estudio prospectivo sobre la viabilidad de la cirugía robótica, que mostró excelentes resultados quirúrgicos. De hecho, la mayoría de los estudios han encontrado que la viabilidad y la seguridad de la cirugía gástrica asistida por robot son adecuadas.

Objetivos: Exponer la experiencia del Instituto Nacional de Cancerología en cirugía gástrica asistida por robot

Materiales: Video presentación

Resultados: Se presenta un caso de cirugía robótica mono puerto para la resección de un tumor del estroma gastrointestinal (GIST) gástrico.

Conclusiones: La cirugía robótica mono puerto es una técnica factible y reproducible en nuestro medio ofreciendo ventajas técnicas al cirujano, en la recuperación del paciente y el resultado oncológico.

03 - ID104

Resección ganglio periaórtico-celiaco asistido por robot en patología no ginecológica

Raul Pinilla, Ricardo Oliveros, Gustavo Aguirre, Jaime Montoya

Instituto Nacional De Cancerología
gustavoaguiber@me.com

<https://youtu.be/KOABPa2DoiU>

Introducción: El continuo desarrollo de la cirugía robótica respalda su uso en la cirugía gastrointestinal laparoscópica. Nuestro estudio revisó retrospectivamente el resultado quirúrgico y la satisfacción del paciente de los procedimientos robóticos

gastrointestinales. Los procedimientos de disección ganglionar están inicialmente descritos en cirugía ginecológica, sin embargo, el acceso a nuevas tecnologías ha permitido extender su uso.

Objetivos: Exponer el alcance de la cirugía asistida por robot y la correlación (navegación) simultánea con imágenes.

Materiales: Video donde se presenta la técnica quirúrgica para una biopsia de ganglio en el tronco celiaco, con navegación asistida por PET-CT.

Resultados: Este caso corresponde a un paciente quien durante el seguimiento se documentó una adenopatía hipercaptante sobre el tronco celiaco, por lo que se llevó a biopsia escisional del ganglio, asistida por robot.

Conclusiones: La cirugía asistida por robot permite acceder a herramientas multimodales en tiempo real, facilitando el acceso a sitios recónditos, con una morbilidad baja y una muy buena aceptación por los pacientes.

03 - ID105

Ascenso de colon como alternativa de reconstrucción esofágica en síndrome de Boerhaave

Julian Senosiain, Sebastian Contreras Paez, Victor Andrés Camacho, Camilo Rodríguez Monclue, Andrey Moreno, Andrés Zapata, Alberto Roa

Hospital Universitario La Samaritana
senosiain88@hotmail.com

https://www.youtube.com/watch?v=tQttKZBso_c&feature=youtu.be

Introducción: El síndrome de Boerhaave (SB) se define como la perforación esofágica espontánea resultante del incremento de la presión intraesofágica combinado con presión intratorácica negativa. La incidencia anual es alrededor de 3,1 por 1'000.000 de habitantes / año y representa aproximadamente el 15 % de las perforaciones espontáneas de esófago. Se han utilizado múltiples métodos durante los años para la reconstrucción esofágica, como el ascenso gástrico y la transposición de colon.

Objetivos: Demostrar que el ascenso colónico es una alternativa viable para la reconstrucción esofá-

gica en pacientes con antecedente de esofagectomía, con imposibilidad de realizar ascenso gástrico debido a la anatomía postoperatoria.

Materiales: Se presenta un paciente con antecedente de esofagectomía total secundario a un SB a quien se le realizó un ascenso y transposición retroesternal de colon transverso, como técnica de reconstrucción esofágica.

Resultados: Paciente de 52 años de edad con antecedente de esofagectomía total 8 meses antes, secundario a SB, con esofagostoma y gastrostomía, quien requirió de múltiples lavados mediastinales por mediastinitis. Se realizó una reconstrucción esofágica retroesternal con colon transverso y anastomosis esófago-colónica con sutura manual y colo-gástrica con sutura mecánica. El paciente presentó adecuada evolución clínica; el esofagograma no evidenció extravasación. Toleró la vía oral y fue dado de alta al décimo día postoperatorio.

Conclusiones: La reconstrucción esofágica por transposición de colon transverso constituye una opción adecuada en la restauración del tránsito esofágico en pacientes con esofagectomía previa.

03 - ID546

Cirugía laparoendoscópica cooperativa: Resección de lesión del estroma gástrico.

Eduardo Valdivieso Rueda, Oscar Barrera, Manuel Arrieta Garcia

Universidad De La Sabana
manearrietao8@hotmail.com

https://www.youtube.com/watch?v=Wn5_pMBeQ-FI

Introducción: La cirugía laparoendoscópica cooperativa (LECS) es una técnica mínimamente invasiva que combina las ventajas de la cirugía laparoscópica y el intervencionismo endoscópico. Fue desarrollada para el tratamiento de tumores gástricos submucosos, evitando resecciones excesivas de tejido sano y asegurando adecuados márgenes de sección, preservando la funcionalidad, disminuyendo las complicaciones y respetando los principios oncológicos.

Objetivos: Describir nuestra experiencia y resultados en la realización de una cirugía cooperativa, endoscópica y laparoscópica, para la resección de una lesión del estroma gástrico.

Materiales: Un paciente de 87 años de edad fue llevado a cirugía laparoendoscópica cooperativa por una lesión gástrica submucosa de 42x38 mm, con hallazgos endosonográficos compatibles con un tumor del estroma de origen gastrointestinal (GIST), el cual presentaba ulceración y aumento de tamaño con respecto a controles previos.

Resultados: El tiempo quirúrgico fue de 43 minutos, el sangrado fue de 30 cc, la estancia hospitalaria fue de 1 día, en las siguientes 24 horas del postoperatorio se inició vía oral y no se presentaron complicaciones intrahospitalarias. La patología evidenció márgenes de sección libres y planteó diagnóstico diferencial entre GIST versus leiomioma; la mitosis fue de 1 en 50 campos de alta potencia (HPF). Se realizó seguimiento durante 12 meses sin presentar complicaciones ni evidencia de recurrencia o metástasis.

Conclusiones: La cirugía cooperativa es una técnica factible, reproducible, que logra una baja estancia hospitalaria, una satisfactoria recuperación y adecuados resultados oncológicos, en pacientes adecuadamente seleccionados con tumores gástricos submucosos.

03 - ID608

Resección por laparoscopia de recaída de tumor retroperitoneal

Jesus Vasquez, Elsy Liliana Santander Molina, Cristian Muñoz, Paula Lopez

Clinica Soma

lilisan2012@gmail.com

<https://youtu.be/6dlOXbBGf5s>

Introducción: Los tumores retroperitoneales son neoplasias infrecuentes; sin embargo, dentro del grupo de tumores de tejidos blandos, el retroperitoneo es uno de los sitios de presentación más común. El 80 % de estos tumores son malignos y una tercera parte corresponden a sarcomas. Los tipos histológicos más comunes de sarcomas retroperitoneales son

el liposarcoma y el leiomioma. La cirugía es el pilar del tratamiento y la única terapia curativa, debido a que los tratamientos sistémicos no suelen ser efectivos y la aplicación de la radiación es limitada en esta zona anatómica. El control local de la enfermedad depende de la radicalidad de la cirugía, comprometiendo no solo la recurrencia local sino la supervivencia.

Objetivos: Presentar una resección por laparoscopia de recaída de tumor retroperitoneal.

Materiales: Reporte de caso mediante video.

Resultados: Resección completa por laparoscopia de recaída tumoral, con márgenes de resección negativos.

Conclusiones: Se logró reseccionar adecuadamente por laparoscopia una recaída tumoral, sin complicaciones durante el procedimiento quirúrgico.

03 - ID616

Corrección de hernia hiatal con parche bovino por laparoscopia

Carlos Lopera, Elsy Liliana Santander Molina, Laura Quintero, Paula Lopez

Clinica SOMA

lilisan2012@gmail.com

<https://youtu.be/HlgKvzJFH5o>

Introducción: La hernia hiatal es la protrusión de un órgano, por lo común el estómago, a través del hiato esofágico, desde su sitio en el abdomen al mediastino y al tórax. Existen tres tipos principales: Tipo I ó hernia por deslizamiento (desplazamiento axial de la unión esófago gástrica al tórax), Tipo II (unión esófago gástrica en posición normal con deslizamiento gástrico y ocasionalmente bazo, colon o epiplón mayor, hacia el tórax a un lado del esófago) y Tipo III la combinación de ambas. Los Tipos II y III se conocen como hernias paraesofágicas, habitualmente de mayor tamaño. En las hernias hiatales Tipo I y III el cardias y el esófago distal se exponen a la presión negativa de la cavidad torácica pudiendo disminuir la presión del esfínter esofágico inferior condicionando la posible aparición de un reflujo gastroesofágico. La enfermedad por reflujo

gastroesofágico (ERGE) se define como aquella que se desarrolla cuando, el reflujo del contenido gástrico hacia el esófago causa síntomas molestos y/o complicaciones.

Objetivos: Presentar video de corrección de hernia hiatal con parche bovino por laparoscopia.

Materiales: Reporte de caso mediante video editado del procedimiento quirúrgico.

Resultados: Paciente presentó adecuada evolución postoperatoria, con disminución de síntomas respiratorios, sensación de quemadura y mejoría de calidad de vida.

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico de la hernia hiatal es necesario en menos del 5 % de los pacientes. Su principal indicación es la aparición de síntomas que disminuyen la calidad de vida del paciente y la aparición de complicaciones.

BARIÁTRICA

03 - ID229

Cirugía de revisión posterior a cirugía bariátrica, con corrección de hernia diafragmática más vólvulo gástrico

Nayib Zurita, Jaider Ganem Tamayo, Anuar Saez Martinez
Universidad Del Sinu - Seccional Cartagena
jaiderganem@hotmail.com

<https://youtu.be/SVD9KD6eTSc>

Introducción: La cirugía de revisión posterior a cirugía bariátrica es un procedimiento que puede ser complejo y no se debe llevar a la ligera, ya que se puede tener hallazgos incidentales en el acto quirúrgico y posibles complicaciones en el posoperatorio, que pueden aumentar la morbilidad y mortalidad en estos pacientes. En este trabajo, presentamos nuestra experiencia en el manejo quirúrgico de la cirugía de revisión, manejo del hallazgo incidental de hernia diafragmática y de las complicaciones que se presentarían durante la evolución del paciente.

Objetivos: Afrontar los desafíos que se presenten en el desarrollo de cirugía de revisión posterior a cirugía bariátrica y la corrección de hallazgos incidentales, como hernia diafragmática, y de las posibles

complicaciones que se pueden presentar a pesar de practicar un procedimiento quirúrgico de manera adecuada.

Materiales: Se realizó un estudio descriptivo, tipo reporte de caso, más revisión sistemática de la literatura.

Resultados: Paciente masculino de 36 años de edad, a quien se le practicó una cirugía de revisión, con hallazgo incidental de hernia diafragmática, que se corrigió durante el procedimiento. Posteriormente en el posoperatorio presentó vólvulo gástrico dentro de la cavidad torácica, que no se pudo reducir con maniobras endoscopias, por lo que fue llevado a un segundo acto quirúrgico para devolvular el estómago y corregir la hernia diafragmática. La cirugía fue convertida a vía abierta y posteriormente el paciente fue llevado a una gastrostomía para mantener el soporte nutricional.

Conclusiones: El cirujano debe estar preparado para resolver cualquier hallazgo incidental y complicación que se pueda presentar en el posoperatorio de cirugía de revisión en cirugía bariátrica.

03 - ID600

Reflujo gastroesofágico intratable luego de manga gástrica: Reparación de hernia hiatal y conversión a bypass gástrico

Julieta Correa Restrepo, Maria Rocelly Velasquez, Carlos H. Morales, Juan P. Toro
Universidad de Antioquia
julieta.correa@udea.edu.co

<https://youtu.be/ZMeOH95uVto>

Introducción: La hernia hiatal tiene una alta incidencia en los pacientes obesos, por lo que se recomienda buscarla activamente y repararla durante la realización de una cirugía bariátrica. La manga gástrica se asocia a mayor incidencia de reflujo gastroesofágico, que en aquellos casos donde hay un claro defecto anatómico o falta de respuesta a la terapia. Es necesario una cirugía de revisión como manejo definitivo.

Objetivos: Presentar por medio de video la técnica de una cirugía de revisión de manga gástrica por reflujo gastroesofágico intratable.

Materiales: Se ilustra a través de un video el caso de una paciente con antecedente de manga gástrica, a quien se le hizo reparación laparoscópica de hernia hiatal con conversión a derivación gástrica en Y de Roux.

Resultados: Paciente de 43 años de edad, con antecedente de manga gástrica 3 años antes, con diagnóstico por endoscopia, radiografía, EED y pHmetría de reflujo gastroesofágico severo (DeMeester > 100), sin mejoría con manejo médico. Se llevó a conversión de manga a bypass gástrico y reparación de hernia hiatal por laparoscopia, sin complicaciones. Luego de 8 meses de seguimiento hay resolución completa de los síntomas.

Conclusiones: La conversión de manga gástrica a derivación en Y de Roux es necesaria en los pacientes con reflujo gastroesofágico postoperatorio refractario al manejo médico. Se recomienda durante la cirugía índice buscar activamente y reparar la hernia hiatal para evitar esta complicación. El abordaje mínimamente invasivo permite una rápida recuperación y disminución de la morbilidad asociada a una cirugía de revisión.

03 - ID618

Reversión de bypass gástrico por laparoscopia.

Carlos Lopera, Elsy Liliana Santander Molina, Laura Quintero, Paula Lopez

Clinica Soma

lilisan2012@gmail.com

<https://youtu.be/5zCfNGPmtSw>

Introducción: Con el notable aumento de la prevalencia de la obesidad en los últimos años a nivel mundial, se ha generado un vasto número de alternativas para su tratamiento. Las intervenciones quirúrgicas han mostrado ser muy efectivas para lograr una disminución importante y sostenida de peso. Se han descrito complicaciones secundarias a la realización de los procedimientos quirúrgicos, entre los que se incluyen los que derivan directamente del acto quirúrgico, alteraciones nutricionales como desnutrición y carencias de micro y macronutrientes, alteraciones metabólicas como anomalías en el metabolismo del calcio, formación de cálculos biliar-

res, e inclusive entidades más raras, como la nesidioblastosis. La nesidioblastosis es poco común, pero ampliamente reconocida como causa de la hipoglucemia hiperinsulinémica. En adultos, el insulinoma es la principal causa de hipoglucemia hiperinsulinémica,

Objetivos: Reportar caso clínico de paciente con nesidioblastosis refractaria a pancreatectomía distal, quien tenía antecedente de bypass gástrico por obesidad mórbida y requirió reversión de este por laparoscopia, con el fin de evitar realización de pancreatectomía total.

Materiales: Presentar video editado de caso de reversión de bypass gástrico por laparoscopia.

Resultados: Paciente tuvo mejoría de la sintomatología, sin volver a presentar estatus convulsivo por estados de hipoglucemia severos.

Conclusiones: El bypass gástrico puede revertirse siempre y cuando se tenga indicación clara.

HEPATOBIILIAR

03 - ID361

Lobectomía lateral izquierda por laparoscopia en hígado cirrótico: una alternativa al manejo de hepatocolangiocarcinoma

Luis Manuel Barrera, Jaime Alberto Ramirez, Fabio Alejandro Vergara, Camilo Andres Tarazona, Mauricio Francisco Duque

IPS Universidad de Antioquia - Clínica León XIII.

luismanuelbarrera@gmail.com

https://youtu.be/XwpAZIrMK_I

Introducción: El hepatocolangiocarcinoma (cHCC-CC) es una rara variedad de tumores y corresponden al 1 % de tumores primarios de hígado. Aunque el tratamiento de elección para los Hepatocarcinomas en hígado cirrótico es el trasplante de hígado, esta terapéutica solo está reservada para cHCC-CC menores de 2 cms.

Objetivos: Mostrar una lobectomía lateral izquierda por laparoscopia, como una alternativa segura para el control de los c HCC-CC en hígado cirrótico.

Materiales: Se trata de una paciente de 69 años de edad, con cirrosis hepática Child A por VHB, en tratamiento con Entecavir, quien en su seguimiento presentó un nódulo de 4 cms en ellóbulo hepático izquierdo, sin varices esofágicas, con AFP 4.2 y recuento de plaquetas en 182.000/mcL. La imagen en la RMN fue reportada como HCC atípico vs c HCC-CC. Dado lo anterior se decidió llevar a lobectomía hepática izquierda.

Resultados: La lobectomía lateral izquierda por laparoscopia se realizó con un tiempo operatorio de 115 minutos, el sangrado aproximado fue de 100 cc y no se realizó maniobra de Pringle. La pieza quirúrgica se extrajo mediante un Pfanestiel con endobolsa extractora. El pico de transaminasas fue de AST 100 / ALT 71. No requirió transfusiones trans o postoperatorias. No presentó insuficiencia hepática transitoria. Su estancia total fue de 4 días. Lleva 12 meses de sobrevida a la fecha.

Conclusiones: La lobectomía lateral izquierda por laparoscopia es una alternativa segura para la resección de tumores primarios en hígado cirrótico.

03 - ID362

Resección laparoscópica del carcinoma de vesícula: hepatectomía central mas linfadenectomía hiliar

Luis Manuel Barrera, Jaime Alberto Ramirez, Fabio Alejandro Vergara, Camilo Andres Tarazona, Mauricio Francisco Duque
IPS Universidad de Antioquia - Clínica León XIII
luismanuelbarrera@gmail.com

<https://youtu.be/wrC1yjbyMuA>

Introducción: El carcinoma de vesícula es una neoplasia de rara frecuencia, pero de alta incidencia en Japón, India, Chile y regiones de la cordillera de los Andes. La colecistectomía junto a la hepatectomía central y el vaciamiento ganglionar es la elección en los tumores no incidentales.

Objetivos: Mostrar una colecistectomía más hepatectomía central y linfadenectomía hiliar por laparoscopia, como una alternativa segura para el tratamiento del carcinoma de vesícula no incidental.

Materiales: Es una paciente de 60 años con dolor abdominal de 3 meses y pérdida de peso, cuya ecografía mostró una vesícula biliar de paredes engrosadas con infiltración del lecho hepático. Se ordenó RMN que mostró una lesión de vesícula, con masa de 5 cms en los segmentos 4b y 5, sin compromiso biliar, vascular ni lesiones metastásicas a distancia. Los marcadores tumorales fueron Ca19.9 de 7.42 ng/mL y ACE de 0.7 ng/mL. Dado lo anterior se realizó colecistectomía más hepatectomía de segmentos 4b y 5 y linfadenectomía hiliar.

Resultados: El procedimiento se realizó por laparoscopia con un tiempo operatorio de 180 minutos, el sangrado fue 300 cc y no se realizó maniobra de Pringle. La pieza quirúrgica se extrajo mediante un Pfanestiel con endobolsa extractora. El pico de transaminasas fue de AST 222 / ALT 115. No requirió transfusiones trans o postoperatorias. No presentó insuficiencia hepática transitoria. Su estancia total fue de 2 días. Lleva 10 meses de supervivencia a la fecha.

Conclusiones: La resección laparoscópica del carcinoma de vesícula es una alternativa segura que puede lograr márgenes oncológicos y tener menor estancia hospitalaria, con una rápida recuperación y mejor control del dolor.

03 - ID429

Hepatectomía derecha laparoscópica en el anciano: Una alternativa segura en pacientes seleccionados

Jaime Ramirez Arbelaez, Fabio Vergara Suarez, Luis Manuel Barrera, Camilo Tarazona Bautista, Mauricio Duque Villalobos
Ips Universitaria - Servicios De Salud De La Universidad De Antioquia
fabiovergara14@gmail.com

<https://youtu.be/MsxhGIHpoEM>

Introducción: Las resecciones hepáticas son el tratamiento de elección para la mayoría de los tumores hepáticos. La cirugía hepática laparoscópica ha venido en crecimiento a nivel mundial y sus indicaciones han aumentado, logrando obtener buenos resultados. Los pacientes ancianos representan un

desafío grande para el equipo quirúrgico, debido a la mayor tasa de comorbilidades que presentan, su menor reserva funcional hepática, cardíaca y pulmonar. Sin embargo, gracias a la valoración preoperatoria multidisciplinaria, se logra seleccionar mejor al paciente, para así obtener resultados similares a la población general.

Objetivos: Presentar el caso clínico de una hepatectomía derecha por laparoscopia en paciente de edad avanzada.

Materiales: Presentamos nuestro primer caso de una hepatectomía derecha laparoscópica realizado en la IPS Universitaria en un paciente de 81 años de edad, con hallazgo en ecografía abdominal de una masa en lóbulo hepático derecho. La resonancia magnética de abdomen evidenció posible colangiocarcinoma intrahepático versus hepatocarcinoma sobre hígado no cirrótico. Se realizó volumetría hepática y valoración preanestésica previa con pruebas de función hepática, cardíaca y pulmonar. Se decide llevar a hepatectomía derecha laparoscópica.

Resultados: El procedimiento fue sin complicaciones, no requirió transfusión sanguínea ni soporte vasopresor, se logró extubación y traslado a UCI para vigilancia por 24 horas. No tuvo signos de insuficiencia hepática, fue dado de alta a los 4 días. La patología evidencia un hepatocarcinoma sobre hígado no cirrótico.

Conclusiones: En pacientes de edad avanzada seleccionados, el abordaje laparoscópico para hepatectomías mayores puede ser llevado a cabo, mostrándose como una alternativa segura.

03 - ID514

Hepatectomía del sector posterior derecho (Segmentos VI y VII) por laparoscopia: abordando el surco de Rouvière

Jaime Ramírez Arbelaez, Fabio Vergara Suárez, Luis Manuel Barrera, Camilo Tarazona Bautista, Mauricio Duque Villalobos
Ips Universitaria - Servicios De Salud De La Universidad De Antioquia
fabiovergara14@gmail.com

https://youtu.be/oxjMWn9_sqk

Introducción: La laparoscopia para las resecciones hepáticas complejas es una alternativa cada vez

más utilizada a nivel mundial por los grupos de cirugía hepatobiliar, logrando obtener los beneficios de la cirugía de mínima invasión. La resección del sector posterior derecho es una cirugía desafiante dada su localización y la disección de estructuras vasculares sectoriales.

Objetivos: Presentar el caso de una resección hepática del sector posterior (segmentos VI y VII) por laparoscopia, con abordaje del surco de Rouvière.

Materiales: Presentamos el caso de una mujer de 61 años de edad, quien en contexto de estudios por dolor abdominal realizan ultrasonografía que pone en evidencia masa en lóbulo hepático derecho. Complementan con resonancia de abdomen con hallazgos sugestivos de cistoadenoma biliar en segmentos VI y VI. Se decide realizar hepatectomía del sector posterior derecho por laparoscopia, realizando control vascular con abordaje del surco de Rouvière.

Resultados: Durante la cirugía no se requirió transfusión sanguínea, se realizó maniobra de Pringle por 8 minutos. Se logró extubación inmediata. No tuvo signos de insuficiencia hepática ni complicaciones en el postoperatorio. Fue dada de alta a los 3 días. La biopsia por congelación y definitiva fue compatible con cistoadenoma biliar.

Conclusiones: En la resección del sector posterior, el abordaje del surco de Rouvière permite realizar control vascular sectorial específico, disminuyendo el sangrado y permitiendo la transección hepática más segura.

03 - ID535

Pancreatectomía distal laparoscópica por neoplasia papilar mucinosa intraductal del páncreas (IPMN) gigante con malignización

Jaime Ramírez Arbelaez, Fabio Vergara Suárez, Luis Manuel Barrera, Camilo Tarazona Bautista, Mauricio Duque Villalobos
Ips Universitaria - Servicios De Salud De La Universidad De Antioquia
fabiovergara14@gmail.com

<https://youtu.be/XKRZs9nUyBk>

Introducción: Las neoplasias papilares mucinosas intraductales del páncreas (IPMN) son tumores que crecen en el ducto principal o en sus ramas, pero pueden convertirse en un cáncer invasivo. En la ac-

tualidad existen guías que dan recomendaciones de seguimiento e indicaciones de resección. El tamaño, las características del quiste, la comunicación o la dilatación del ducto principal son factores importantes a la hora de tomar la decisión de intervención quirúrgica.

Objetivos: Presentar el caso de una resección de un IPMN gigante de cuerpo y cola de páncreas por laparoscopia.

Materiales: Presentamos el caso de una mujer de 69 años de edad, con historia de dos meses de evolución de dolor abdominal. En ecografía abdominal hallaron una tumoración quística en páncreas y la resonancia magnética de abdomen puso en evidencia una tumoración macroquística (de 12x9 cms) en cuerpo y cola de páncreas, compatible con IPMN. El resultado del CA19.9 fue de 2400. Por el alto riesgo de malignización se decidió llevar a cirugía para resección.

Resultados: Se realizó una pancreatectomía distal con esplenectomía, logrando resección Ro. El postoperatorio cursó sin fistula pancreática y fue dada de alta al tercer día. El resultado de la patología fue un adenocarcinoma ductal originado de una neoplasia mucinosa papilar intraductal.

Conclusiones: Las indicaciones de resección en los IPMN por el riesgo de malignización dependen de diversos factores. En nuestro caso, la resección quirúrgica indicada fue dada por el tamaño de la tumoración, asociado a síntomas específicos, así como el hallazgo de un marcador tumoral elevado.

ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA

03 - ID652

Adenocarcinoma del pouch gástrico posterior a bypass gástrico: resección en bloque por vía laparoscópica

Jarid Alvarez Jimenez, Ferney Sarmiento Fontalvo, Sebastian Bolaño Arrieta

Organizacion Clinica General Del Norte
ferneysarmiento@hotmail.com

<https://www.youtube.com/watch?v=yTZx2oscxsA>

Introducción: Paciente femenina de 70 años de edad con antecedente de bypass gástrico laparoscó-

pico 13 años antes, por cursar con obesidad mórbida, quien presentaba cuadro de 4 meses de evolución dado por disfagia e intolerancia a la dieta sólida, asociado a episodios eméticos frecuentes y pérdida de peso no cuantificada. Durante estudios se evidenció en endoscopia preoperatoria, estenosis de la anastomosis gastroyeyunal, y en la endosonografía, una lesión a nivel de la anastomosis gastroyeyunal, que no permitía el paso del equipo. La patología informó adenocarcinoma bien diferenciado infiltrante ulcerado.

Objetivos: Exponer la resección laparoscópica en bloque del adenocarcinoma del pouch gástrico posterior a un bypass gástrico.

Materiales: Previo consentimiento del paciente, revisión de historia clínica y estudios de extensión, se realizó procedimiento quirúrgico a paciente del servicio de cirugía laparoscópica de la Clínica General del Norte en la ciudad de Barranquilla que correspondió a resección en bloque de adenocarcinoma del pouch gástrico por vía laparoscópica.

Resultados: Evolución postoperatoria adecuada, tolerando la vía oral, con mínimo dolor postquirúrgico, sin complicaciones hasta el momento. Pendiente estudios imaginológicos y endoscópicos de seguimiento postoperatorio.

Conclusiones: La resección laparoscópica en bloque del adenocarcinoma del pouch gástrico posterior a un bypass gástrico resulta una alternativa quirúrgica eficaz y segura, que requiere mayor experiencia debido a la poca evidencia descrita en la literatura mundial dado la baja incidencia de dicha patología. Los resultados en cuanto a morbimortalidad, complicaciones e inicio de vía oral en este caso fue adecuada, mostrando una técnica aplicable con buenos resultados.

03 - ID700

Proctomía laparoscópica

Jorge Alberto Bernal

laparoscopiaavanzada@gmail.com

<https://youtu.be/7-NRutEuXoQ>

Introducción: El manejo óptimo del adenocarcinoma de recto depende de muchos factores, entre los

cuales la localización y la extensión de la enfermedad son los más importantes. Para algunos pacientes el abordaje inicial es la terapia neoadyuvante, con el objetivo de la regresión parcial o total del tumor, lo que los hace candidatos a una cirugía preservadora de esfínter con resultados favorables.

Objetivos: Demostrar la técnica quirúrgica de proctomía laparoscópica con anastomosis colo-anal en paciente con cáncer de recto, por medio de un video.

Materiales: Video de técnica quirúrgica.

Resultados: Se documentó el video de la técnica de proctomía laparoscópica con anastomosis colo-anal, en paciente con adenocarcinoma de recto, con neoadyuvancia y regresión total de la lesión.

Conclusiones: Cada día es más frecuente que pacientes con cáncer de recto inicien terapia neoadyuvante, lo que da la posibilidad de una cirugía preservadora de esfínter, a lo cual se le pueden sumar todos los beneficios de la cirugía laparoscópica.

TRAUMA

03 - ID552

Telemedicina y enfoque multidisciplinario en un caso complejo de trauma

Helmer PalaciosF, abian Torres Velasco

Universidad del Cauca

palacios-rodriquez@unicauca.edu.co

<https://www.youtube.com/watch?v=fr7swFz8rQU&t=21s>

Introducción: El empalamiento no resulta infrecuente en los servicios de urgencias, no obstante al tratarse de un artefacto explosivo no detonado la literatura y protocolos convencionales resultan insuficientes. En estos casos la asesoría por centros de mayor experiencia y el uso de la telemedicina, asociado al manejo multidisciplinario coordinado, garantiza los mejores resultados.

Objetivos: Describir el manejo multidisciplinario apoyado en expertos, por telemedicina, para el manejo quirúrgico más seguro del caso de un soldado con un artefacto explosivo empalado en su muslo.

Materiales: Se documenta en video el proceso de atención, asesoría y logística para la remoción quirúrgica de un artefacto explosivo no detonado, en un hospital de tercer nivel en la ciudad de Popayán.

Resultados: Ante el arribo de un soldado con un artefacto explosivo no detonado empalado en su muslo, el equipo quirúrgico solicitó asesoría al Hospital Militar Nueva Granada, quienes dieron recomendaciones para el manejo quirúrgico más seguro para el paciente, la institución, el personal y otros pacientes en ella. Se coordinó e implementó un quirófano externo provisional, donde se llevó a cabo el procedimiento quirúrgico, extrayendo con éxito el artefacto explosivo, que fue retirado por personal del ejército y antiexplosivos.

Conclusiones: El trauma militar en Colombia persiste en relación al conflicto interno y los centros médicos del país están expuestos a manejar casos tanto atípicos como riesgosos. En ellos, la telemedicina permite conectar y coordinar a los diferentes actores, para tomar medidas que apoyen a cirujanos experimentados para llevar a cabo procedimientos quirúrgicos complejos con desenlaces favorables.

MÍNIMAMENTE INVASIVA

03 - ID38

Colecistectomía parcial con exploración de vía biliar y coledocoplastia en paciente con síndrome de Mirizzi Tipo III: Abordaje laparoscópico con cierre primario de vía biliar

Alexis Rene Manrique, Alejandro González Muñoz, Nicolas Escobar Arias, Álvaro J Bayona, Nicolás F. Camargo

Hospital San Rafael Tunja, Pontificia Universidad Javeriana, Universidad Pedagógica Y Tecnológica De Colombia

alegon_zalez@hotmail.com

<https://www.youtube.com/watch?v=uPq23xAUop4&feature=youtu.be>

Introducción: El síndrome de Mirizzi corresponde a una complicación de la colelitiasis, la cual consiste en la obstrucción extrínseca del conducto hepático común por un cálculo impactado desde la bolsa de Hartman y/o la presencia de una fistula colecistocolédociana. Actualmente el abordaje laparoscópico

no es globalmente aceptado. Documentamos nuestra experiencia en el manejo laparoscópico de una paciente con síndrome de Mirizzi tipo III, logrando con éxito una colecistectomía parcial y la coledocoplastia con cierre primario, sin requerimiento de conversión.

Objetivos: Demostrar la factibilidad del abordaje laparoscópico de una paciente con Síndrome de Mirizzi tipo III, con buenos resultados postoperatorios.

Materiales: Paciente con historia de colelitiasis de 4 años de evolución, sin tratamiento previo, quien consulta por dolor agudo en hipocondrio derecho. Se documentó a través de colangiografía por resonancia síndrome de Mirizzi por cálculo único de 4 cm; por medio de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, se evidenció la presencia de una fístula colecistocolédociana y se colocó un stent biliar. Se decidió llevar este paciente a manejo laparoscópico, del cual se presenta intervención quirúrgica.

Resultados: Este caso demuestra el perfil de seguridad de la laparoscopia y el cierre primario del colédoco, en pacientes con síndrome de Mirizzi, sin requerimiento de conversión, incluyendo a pacientes con presencia de fístula colecistocolédociana. No se presentaron complicaciones de manera intraoperatoria ni en el postoperatorio.

Conclusiones: Demostramos que es factible y seguro el manejo quirúrgico laparoscópico del síndrome de Mirizzi tipo III con cierre primario de colédoco.

03 - ID103

Esofagectomía toracoscópica en prono, opción de manejo en patología esofágica

Raul Pinilla, Ricardo Oliveros, Bernardo Borraez, Gustavo Aguirre

Instituto Nacional De Cancerología
gustavoaguiber@me.com

<https://youtu.be/qCdU5j-jRIQ>

Introducción: El cáncer de esófago, uno de los cánceres más mortales del mundo, es más común en Asia y África Oriental. En países orientales la esofagectomía con linfadenectomía ampliada mejora el pronóstico de los pacientes con cáncer esofágico

reseable, sin embargo, se asocia con una alta morbilidad y mortalidad.

Objetivos: Presentación de la técnica de esofagectomía en prono para manejo de pacientes con cáncer de esófago.

Materiales: Video de técnica quirúrgica de esofagectomía en prono.

Resultados: La esofagectomía toraco-laparoscópica es un procedimiento seguro, factible y reproducible en cualquier institución especializada en el tratamiento del cáncer. Observamos que la radicalidad oncológica es similar o incluso superior a la cirugía convencional por toracotomía y laparotomía, probablemente debido a la mejor visualización y magnificación de las estructuras anatómicas. El análisis de los datos nos permitió concluir que la esofagectomía toraco-laparoscópica con el tiempo torácico en decúbito prono tiene una morbilidad aceptable y proporciona un muestreo de ganglios linfáticos oncológicamente adecuado.

Conclusiones: La esofagectomía en posición lateral es técnicamente menos exigente y proporciona una mejor seguridad técnica, con buena efectividad oncológica. Este posicionamiento en prono es una alternativa viable y apropiada para la cirugía mínimamente invasiva del carcinoma esofágico.

03 - ID178

Adenoma paratiroideo ectópico mediastinal con abordaje toracoscópico y cervical

Juanita Martínez Villacres, Einstein Viana, Daniel Jaller, Carolina Martínez, Rafael Romero

Imat Oncomedica
juanitamv53@hotmail.com

<https://youtu.be/fGtTU9jumI>

Introducción: El hiperparatiroidismo primario es una enfermedad que afecta aproximadamente 0.3 % a 0.7 % de la población. Predomina en las mujeres, su incidencia aumenta con la edad, y la mayoría de los casos son secundarios a adenoma. Las paratiroides ectópicas son raras, múltiples estudios identifican la presencia y localización de glándulas ectópicas, reduciendo la morbilidad que conlleva realizar su búsqueda durante cirugía.

Objetivos: Presentar el caso de una paciente con hiperparatiroidismo primario con adenoma ectópico mediastinal, manejado exitosamente con abordaje por videotoracosopia y exploración cervical.

Materiales: Mujer de 64 años de edad, con hipercalcemia sintomática, elevación de PTH sérica, con antecedente de exploración cervical previa para resección de paratiroides fallida. Se realizó resonancia magnética de cuello identificando lesión nodular en mediastino anterior de 16x10 mm, y gammagrafía Sesta Mibi con captación de radiofármaco en región centro torácica posterior al tercio superior del esternón. Se llevó a cirugía mediante abordaje mediastinal por videotoracosopia, previa infusión de azul de metileno por vía periférica, logrando completar paratiroidectomía de glándula ectópica.

Resultados: La biopsia por congelación intraoperatoria no logro distinguir entre adenoma o hiperplasia, por lo que requirió exploración cervical, para paratiroidectomía subtotal. La medición de la PTH intraoperatoria 10 minutos posterior a resección de paratiroides descendió dramáticamente.

Conclusiones: El manejo del hiperparatiroidismo primario es inminentemente quirúrgico. Las paratiroides ectópicas representan un reto quirúrgico debido a la complejidad en su localización y abordaje. En el presente caso, la paciente requirió abordaje doble para realiza paratiroidectomía subtotal, ofreciendo una opción quirúrgica con un tratamiento completo de esta compleja patología.

03 - ID188

Corrección de hernia diafragmática traumática por laparoscopia

Luis Felipe Roldan Zapata, Paula Andrea Jurado Muñoz
Universidad De Antioquia
paulajurado@gmail.com

<https://youtu.be/ydNnPMYQtE>

Introducción: Se presenta un caso de un paciente de 67 años con antecedente de herida toraco abdominal izquierda por arma cortopunzante hace 20 años, que requirió manejo quirúrgico con laparotomía y toracotomía anterolateral izquierda. Fue remi-

tido por sospecha de obstrucción intestinal resuelta para manejo de hernia diafragmática izquierda post traumática la cual se documentó por medio de tomografía contrastada

Objetivos: Mostrar la técnica quirúrgica de corrección de una hernia diafragmática post traumática por vía laparoscópica

Materiales: Se presenta un vídeo mostrando la corrección de una hernia diafragmática izquierda post traumática por vía laparoscópica.

Resultados: Corrección exitosa del defecto herniario por vía laparoscópica y adecuada evolución postoperatoria

Conclusiones: La corrección de hernia diafragmática por vía laparoscópica es factible y presenta mínima morbilidad para el paciente

03 - ID382

Reparo de hernia hiatal gigante más cirugía anti-reflujo tipo Collis-Nissen por laparoscopia.

Ricardo Nassar, Ernesto Pinto, Juan David Linares, Samuel Rey, Juan Sebastian Diaz Mescias, Andres M. Garcia, Juan David Hernandez

Hospital Universitario Fundación Santa Fe De Bogotá
ernestopintol@hotmail.com

<https://www.youtube.com/watch?v=JrvUtuCiTkW&feature=youtu.be>

Introducción: El manejo actual de la corrección de una hernia hiatal o paraesofagica incluye la realización de una cirugía antirreflujo con el fin reforzar la unión gastroesofágica y el esfínter esofágico inferior. Sin embargo, la presencia un esófago corto dificulta la realización de la misma, por lo que es importante que el cirujano conozca maniobras que permitan realizar la cirugía adecuadamente.

Objetivos: El objetivo de este video es demostrar la viabilidad de realizar una gastroplastia tipo Collis para permitir la realización de una funduplicatura en el contexto de un esófago corto.

Materiales: Se presenta el caso de un paciente con diagnóstico de hernia hiatal gigante que fue programado para reparación laparoscópica, sin embargo,

dentro de los hallazgos intraoperatorios se encontró un esófago corto que imposibilitaba la realización de una funduplicatura tipo Nissen convencional. Se realizó una gastropластиa tipo Collis para elongar el esófago y permitir la funduplicatura anterior, configurando una cirugía antirreflujo tipo Collis - Nissen.

Resultados: Aunque las revisiones sobre utilización de la gastropластиa de Collis en estos casos son escasas y controversiales en la literatura, en este caso las condiciones operatorias permitieron su realización, sin complicaciones durante la intervención. En el seguimiento postoperatorio, el paciente presentó adecuada evolución clínica, sin sintomatología patológica.

Conclusiones: La gastropластиa de Collis es viable y efectiva como método de elongación esofágica para permitir la realización de una funduplicatura en un esófago corto. Sin embargo, es necesario continuar realizando investigaciones sobre este tema para dilucidar con certeza los resultados a largo plazo de esta técnica.

03 - ID419

Mucocele apendicular más colecistectomía vía laparoscópica

Nayib Medrano Zurita, Katty Carolina Cuadrado Nieves
Universidad Del Sinu Seccional Cartagena
kattycuadrado@hotmail.com

https://www.youtube.com/watch?v=m2kLezg_ahI&feature=youtu.be

Introducción: El mucocele apendicular es una enfermedad poco frecuente, que se estima en el 0,2–0,3 % de todas las apendicectomías. El término mucocele hace referencia a la dilatación del apéndice por moco, causada tanto por un proceso benigno como maligno. A continuación se presenta un caso de mucocele apendicular, como hallazgo de manera incidental en paciente a quien se le realizaría colecistectomía vía laparoscópica, teniendo en cuenta revisar su diagnóstico diferencial, tratamiento y pronóstico.

Objetivos: Presentar un caso de mucocele apendicular hallado de manera incidental en paciente que se le realizaría colecistectomía en el nuevo hospital Bocagrande la ciudad de Cartagena, teniendo en

cuenta revisar su diagnóstico diferencial, tratamiento y pronóstico.

Materiales: Paciente femenina de 56 años de edad, asintomática, a quien se programó de forma electiva para colecistectomía por laparoscopia, sin embargo, durante la exploración por videolaparoscopia se encontró un apéndice cecal sugestivo a mucocele.

Resultados: Se procedió a la resección con grapadora lineal. El estudio anatomopatológico confirmó un mucocele apendicular. En nuestro caso, el estudio histológico mostró benignidad de ambas patologías, colelitiasis más mucocele apendicular, con una evolución satisfactoria y un egreso hospitalario temprano.

Conclusiones: Se recomienda una exploración de la cavidad abdominal, aun cuando se tenga un diagnóstico de base. La cirugía mínimamente invasiva es la cirugía de elección para la recuperación pronta del paciente y egreso temprano.

03 - ID432

Gastrectomía total laparoscópica de emergencia por necrosis gástrica masiva.

Daniel Gomez, Felipe Cabrera, Ricardo Villarreal, Eric E. Vink, Jean A. Pulido Segura, Mauricio Pedraza, Sebastian Sanchez
CPO - Policlínico del Olaya
japs1493@gmail.com

<https://youtu.be/5jJDEZcAvvA>

Introducción: El abordaje laparoscópico tiene gran acogida frente a técnicas abiertas, por los beneficios postoperatorios para el paciente. Sus indicaciones siguen expandiéndose, logrando a través de un abordaje mínimamente invasivo gastrectomías subtotales o totales. Se opta por intervenciones conservadoras por la morbimortalidad asociada a ausencia de este órgano, pero frente a necrosis masivas se realiza gastrectomía total por laparoscopia, según sean las aptitudes del cirujano.

Objetivos: Presentar el abordaje laparoscópico de urgencias para la necrosis gástrica masiva como la mejor opción para el paciente, si el cirujano cuenta con la experiencia suficiente en esta práctica.

Materiales: Paciente femenina de 22 años de edad, sin antecedentes de importancia, ingresada por cuadro de 3 días de dolor abdominal y múltiples episodios eméticos, en estado de shock multifactorial. Fue llevada a salas de cirugía con soporte inopresor por sospecha de pancreatitis aguda severa. Vía laparoscópica se exploró evidenciando necrosis gástrica masiva sin causa macroscópica evidente y se procedió a realizar gastrectomía total por la misma vía. La patología fue inconclusa. Tras 5 días la paciente falleció por disfunción orgánica múltiple impidiendo reconstrucción posterior.

Resultados: Tiempo quirúrgico de 50 minutos, sangrado intraoperatorio de 20 cc, se dejó sonda para nutrición. No se logró reintervención por disfunción multiorgánica, que tras 5 días de estancia en UCI conducen al fallecimiento de la paciente.

Conclusiones: El abordaje laparoscópico frente al abierto, a pesar de su complejidad, muestra superioridad pues minimiza la morbimortalidad. El entrenamiento del cirujano es fundamental para la implementación de esta técnica en más escenarios clínicos, sobre todo aquellos de mayor complejidad.

03 - ID433

Colecistectomía enfisematosa, como la hacemos

Nayib Zurita, Katerine Lopez Baldiris, Carlos Gutierrez Santoya, Carlos Lozano De Avila, Giovanna Rivas Zuñiga, Melissa Fernandez

Universidad del Sinu - seccional de Cartagena
clozanodio@icloud.com

https://youtu.be/sj7j8wu_ZEQ

Introducción: Paciente masculino de 60 años de edad, con cuadro clínico de 4 días de evolución caracterizado por dolor en epigastrio e hipocondrio derecho, tipo colico de moderada intensidad, que se irradia a flanco derecho, sin fiebre, náuseas o vómitos. En la ecografía se halló asas distendidas sin dejar claro que se tratara de una obstrucción intestinal y la tomografía computarizada mostró gas libre en ángulo hepático en colon, por lo que se decidió llevar a cirugía.

Objetivos: Mostrar el hallazgo de vesícula enfisematosa como causa abdomen agudo y su manejo laparoscópico.

Materiales: Reporte de caso de una historia clínica y video del acto quirúrgico.

Resultados: Mostramos el video de cómo se manejó el caso y la adecuada evolución del paciente.

Conclusiones: En el video mostramos cómo se puede hacer el manejo adecuado por laparoscopia de una vesícula enfisematosa. La vesícula enfisematosa no siempre se presenta como cuadro típico de colecistitis aguda.

03 - ID513

Cirugía antirreflujo de Hill modificada, una técnica efectiva para el manejo del reflujo gastroesofágico en pacientes sometidos a gastrectomía vertical tipo manga

Ricardo Nassar, Ernesto Pinto, Juan David Linares, Samuel Rey, Alberto Ricaurte, Stephanie Silva, Maria Juliana Cubillos, Juan Sebastian Diaz Mescias, Andres M Garcia, Juan David Hernandez

Hospital Universitario Fundación Santa Fe De Bogotá
ernestopintol@hotmail.com

<https://www.youtube.com/watch?v=kxxL9OodyGM&feature=youtu.be>

Introducción: Durante los últimos años se ha evidenciado un marcado aumento en las tasas de pacientes llevados a cirugía bariátrica y a pesar de sus excelentes resultados en cuanto a control de peso y comorbilidades, se ha asociado a otros desenlaces no deseados, como el reflujo gastroesofágico. Ante esta problemática, se han descrito múltiples técnicas para dar manejo quirúrgico a esta morbilidad.

Objetivos: Describir una técnica quirúrgica que prevenga y dé manejo al reflujo gastroesofágico, en pacientes que bien sean llevados a gastrectomía tipo manga o a quienes se les haya realizado previamente y presenten síntomas de reflujo.

Materiales: Se describe una técnica de cirugía antirreflujo que modifica parcialmente la técnica quirúrgica descrita por Hill, realizando reparo anatómico del hiato esofágico y una gastropexia posterior a la rama del pilar izquierdo, en un paciente sometido a gastrectomía vertical tipo manga por laparoscopia, durante el mismo tiempo quirúrgico.

Resultados: La cirugía antirreflujo de tipo Hill modificada es una técnica que realiza una fijación del neo-estomago al pilar diafragmático izquierdo, con lo que se busca estabilizar la unión gastroesofágica dentro del abdomen y reforzar el esfínter esofágico inferior.

Conclusiones: Este tipo de cirugía presenta resultados prometedores en el manejo de reflujo gastroesofágico en pacientes sometidos a cirugía bariátrica. Sin embargo, es necesario realizar nuevos estudios que soporten la evidencia obtenida para poder validar estos resultados y aportar al conocimiento médico colectivo.

03 - ID515

Cirugía laparoscópica en abdomen hostil: resección de fistula biliodigestiva y exploración de la vía biliar

Daniel Gomez, elipe Cabrera, Ricardo Villarreal, Eric E. Vink, Sebastian Sanchez, Mauricio Pedraza, Jean Pulido

CPO - Poiclínico Del Olaya

luis.felipe.cabrera@hotmail.com

<https://youtu.be/yKB9ryDkwSc>

Introducción: El principal obstáculo para la exploración biliar por laparoscopia, en los pacientes con abdomen hostil secundario a múltiples cirugías previas, son las adherencias, las cuales aumentan el riesgo de lesión de órganos vecinos, dificultan la exposición del campo operatorio y evitan la identificación crítica de las estructuras de la vía biliar, haciendo de éste un procedimiento aún más complejo.

Objetivos: Mostrar que la exploración de vía biliar laparoscópica más resección de fistula colecistoduodenal, en pacientes con cirugías previas, es posible en manos expertas, con resultados favorables para el paciente.

Materiales: Se realizó por vía laparoscópica una liberación amplia de adherencias postoperatorias, iniciando con un puerto de Palmer en el flanco derecho, con disección y resección de fistula colecistoduodenal con sutura mecánica endoscópica y posterior exploración de vía biliar laparoscópica más colecistectomía, con cierre primario del colédoco.

Resultados: Tiempo quirúrgico de 155 minutos, sangrado intraoperatorio de 20 cc, no reintervenciones, no fuga biliar postoperatoria, no necesidad de unidad de cuidado intensivo, no mortalidad y estancia hospitalaria de 5 días.

Conclusiones: El paso de mayor complejidad en la exploración de vía biliar laparoscópica en pacientes con cirugía abdominal previa es la creación del neumoperitoneo y la liberación extensa de adherencias, para la obtención de un campo operatorio adecuado, sumado a un cierre primario del colédoco, el cual ha demostrado tener menos complicaciones y costos al compararlo con el tubo en T, ya que el abordaje laparoscópico en este tipo especial de pacientes no ha demostrado aumentar el sangrado ni las complicaciones perioperatorias en manos expertas.

03 - ID532

Vólvulo gástrico como complicación de hernia hiatal en paciente crítico

Nayib Zurita, Katerine Lopez Baldiris, Carlos Gutierrez Santoya, Carlos Lozano De Avila, Giovanna Rivas Zuñiga

Universidad del Sinu - seccional Cartagena

clozanodio@icloud.com

<https://youtu.be/I2nqFpiCZE8>

Introducción: Paciente masculino de 81 años de edad, quien consultó en paciente en malas condiciones generales, con cuadro de un día de evolución consistente en disnea, debilidad y ausencia deposiciones. Dos días antes había sido hospitalizado por obstrucción intestinal y le habían practicado una endoscopia digestiva alta encontrando gran hernia hiatal y esofagitis. Se hizo una nueva endoscopia alta que evidenció estomago en reloj de arena y tomografía computadorizada compatible con vólvulo gástrico y hernia paraesofágica.

Objetivos: Mostrar el manejo de un vólvulo gástrico intratorácico por hernia hiatal.

Materiales: Reporte caso clínico y video del acto quirúrgico por abordaje laparoscópico abdominal.

Resultados: Se logró devolvulación exitosa, sin necesidad de conversión y afrontamiento de los pilares, como primer tiempo de la corrección de la hernia hiatal y de esta forma evitar recidivas.

Conclusiones: El abordaje abdominal laparoscópico de los pacientes con hernia hiatal con contenido intestinal intratorácico se puede realizar de manera segura y completa, disminuyendo la necesidad de abordaje torácico, que puede traer más complicaciones.

03 - ID536

Resección de fistula biliar Mirizzi grado IV y reconstrucción laparoscópica con técnica simplificada

Daniel Gomez, Felipe Cabrera, Ricardo Villarreal, Eric E. Vink, Sebastian Sanchez, Mauricio Pedraza, Jean Pulido

COP - Policlínico del Olaya
vesaliuso216@yahoo.com

https://youtu.be/D__M4sYmP-M

Introducción: La técnica laparoscópica tiene muchas ventajas, incluyendo una menor estancia hospitalaria y menos riesgo de infección del sitio operatorio, sin embargo, cuando se aplica al Síndrome de Mirizzi, el grado de conversión a cirugía abierta es muy alto, variando de un 11.1 % hasta un 80 %, según lo reportado en la literatura. Por lo cual, algunos expertos recomiendan la laparoscopia solo para el manejo del Síndrome de Mirizzi grado I, debido al alto riesgo de lesión de vía biliar por la distorsión de la anatomía.

Objetivos: Mostrar que el manejo laparoscópico del Síndrome de Mirizzi grado IV es posible en manos expertas, con resultados favorables para el paciente.

Materiales: Se realizó por vía laparoscópica una colecistectomía con resección de fistula biliar colecistocolédociana con compromiso de más de 66% de la circunferencia del colédoco, compatible con un Síndrome de Mirizzi grado IV, con posterior reconstrucción avanzada de la vía biliar, con una hepaticoyeyunostomía en Y de Roux, usando una técnica simplificada similar a la descrita en el bypass gástrico laparoscópico por Cardoso y Galvao.

Resultados: Tiempo quirúrgico de 118,6 minutos, sangrado intraoperatorio de 15 cc, no reintervenciones, no fuga biliar postoperatoria, no mortalidad y

estancia hospitalaria de 6 días, no necesidad de unidad de cuidado intensivo.

Conclusiones: El abordaje laparoscópico de la patología biliar benigna de alta complejidad es seguro y confiable, además de tener resultados superiores respecto al abordaje abierto y las técnicas endoscópicas, siempre y cuando se cuente con la experiencia y técnicas laparoscópicas avanzadas

03 - ID540

Sigmoidectomía laparoscópica de emergencia por estallido de colon secundario a trauma abdominal cerrado

Diego Gomez, Felipe Cabrera, Ricardo Villarreal, Eric E. Vink, Jean Pulido

COP - Policlínico del Olaya
mpedraza93@gmail.com

<https://youtu.be/AePMotE-3ug>

Segura, Mauricio Pedraza, Sebastian Sanchez

Introducción: El uso de la cirugía mínimamente invasiva en urgencias abdominales ha tenido poco uso, sin embargo, en la actualidad se han descrito ventajas en los pacientes hemodinámicamente estables, como menos dolor postoperatorio, disminución de la estancia hospitalaria, rápida recuperación a las actividades cotidianas y menos infección del sitio operatorio.

Objetivos: Por medio del video se pretende demostrar que el abordaje laparoscópico del trauma abdominal en paciente hemodinámicamente estable, con lesiones complejas es factible, seguro y con adecuados resultados posoperatorios.

Materiales: Se presenta un video-caso de una paciente femenina de 58 años de edad, sin antecedente de importancia, que sufrió trauma abdominal cerrado por accidente de tránsito en calidad de peatón. Ingresó hemodinámicamente estable, con signos de irritación peritoneal, y se realizó manejo quirúrgico mínimamente invasivo, encontrando trauma del colon sigmoidees grado III más peritonitis fecal.

Resultados: Como se puede evidenciar en nuestra experiencia documentada en video, el abordaje laparoscópico es efectivo y seguro para dar manejo

al trauma contuso de abdomen con perforación de víscera hueca, en el escenario de paciente hemodinámicamente estable.

Conclusiones: El manejo mínimamente invasivo es una alternativa de manejo quirúrgico en el trauma de abdomen cerrado, en paciente estable con lesión de víscera hueca, mostrando igual efectividad y con menos morbilidad que la laparotomía.

03 - ID555

Cirugía laparoscópica por puerto único para el manejo de obstrucción intestinal

Fernando Arias Amezcua, Manuel Arrieta Garcia, Alexandra Bastidas Santacruz

Fundacion Santa Fe De Bogota
manearrietao8@hotmail.com

<https://youtu.be/N-zNes4bk4Y>

Introducción: La cirugía laparoscópica ha sido aceptada para el manejo de la obstrucción intestinal, por la tendencia a disminuir la morbilidad que puede generar la cirugía tradicional. Sin embargo, presenta obstáculos inherentes por la dilatación de asas intestinales, lo que lleva a limitación en el espacio de trabajo y el riesgo de enterotomía iatrogénica.

Objetivos: Describir una cirugía mínimamente invasiva por puerto único en un caso de obstrucción intestinal y sus resultados.

Materiales: Paciente masculino de 25 años de edad, con antecedente de páncreas anular con múltiples cirugías previas, quien ingresó a urgencias con cuadro de obstrucción intestinal. La tomografía de abdomen evidenció obstrucción completa y una zona de transición, por lo que fue llevado a cirugía por puerto único de urgencia.

Resultados: Se encontró severo síndrome adherencial, con segmento de 40 cm de íleon proximal con estrangulación y signos de sufrimiento, por lo que se realizó resección y anastomosis. El tiempo operatorio fue de 135 minutos, sangrado de 50 cc, se inició nutrición parenteral por alto riesgo de íleo prolongado. La vía oral se inició al tercer día postoperatorio, la estancia hospitalaria fue de 5 días y no se presentó ninguna complicación; en el seguimiento a 18 meses no ha requerido reintervención.

Conclusiones: El tratamiento laparoscópico de la obstrucción intestinal es factible, seguro y puede disminuir complicaciones y los riesgos de nuevos episodios de obstrucción, por lo que debe ser considerado en el manejo de esta patología.

03 - ID567

Manejo de la peritonitis aguda vía laparoscópica en pacientes menores de 11 años

Najib Zurita, Giovanna Marcela Rivas Zuñiga, Carlos Alberto Lozano De Avila, Carlos Manuel Esquivia Pinzon

Universidad del Sinu, Cartagena
giovyr@hotmail.com

<https://www.youtube.com/watch?v=tJshSp2hFL4>

Introducción: Paciente masculino de 11 años de edad, quien ingresó al servicio de urgencias con cuadro clínico de 17 horas de evolución consistente en dolor abdominal, de tipo difuso, de severa intensidad, que migró y se localizó en fosa iliaca derecha, asociado a picos febriles, anorexia, astenia, adinamia, e incapacidad para asistir a su escuela. Inicialmente manejado en casa con medios físicos y antiespasmódicos, sin mejoría de cuadro clínico. Paraclínicos a su ingreso mostraron leucocitosis y neutrofilia; ecografía abdominal reportada con líquido libre en cavidad y engrosamiento de paredes de apéndice cecal. Al examen físico había signos clínicos de irritación peritoneal, por lo que se decidió llevar a cirugía por vía laparoscópica, con reporte quirúrgico de apendicitis aguda grado IV, sin compromiso de base apendicular, y peritonitis con presencia de colección purulenta en los cuatro cuadrantes abdominales.

Objetivos: Mostrar que la cirugía mínimamente invasiva permite realizar lavado de cuadrantes abdominales en pacientes menores de 11 años de edad, sin requerir abordaje por vía abierta.

Materiales: Realización de apendicectomía por vía laparoscópica más drenaje de colecciones intra-abdominales en paciente menor de 11 años de edad.

Resultados: Procedimiento quirúrgico exitoso, sin reintervención. Paciente fue dado de alta en su primer día postoperatorio.

Conclusiones: El uso de la cirugía mínimamente invasiva en apendicitis aguda complicada, es una vía de abordaje que permite abarcar los 4 cuadrantes abdominales, disminuye los días de estancias hospitalarias, reduce los costos hospitalarios, previene enfermedades nosocomiales y disminuye el ausentismo escolar.

03 - ID575

Herniorrafia inguinal en paciente con síndrome adherencial

Najib Zurita, Omar Godoy Forero, John Ricardo Vargas
Universidad del sinu - Seccional Cartagena
clozanodio@icloud.com

https://youtu.be/eoUc_LtpSg

Introducción: Se trata de un paciente en la séptima década de la vida, con antecedente de laparotomía por trauma abdominal y vesical hacía más de 20 años, con posterior reintervención hacía aproximadamente dos años por síndrome adherencial severo, además de una herniorrafia inguinal derecha. A pesar de las dificultades técnicas que supone este paciente debido a sus antecedentes, se realizó la corrección de la hernia inguinal izquierda por laparoscopia con técnica TAP con adecuados resultados, sin necesidad de conversión y con mínimas complicaciones.

Objetivos: Mostrar que es posible realizar una herniorrafia inguinal por laparoscopia por técnica TAP, con mínimas complicaciones, en un paciente con síndrome adherencial abdominal.

Materiales: Se tomaron datos de la historia clínica y la entrevista directa con el paciente sobre sus antecedentes quirúrgicos y se usó el video del procedimiento quirúrgico laparoscópico.

Resultados: Logramos realizar la herniorrafia inguinal izquierda con colocación de malla a través de la técnica laparoscópica TAP, sin presentar lesiones a víscera hueca y otros órganos, a pesar de las dificultades técnicas que supone un paciente con un síndrome adherencial abdominal.

Conclusiones: El síndrome adherencial abdominal es un reto importante para el cirujano, especialmente para los abordajes laparoscópicos, sin embargo, teniendo los cuidados adecuados, tanto para el ingreso de los trocares como para la manipulación de los tejidos internos, se pueden realizar procedimientos por vía laparoscópica de manera adecuada, sin necesidad de conversión y con disminución de nuevas adherencias.

03 - ID589

Apendicectomía por laparoscopia

Najib Zurita, John Ricardo Vargas
Universidad de Sinu - Seccional Cartagena
clozanodio@icloud.com

<https://youtu.be/xtVhF7MVPfs>

Introducción: Paciente masculino bajo el contexto de apendicitis aguda complicada, en quien se practica abordaje laparoscópico abdominal identificando peritonitis generalizada y realizando manejo de esta sin necesidad de conversión, favoreciendo la recuperación del paciente, sin reintervenciones ni complicaciones.

Objetivos: Mostrar que el abordaje laparoscópico abdominal en pacientes con apendicitis complicadas, ofrece resultados favorables, disminuyendo las complicaciones.

Materiales: Se obtienen datos de historia clínica, entrevista con el paciente y video del procedimiento quirúrgico realizado.

Resultados: Manejo laparoscópico abdominal de apendicitis complicada, sin necesidad de conversión y evolución postquirúrgica del paciente sin reintervención ni complicaciones.

Conclusiones: El abordaje laparoscópico abdominal de apendicitis complicada, con el entrenamiento adecuado, arroja resultados favorables para el paciente, minimizando complicaciones, estancia hospitalaria y tiempo de recuperación del paciente.

03 - ID590**Esofagectomía laparoscópica transhiatal para Siewert-Stein II**

Laura Niño Torres, Marco Chala, German Rodrigo Torres
Hospital Universitario Mayor- Universidad del Rosario
lauraninotorres@gmail.com

<https://www.youtube.com/watch?v=dDN-Aac48oo&feature=youtu.be>

Introducción: Hombre de 73 años de edad, con historia de dos días de 6 episodios de melenas, mareo y dolor abdominal 8/10, sin emesis o fiebre, más pérdida de peso de 3 kg en 1 mes. Antecedente de colecistectomía abierta. La endoscopia digestiva alta mostró una lesión ulcerada y nódulo cardial, Siewert II Forrest IIb (39 cm de arcada); los estudios de extensión fueron negativos. La biopsia reportó compromiso submucoso por adenocarcinoma bien diferenciado de tipo intestinal. Clínicamente se clasificó como Siewert Stein II cT1bNxMo, estadio cI mínimo grado histológico I.

Objetivos: Mostrar técnicas mínimamente invasivas para cirugía mayor esofágica.

Materiales: Video de cirugía de esofagogastrectomía laparoscópica. Disección y liberación de la cámara gástrica con control vascular. Tracción simultánea del esófago, disección transhiatal. Cervicotomía izquierda y reparo del esófago cervical, disección digital hasta conexión de disecciones abdominal y cervical. Apertura advertida de la pleura derecha. Tubulización y ascenso gástrico videoasistido. Esofagogastroanastomosis manual. Fijación de cámara gástrica a los pilares diafragmáticos.

Resultados: Extubado inmediatamente, sin soportes, trasladado a hospitalización. Al segundo día se retira toracostomía y se inicia dieta líquida con adecuada tolerancia. Se dio egreso al quinto día. Patología con adenocarcinoma de patrón intestinal, moderadamente diferenciado, infiltrante a todo el espesor, con extensión a la grasa adyacente y ulceración superficial (1x1 cm), ILV presente, bordes negativos. 0/22 ganglios. Estadio patológico pT3NoMo Grado II ? Estadio IIb y se remite a oncología.

Conclusiones: La cirugía mínimamente invasiva es un recurso a tener en cuenta en pacientes con

patología esofágica. Presenta ventajas en cuanto a recuperación posoperatoria, dolor y evolución, además de menor hospitalización.

03 - ID599**Resección de adenoma adrenal por vía laparoscópica**

Nayib Zurita, Giovanna Marcela Rivas Zuñiga, Carlos Alberto Lozano De Avila, Carlos Manuel Esquivia Pinzon
Universidad Del Sinu Cartagena
giovyr@hotmail.com

<https://www.youtube.com/watch?v=toSfqapiCig&t=51s>

Introducción: El adenoma adrenal es una patología poco frecuente, que conlleva a la producción excesiva de cortisol y con esto un trastorno metabólico.

Objetivos: Mostrar los beneficios de realizar la resección de la glándula adrenal por vía laparoscópica en decúbito lateral.

Materiales: Paciente femenina de 54 años de edad, a quien se le identificó en su primera hospitalización una masa en glándula adrenal. Fue llevada por primera vez a cirugía para resección de la masa de condiciones desconocidas, por vía laparoscópica por vía anterior, con adecuada evolución en su posoperatorio.

Resultados: Se encontró persistencia de su lesión evidenciada por tomografía computadorizada abdominal con contraste, obligando a llevarla nuevamente a cirugía, utilizando la vía laparoscópica en decúbito lateral para un mayor acceso a línea media y retroperitoneo, respetando todas las estructuras vecinas. Finalmente fue posible la resección exitosa de la glándula adrenal, con mínimo compromiso de estructuras vecinas, mejor acceso a retroperitoneo y línea media, sin complicaciones.

Conclusiones: El uso de la cirugía mínimamente invasiva es la opción quirúrgica con mayor beneficio y menor compromiso de estructuras vecinas para cualquier acto quirúrgico. En este caso fue posible usar la vía laparoscópica y el decúbito para un mejor acceso, menor estancia hospitalaria, una evolución clínica postoperatoria rápida.

03 - ID610**Megaesófago en acalasia terminal: Esofagectomía mínimamente invasiva de tres campos con toracoscopia en decúbito prono**

Julieta Correa Restrepo, Maria Rocelly Velasquez, Carlos H. Morales, Juan P. Toro

Universidad de Antioquia
julieta.correa@udea.edu.co

<https://youtu.be/4bkFwle8DhM>

Introducción: La acalasia se caracteriza por falta de relajación del esfínter esofágico inferior y aperistalsis esofágica. Existen técnicas endoscópicas y quirúrgicas de tratamiento, requiriendo en el estadio terminal esofagectomía.

Objetivos: Ilustrar la técnica de esofagectomía mínimamente invasiva por tres campos.

Materiales: Se presenta el caso de paciente con una acalasia terminal con megaesófago, a quien se le realizó esofagectomía. Se hace énfasis en los pasos críticos del procedimiento y en la mejor exposición del mediastino posterior que otorga la toracoscopia en prono.

Resultados: Paciente de 60 años de edad, con acalasia de vieja data confirmada por manometría y sin tratamiento. En su evaluación se encontró megaesófago sigmoideo, con esofagitis por retención y se propuso esofagectomía. Se inició por toracoscopia con 4 puertos, en decúbito prono, para la liberación del esófago torácico, que se encontraba muy dilatado y tortuoso. Posteriormente se realizó laparoscopia para tubulización gástrica y piloroplastia, con posterior ascenso del conducto gástrico a cuello. Se finalizó con anastomosis esofagogástrica por minicervicotomía. No complicaciones intra o postoperatorias inmediatas. Presentó a las tres semanas una estenosis leve de la anastomosis, que se resolvió completamente con dilataciones endoscópicas.

Conclusiones: La esofagectomía es el último recurso en pacientes con acalasia terminal por los cambios irreversibles de un esófago disfuncional y el riesgo de cáncer. El abordaje mínimamente invasivo permite la disección cuidadosa de las estructuras con adecuada visualización y disminución de la morbilidad asociada. La toracoscopia en prono es

mejor alternativa que la disección transhiatal en casos de megaesófago que oblitera completamente el mediastino.

03 - ID622**Revisión laparoscópica de funduplicatura tipo Nissen: caso de pseudoacalasia.**

Juan Pablo Toro, Alejandra Mayorga Gonzalez, Oscar Andres Gomez Pineda, Carlos Hernando Morales, Rene Marcelo Escobar

Universidad de Antioquia
oscar_andresi8@hotmail.com

<https://www.youtube.com/watch?v=Xt-nateV9gk&feature=youtu.be>

Introducción: La pseudoacalasia es una entidad de difícil diagnóstico, con hallazgos clínicos, radiológicos, endoscópicos y manométricos que simulan acalasia. Ocurre principalmente por malignidad y una minoría de los casos son de origen benigno, incluyendo complicaciones de cirugía gastroesofágica.

Objetivos: Presentar un caso de paciente con pseudoacalasia como complicación de cirugía antirreflujo y el tratamiento quirúrgico por laparoscopia.

Materiales: Se muestra mediante video, los pasos fundamentales para el desmonte de una funduplicatura Nissen, la liberación de la fibrosis periesofágica y plastia de hiato.

Resultados: Paciente de 39 años, cuadro de disfagia para sólidos y líquidos y pérdida de 14 kg de peso, posterior a funduplicatura tipo Nissen por reflujo gastroesofágico. En la manometría se observó peristalsis fallida frecuente; en esofagograma, peristaltismo esofágico alterado en los dos tercios inferiores y vaciamiento tardío por la gravedad; y en esofagogastroduodenoscopia (EDS), hernia hiatal por deslizamiento, sin otras alteraciones. Se programó para cirugía de revisión por laparoscopia. Se encontró fibrosis severa alrededor del hiato, esófago distal dilatado y patrón de pseudoacalasia. Se hizo liberación del esófago, desmonte de funduplicatura y gastrostomía, con asistencia de EDS intraoperatoria. Posteriormente hubo mejoría total de los síntomas y esofagograma con paso fácil y rápido del medio de contraste al estómago, sin signos de reflujo gastroesofágico.

Conclusiones: La pseudoacalasia, a pesar de que en su mayoría es por compromiso maligno, también puede originarse como consecuencia de cirugía gastroesofágica, por formación de fibrosis alrededor del esófago distal o por sobrecorrección de una funduplicatura. El tratamiento quirúrgico es de buen pronóstico, con reversión total de los síntomas.

03 - ID631

Fistula gastroyeyunal por banda gástrica de polipropileno extruida.

Venus Moncada Osorio, Santiago Restrepo Rendón, Jesús Vásquez Arango, Juan Pablo Toro
Universidad de Antioquia
venus.moncada@gmail.com

<https://youtu.be/9AFSDLDEsXg>

Introducción: La banda gástrica es una de las técnicas terapéuticas para el tratamiento de la obesidad. Es relativamente segura, aunque pueden presentarse complicaciones en el 3-15 % de los casos. Dentro de las complicaciones tardías, la erosión de la pared gástrica es rara (0,5-1 %), pero temida.

Objetivos: Mostrar la corrección laparoscópica de una complicación tardía, secundaria a la colocación de una banda gástrica.

Materiales: Se ilustra con un video el caso de un paciente con hallazgos endoscópicos y tomográficos de una extrusión de la banda gástrica.

Resultados: Paciente masculino de 63 años de edad, con antecedente de bypass gástrico en el 2011 y a los tres años con re-ganancia de peso, por lo que le colocan banda gástrica de polipropileno. Dos años después con halitosis marcada, saciedad temprana, emesis persistente, regurgitación y anemia. Se encontró en la endoscopia digestiva un estómago residual de 7 cms con banda gástrica incorporada parcialmente en el estómago y en la tomografía computarizada una imagen radiodensa irregular intrayeyunal. Se extrajo la banda gástrica y se corrigió la fistula gastroyeyunal por laparoscopia, sin complicaciones perioperatorias. Mejoría de sus síntomas desde el postoperatorio inmediato, fue dado de alta a los dos días.

Conclusiones: La corrección laparoscópica de la erosión de la pared gástrica por una banda gástrica colocada para el tratamiento de la obesidad y la corrección de fistulas gastro-gástricas o gastro-yeyunales derivadas de técnicas de cirugía bariátrica, es factible y segura; requiere un conocimiento adecuado de la anatomía, de los procedimientos de cirugía bariátrica y un entrenamiento en el abordaje laparoscópico.

03 - ID642

Síndrome del ligamento arcuato medio.

Jose Eduardo Agamez, Julieta Correa Restrepo, Carlos Andrés Delgado López, Carlos Hernando Morales, Juan Pablo Toro
Universidad de Antioquia
joseduardoagamez@gmail.com

<https://youtu.be/mTdcj5usJBg>

Introducción: El síndrome de ligamento arcuato medio es un trastorno raro, presentado por la compresión del tronco celiaco, que se manifiesta como dolor crónico y recurrente. Se diagnostica mediante imágenes y por su inespecificidad se convierte muchas veces en diagnóstico de exclusión. El tratamiento quirúrgico está indicado en los pacientes sintomáticos con compresión confirmada por imágenes.

Objetivos: Puntualizar mediante un caso clínico los pasos en el manejo quirúrgico mínimamente invasivo del síndrome de ligamento arcuato medio.

Materiales: Se presenta mediante video el caso de síndrome de ligamento arcuato medio, haciendo énfasis en la anatomía y el paso a paso del procedimiento.

Resultados: Paciente de 19 años de edad, con episodios de dolor abdominal recurrente, quien ingresó a hospitalización y múltiples estudios, que fueron normales. Finalmente se realizó mediante angiografía el diagnóstico de síndrome de ligamento arcuato medio. Se decidió llevar a cirugía, para sección del ligamento, sin complicaciones. Se dio de alta al primer día posoperatorio y presenta resolución del dolor abdominal crónico.

Conclusiones: El tratamiento del síndrome de ligamento arcuato medio implica la descompresión

quirúrgica del eje celiaco, y su resultado está basado en la selección adecuada del paciente y la realización de un procedimiento sistemático donde se identifiquen adecuadamente las estructuras. El abordaje mínimamente invasivo permite una rápida recuperación, con mejor control del dolor.

03 - ID649

Destechamiento de quiste hepático gigante más omentoplastia por laparoscopia: Una opción segura y efectiva

María Rocelly Velásquez García, Julieta Correa Restrepo, Jorge Gutiérrez, Carlos H. Morales, Juan P. Toro

Universidad de Antioquia
rocellyvelasquez@gmail.com

<https://www.youtube.com/watch?v=XSAUsTYwa&feature=youtu.be>

Introducción: Los quistes hepáticos se presentan entre el 4 y 10 % de la población, la mayoría de ellos son benignos y sólo un cuarto son sintomáticos. El principal síntoma es el dolor. El manejo quirúrgico se realiza cuando la sintomatología es frecuente y/o recurrente.

Objetivos: Mostrar la exposición y facilidad que brinda la laparoscopia en el abordaje quirúrgico de quiste hepático gigante.

Materiales: Se ilustra con un video el caso de una paciente con dolor abdominal crónico secundario a quiste hepático gigante, a quien se le realizó destechamiento hepático y omentoplastia por laparoscopia, con excelente evolución clínica.

Resultados: Paciente de 47 años de edad, con historia de enfermedad poliquística del hígado, con lesión quística gigante de 17x14x13 cms, en lóbulo derecho, sintomático y con compresión de estructuras vecinas, sin compromiso de vía biliar. Se realizó destechamiento hepático con omentoplastia por laparoscopia, sin complicaciones perioperatorias. Fue dada de alta al siguiente día posoperatorio. Reporte de patología mostró quiste hepático simple de tipo ductal, sin evidencia de malignidad. Ecografía abdominal a los 4 meses posoperatorio evidenció ausencia de lesión dominante en lóbulo hepático derecho. Alivio completo de la sintomatología.

Conclusiones: El destechamiento hepático por laparoscopia es un método asequible, seguro y efectivo en el manejo del quiste hepático gigante sintomático, ya que resulta en mejoría completa de los síntomas, mínimo trauma quirúrgico y baja tasa de complicaciones. La plastia de omento puede tener un papel importante en la prevención de la recurrencia.

03 - ID682

Variantes anatómicas en nefrectomía bilateral por enfermedad de Dent .

Monica Restrepo Moreno, Jasson Restrepo Castrillon, Juan Pablo Toro Vasquez

Universidad de Antioquia
mrestrem@gmail.com

<https://youtu.be/oY74KDlxZIU>

Introducción: La enfermedad de Dent es una enfermedad hereditaria ligada al cromosoma X, que afecta al túbulo renal, provocando proteinuria, hipercalcemia e insuficiencia renal crónica. La hipercalcemia y proteinuria de riñones nativos ha generado en los pacientes trasplantados dificultades para el seguimiento, por lo que se ha optado por la nefrectomía para la resolución de las mismas.

Objetivos: Presentar el caso de un paciente con enfermedad de Dent, con imposibilidad de seguimiento de riñón trasplantado por proteinuria e hipercalcemia, por lo que se llevó a nefrectomía bilateral, encontrando variantes anatómicas en hilio renal derecho y sistema colector bilateral.

Materiales: Se muestra mediante un vídeo las variantes anatómicas y los pasos críticos para la nefrectomía bilateral por vía laparoscopia.

Resultados: Paciente de 16 años de edad, con enfermedad renal crónica estadio 5 secundaria a enfermedad de Dent, a quien se realizó en enero de 2017 trasplante renal cadavérico. Fue llevado a nefrectomía laparoscópica bilateral de riñones nativos por persistencia de hipercalcemia y proteinuria, sin posibilidad de adecuado seguimiento al riñón trasplantado. Durante el procedimiento quirúrgico se encontró doble sistema colector completo bilateral, doble vena y doble arteria renal derecha.

Conclusiones: La nefrectomía es un tratamiento adecuado para facilitar el seguimiento de la función renal en pacientes trasplantados y realizarla mediante laparoscopia es una adecuada opción ya que es segura, disminuye tiempos de estancia hospitalaria y acorta el periodo de recuperación.

03 - ID683

Adrenalectomía laparoscópica por feocromocitoma gigante

Alvaro Turizo Agamez, Carlos H. Morales, Alejandro Roman, Juan Pablo Toro

Universidad Pontificia Bolivariana

alvaro2014@hotmail.com

<https://www.youtube.com/watch?v=r-2Obt6yyo&feature=youtu.be>

Introducción: El feocromocitoma es un tumor infrecuente, encontrado en individuos hipertensos en un 0,1-0,9 % de los casos. La resección quirúrgica es el tratamiento de primera línea, ofreciendo tasas de supervivencia a 5 años de 95 % para casos benignos y 50 % para casos malignos. El abordaje laparoscópico es controvertido en lesiones mayores de 6 cm de diámetro, dado que ha sido asociado con mayor tiempo y sangrado operatorios que el abordaje abierto, además de altas tasas de conversión. Sin embargo, estudios aleatorizados recientes han demostrado que es una técnica segura con menor estancia hospitalaria, menor sangrado, tasas de conversión.

Objetivos: Demostrar mediante la presentación de un caso clínico, la técnica quirúrgica de adrenalectomía laparoscópica por feocromocitoma.

Materiales: Se presenta un video que ilustra el caso de una paciente con feocromocitoma gigante izquierdo, a quien se le realizó una adrenalectomía laparoscópica. Se hace énfasis en la mejor visualización y en los pasos de la disección.

Resultados: Paciente de 63 años de edad, con HTA refractaria, catecolaminas en orina elevadas y resonancia magnética que mostró tumor adrenal izquierdo de 8x9 cm. Se realizó adrenalectomía laparoscópica y se dio de alta al sexto día postoperatorio, sin complicaciones quirúrgicas y con cifras de presión arterial en metas. La patología fue compatible con feocromocitoma benigno de 11x9 cm.

Conclusiones: La adrenalectomía laparoscópica es el método de elección en tumores benignos de la glándula suprarrenal. En manos experimentadas, es de igual modo muy segura y efectiva en el manejo de feocromocitomas, incluso en aquellos de gran tamaño.

03 - ID684

Revisión laparoscópica de cistogastrotomía endoscópica fallida

Jarid Alvarez Jimenez, Efrain Pico Alvarez, Ferney Sarmiento Fontalvo

Organizacion Clinica General Del Norte

efrapico@hotmail.com

<https://www.youtube.com/watch?v=ww3rjsxreMo>

Introducción: Paciente femenina de 20 años de edad, con historia de pseudoquistes pancreáticos, en seguimiento por cirugía endoscópica, en quien de acuerdo a estudios imaginológicos, se consideró la necesidad de manejo mínimamente invasivo. Se practicó cistogastrotomía endoscópica, la cual resultó fallida debido a hallazgos endoscópicos, en relación con perforación retrogástrica, entrando a retroperitoneo y no a la pared del pseudoquiste pancreático. Interconsultaron a Cirugía general ante presencia de víscera hueca perforada.

Objetivos: Exponer la revisión laparoscópica de una cistogastrotomía endoscópica fallida.

Materiales: Se realizó procedimiento quirúrgico a paciente en la Clínica General del Norte en la ciudad de Barranquilla, que correspondió a revisión laparoscópica de una cistogastrotomía endoscópica fallida, previo consentimiento del paciente. Revisión de historia clínica e imágenes diagnósticas.

Resultados: Paciente con evolución postoperatoria adecuada, tolerando la vía oral, con mínimo dolor postquirúrgico, sin complicaciones hasta el momento. Pendiente estudios imaginológicos y endoscópicos de seguimiento postoperatorio. **Conclusiones:** El abordaje laparoscópico resulta una alternativa quirúrgica eficaz y segura, para el manejo definitivo del pseudoquiste pancreático, mediante una cistogastrotomía por esta vía.

CIRUGÍA GENERAL

03 - ID388

Esplenectomía por laparoscopia en pacientes con esplenomegalia gigante: manejo del hilio vascular con diferentes técnicas quirúrgicas.

Manuel Mosquera, Paulo Cabrera, Nathaly Ramirez, Carlos Perez Rivera, Akram Kadamani, Carlos Roman, Andres Murcia, Felipe Casas, Laura Zuñiga, Maria Cuellar

Fundacion Cardioinfantil- IC
cirujanosgenerales@cardioinfantil.org

<https://youtu.be/CiqoMzAIgQo>

Introducción: Existen enfermedades hematológicas en las que el bazo se comporta como único órgano responsable de la enfermedad o un importante contribuyente a la fisiopatología subyacente, por lo tanto, cuando se encuentra esta situación, resulta importante considerar la esplenectomía como manejo con intención curativa para dicha patología. El abordaje de la esplenectomía por vía laparoscópica muestra ventajas especialmente interesantes sobre las técnicas convencionales. Sin embargo, un gran bazo, así como el sangrado intraoperatorio incontrolable, aumentan la complejidad técnica de dicho procedimiento y generan hasta un 10 % de riesgo de conversión de la esplenectomía por vía laparoscópica a esplenectomía vía abierta.

Objetivos: Presentar el abordaje quirúrgico por vía laparoscópica así como el manejo del hilio vascular con diferentes técnicas quirúrgicas, LigaSure®, Clips y sutura mecánica, en pacientes con esplenomegalia gigante y sangrado intraoperatorio de difícil control.

Materiales: Esplenectomía por laparoscopia utilizando diferentes manejos del hilio vascular.

Resultados: Se logró una esplenectomía exitosa por vía laparoscópica y control del hilio vascular con Ligasure® y Clips en pacientes con esplenomegalia masiva, sin complicaciones y con adecuada evolución postoperatoria.

Conclusiones: La esplenectomía laparoscópica en casos de esplenomegalia masiva ha demostrado ser segura, sin embargo, cuando existen condiciones que generan mayor complejidad en el procedimiento, se demuestra que la aplicación de adecua-

das técnicas quirúrgicas, del apropiado manejo del hilio vascular, así como la experiencia del cirujano, son situaciones que permiten llevar a cabo de manera exitosa la esplenectomía, evitando el uso de métodos convencionales, que generan mayor estancia hospitalaria, mayor infección y disminución de la morbilidad.

03 - ID397

Apendicitis del muñón: Presentación de video

Francisco Javier Diaz, Stefania Fierro, Pablo Sandoval

Fundación Santa Fe De Bogotá
s.fierro358@uniandes.edu.co

<https://youtu.be/rT4QbDQJFGs>

Introducción: La apendicitis del muñón es una entidad poco frecuente, definida por la inflamación aguda del remanente apendicular después de una apendicectomía incompleta.

Objetivos: Presentar el video de una apendicectomía laparoscópica para el manejo de una entidad poco común, como lo es la apendicitis del muñón.

Materiales: Revisión del video de la resección quirúrgica del muñón apendicular y narración del caso clínico.

Resultados: Paciente masculino de 28 años de edad quien consultó por dolor abdominal generalizado de 24 horas de evolución, con migración a fosa ilíaca derecha, asociado a fiebre de 39 °C. Al examen físico se encontró dolor en fosa iliaca derecha y Blumberg positivo. Como antecedente de importancia había sido sometido a apendicectomía laparoscópica 9 meses antes del ingreso. Paraclínicos reportaron leucocitosis de 15.100 con neutrofilia. Tomografía de abdomen evidenció compromiso inflamatorio del área ileocecal y muñón apendicular con suturas metálicas en la punta. Se diagnosticó de apendicitis del muñón. Nuevamente fue llevado a apendicectomía laparoscópica, donde se encontró un muñón apendicular de 2 cm, con cambios inflamatorios y colección purulenta. Presentó adecuada evolución y fue dado de alta dentro de las 48 horas del postoperatorio.

Conclusiones: Este caso resalta la importancia del diagnóstico de apendicitis del muñón, dado que no se sospecha rutinariamente en pacientes que han sido previamente intervenidos por apendicectomía laparoscópica. En muñones mayores de 0.5 cm el riesgo de desarrollar esta complicación se incrementa. Se requiere una alta sospecha clínica y apropiados estudios imagiológicos para el diagnóstico temprano y la disminución de complicaciones.

03 - ID566

Plastrón apendicular tratado por laparoscopia

Nayib Zurita Medrano, Andres Romero Espinosa

Universidad Del Sinu

andrefromer_1228@hotmail.com

<https://www.youtube.com/watch?v=JNouzi6zZME&feature=youtu.be>

Introducción: Se trata de paciente femenina de 28 años de edad, quien acudió al servicio de urgencias por dolor abdominal y fue manejada como epigastria. Posteriormente reingresó con signos de respuesta inflamatoria sistemática, por lo que se practicó ecografía que reportó plastrón apendicular. Fue llevada a cirugía por laparoscopia, encontrando plastrón complejo y peritonitis localizada; se logró la resección las adherencias y del apéndice cecal con grapadora lineal, sin complicaciones. Posoperatorio satisfactorio, tolerando vía oral y oxígeno ambiente, se decidió dar de alta.

Objetivos: Mostrar la experiencia de una cirugía compleja por laparoscopia, con gran plastrón apendicular con peritonitis localizada, que se logró controlar sin necesidad de convertir y sin complicaciones.

Materiales: Video de procedimiento quirúrgico por laparoscopia para manejo de plastrón apendicular.

Resultados: Se logró realizar el procedimiento, a pesar de su complejidad, por laparoscopia; se drenó absceso, encontrando plastrón apendicular con difícil visualización del apéndice; presentó sangrado activo de la arteria apendicular, que fue controlado con ligadura; se reseco el apéndice desde su base y

las adherencias, y finalmente se hizo lavado de la cavidad. Postoperatorio satisfactorio, sin complicaciones.

Conclusiones: El plastrón apendicular puede ser manejado por laparoscopia sin necesidad de convertir cirugía a abierta, con resultados satisfactorios, con menos complicaciones, estancias hospitalarias y con buena evolución posoperatoria.

03 - ID609

Esofagectomía en estenosis esofágica benigna refractaria a manejo con stent

Nicolás Escobar, Alexis Manrique, Alejandro Gonzalez-Muñoz,

Nicolas Camargo, Alvaro Bayona

Universidad Javeriana

nicolas951108@hotmail.com

<https://www.youtube.com/watch?v=nD-mAbvQ-6XY>

Introducción: La esofagectomía es una opción de tratamiento en casos de estenosis esofágica benigna refractaria a manejo con stent.

Objetivos: Presentación de un caso clínico.

Materiales: Presentación de un caso clínico de una paciente con estenosis péptica con pobre respuesta a manejo con IBP y dilataciones endoscópicas, por lo que se le realizó inserción endoscópica de stent, el cual se desplazó hacia distal y generó nuevamente obstrucción. Usuario de gastrostomía con regular funcionalidad, dolor abdominal persistente por lo cual consultó; la endoscopia digestiva reportó de estenosis severa benigna a 26 cm de la arcada dentaria, con presencia de stent metálico desplazado hacia distal, descartando malignidad, y el esofagograma evidenció imagen sugestiva a estenosis total, sin paso de medio a nivel esofágico. Déficit moderado de masa muscular y de grasa subcutánea, con desnutrición aguda severa.

Resultados: Se realizó reposición nutricional por gastrostomía, previo al procedimiento quirúrgico y preparación del colon, en caso de requerir interposición colónica, debido al antecedente de gastrostomía. Fue llevada a esofagectomía por videotoracoscopia derecha, más laparotomía y ascenso gástrico

y cervicotomía lateral izquierda más anastomosis gastroesofágica en cuello. Durante la resección esofágica, por friabilidad del tejido se extrajeron los 2 stent esofágicos sobrepuestos. Se terminó la disección por toracoscopia. Se decidió realizar remodelación gástrica por laparotomía debido a antecedente de gastrostomía y tiempo quirúrgico prolongado, para lo que se utilizó con sutura lineal y refuerzo con PDS. Anastomosis cervical esofago-gástrica con triple grapado y refuerzo con PDS. Se dejó dren siliconado en cara posterior de anastomosis y perihial. Tuvo adecuada evolución postoperatoria, retiro de drenes y tubo de toracostomía, y esofagograma postoperatorio sin evidencia de fístula. Se dió salida y en el control por consulta externa se encontró sin complicaciones y sin disfgaia.

Conclusiones: Presentación de un caso clínico.

03 - ID627

Agenesia del lóbulo hepático derecho y colelitiasis: dificultades técnicas en colecistectomía laparoscópica.

William A. Jimenez, Juan David Lotero, Jairo Rivera
Fundación Cardioinfantil
w.jimenez.md@gmail.com

<https://youtu.be/lBTxS7fEUro>

Introducción: La agenesia del lóbulo hepático derecho (ALHD) es una entidad infrecuente y usualmente asintomática. En esta malformación, la posición de la vesícula es inusual. Se presenta un caso de una paciente de 84 años con agenesia del lóbulo hepático derecho y colelitiasis, quien requirió colecistectomía laparoscópica.

Objetivos: Revisar las dificultades en técnica quirúrgicas durante colecistectomía laparoscópica en agenesia del lóbulo hepático derecho.

Materiales: Una paciente sin antecedentes quirúrgicos, con dolor epigástrico, ingresó remitida por sospecha de neoplasia vesicular en ecografía y tomografía computadorizada abdominal previas. La resonancia magnética de abdomen descartó neoplasia vesicular y evidenció agenesia del lóbulo hepático derecho y colelitiasis. Se procedió a manejo quirúrgico.

Resultados: Durante la colecistectomía laparoscópica se confirmó ALHD y como hallazgo, la vesícula biliar se encontraba sobre el borde latero-posterior de lóbulo hepático izquierdo (segmento IV). Dada la ALHD no se definió visión crítica de seguridad ni triangulo de Calot. Se identificaron conducto cístico y arteria cística. Se controló conducto cístico con hemolock® por leve dilatación y la arteria con clips metálicos. La hemostasia del lecho fue dispendiosa por posición original de la vesícula. El procedimiento se llevó a cabo sin complicaciones. La paciente cursó con adecuada evolución y fue dada de alta sin complicaciones biliares. En seguimiento clínico al tercer mes, la paciente se encuentra asintomática.

Conclusiones: Las malformaciones congénitas hepáticas como la ALHD no son contraindicaciones del abordaje laparoscópico en patología biliar benigna. La colecistectomía laparoscópica debe ser considerada en pacientes con patología biliar, posición inusual de vesícula biliar, y anomalías congénitas. El cirujano debe ser consciente de una posible ALHD y adaptar su estrategia quirúrgica consecuentemente.

03 - ID681

Experiencia de colecistectomía fenestrada en Hospital Universitario Clínica San Rafael

Natalia Rodriguez Rosales, Juliana Maria Ordoñez, Javier Andres Morales Morales, Juan Sebastian Parra Puentes
Hospital Universitario Clínica San Rafael
natalia408@gmail.com

<https://www.youtube.com/watch?v=wHLbX6IYGGc&t=122s>

Introducción: La enfermedad litiásica vesicular es un problema con incidencia en crecimiento y prevalencia aproximada del 10 al 15 %. El tratamiento es quirúrgico, pero en muchas ocasiones los hallazgos intraoperatorios no permiten realizar colecistectomía convencional, y la disección y exéresis de vesícula puede resultar peligrosa, generando lesión de vía biliar hasta en el 0.3 %, por lo que se propone la realización de colecistectomía subtotal fenestrada.

Objetivos: Dar a conocer la realización de colecistectomía fenestrada por laparoscopia.

Materiales: Video de la técnica de colecistectomía subtotal fenestrada en el Hospital Universitario Clínica San Rafael de un paciente en quien no se tiene visualización adecuada de triángulo de seguridad.

Resultados: Se tomó como muestra el video de un paciente quien presentaba absceso perivesicular, piocolecisto, y disección difícil de triángulo de seguridad. Se drenó el absceso, se incidió la pared anterior de la vesícula con bisturí armónico, se extrajeron cálculos de la bolsa de Hartmann y se visualizó la salida de bilis clara por conducto cístico desde el interior. Se dejó la pared posterior sobre el lecho hepático y se desfuncionalizó con electrocauterio, se

dejó el conducto cístico abierto y se colocó dren de Blake en lecho hepático y subfrénico. Se evidenció una forma segura de realización de la cirugía, sin mayores complicaciones, con adecuados resultados para el paciente.

Conclusiones: Cuando se encuentra una vesícula difícil asociada a inflamación severa, piocolecisto, múltiples adherencias o gran fibrosis, hay aumento en el riesgo de lesión de vía biliar comparado con una colecistectomía estándar, para lo cual se quiere presentar ésta técnica, con adecuados resultados para los pacientes, sin mayor morbilidad.

E-póster

CABEZA Y CUELLO

04 - ID350

Paraganglioma vagal, reporte de 2 casos

Julio Andrés Valencia Ferro, Álvaro Enrique Sanabria Quiroga, Andrés Felipe Rojas Gutiérrez, Joel Fawiany Arevalo Novoa
Universidad de Antioquia
jvalencia.cx@gmail.com

Introducción: Los paragangliomas vagales son tumores neuroendocrinos raros que se originan del tejido paragangliónico de la cresta neural que rodea el nervio vago. Los paragangliomas son el 0.6 % de los tumores de cabeza y cuello. Los paragangliomas vagales son el subtipo más raro de los paragangliomas de cabeza y cuello, siendo menos del 5 % del total.

Objetivos: Presentar 2 casos de paragangliomas vagales manejados con cirugía en el servicio de Cirugía de cabeza y cuello de la Universidad de Antioquia, revisando sus características diagnósticas, su manejo y resultado

Materiales: Un estudio de reporte de casos en donde además se hace una revisión bibliográfica de su enfoque diagnóstico y terapéutico. Se realizó una búsqueda de artículos en inglés en Pubmed que incluyeran los términos paraganglioma vagal entre 2004 y 2018, haciendo una selección de los más relevantes.

Resultados: Presentamos 2 casos de paragangliomas vagales en 2 pacientes de diferente sexo, ambos en la séptima década la vida, como masas cervicales asintomáticas diagnosticadas de manera incidental mediante imágenes, quienes fueron llevados a re-

sección quirúrgica completa, teniendo que sacrificar los nervios vagos, con disfonía por parálisis vocal y trastorno de la deglución en el posoperatorio.

Conclusiones: Los paragangliomas vagales son tumores raros en cabeza y cuello que se presentan de manera asintomática en la mayoría de los casos, siendo la cirugía el pilar principal del tratamiento, que casi siempre implica la resección de un segmento del nervio vago con alteración en la fonación y la deglución

04 - ID607

Nervio laríngeo no recurrente, una variante poco frecuente, una lesión potencialmente evidente

Esteban Diaz Granados Goenaga, Fernando Mauricio Ulloa Gordon, Diego Alejandro Romero Triana, Veronica Saza Caicedo
Fundacion Universitaria De Ciencias De La Salud - HSJB
ulloagordonmd@gmail.com

Introducción: Según el Instituto Nacional de Cancerología, en Colombia se presentan 1.600 nuevos casos de cáncer de tiroides en mujeres y 400 en hombres cada año. En el tratamiento, la lesión del nervio laríngeo recurrente es la principal causa de parálisis de la cuerda vocal y ocurre entre 0,5 a 3 % de las tiroidectomías. La variante anatómica no recurrente ocurre en 0.5 a 1 % de los casos; asociada con una subclavia aberrante o lusoria del lado derecho. Por esto, es necesario recordar y reconocer la anatomía normal y sus variantes, con el fin de disminuir el riesgo de lesión del nervio laríngeo recurrente.

Objetivos: Recordar y reconocer la anatomía normal y sus variantes del nervio laríngeo recurrente con el fin de disminuir el riesgo de lesión.

Materiales: Reporte de dos casos de pacientes con cáncer de tiroides variante papilar, llevados a tiroidectomía total por el Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello en el Hospital San José de Bogotá, en quienes se identificó la variante anatómica. Se realizó una revisión de la literatura nacional e internacional sobre el tema.

Resultados: La variante anatómica no recurrente ocurre en 0,5 a 1 % de los casos y su identificación adecuada evita lesiones del mismo, evitando comorbilidades para el paciente en el postoperatorio.

Conclusiones: La presencia de un nervio laríngeo que no recurre aumenta la posibilidad de lesión del mismo en el transoperatorio. Pese a ser una variante poco frecuente, conocerla y definir las estrategias para identificarla favorecen una cirugía segura.

04 - ID619

Carcinoma de glándula paratiroides: Un reporte de caso

Orlando Alberto Velásquez, Juliana María Ordoñez M., Andrés Eduardo Marín Castro, Andrés Felipe Prado Reina
Hospital Universitario Clínica San Rafael
ndrese9@hotmail.com

Introducción: El cáncer de paratiroides es poco frecuente; su incidencia se calcula 0,015 por 100.000 habitantes y su prevalencia en Estados Unidos es de 0,005 %. La etiología no se encuentra definida. El diagnóstico es difícil y no existen criterios definidos para establecerlo previo al procedimiento quirúrgico. El tratamiento es primordialmente quirúrgico.

Objetivos: Describir caso clínico y revisión de la literatura de carcinoma de glándula paratiroides.

Materiales: Reporte de caso, se realizó revisión de la historia clínica completa de un paciente masculino de 28 años de edad, con cuadro clínico 10 meses de síntomas generales, pérdida de peso cuantificado en siete kilogramos en dos meses. Paraclínicos mostraron niveles de calcio en 16.7 mg/dl y PTH mayor 3000 pg/ml. Recibió tratamiento con ácido zolendronico. Se hizo gammagrafía de paratiroides sin evidencia de adenomas y tomografía computadorizada de tórax con área mal definida que comprometía el lóbulo derecho de la tiroides y lesiones focales en parénquima pulmonar sugerentes de metástasis..

Resultados: Se realizó BACAF guiado con ecografía que reportó lesión neoplásica folicular BETHESDA IV. Se llevó a tiroidectomía más paratiroidectomía, con reporte de patología de carcinoma de glándula paratiroides, extensamente invasivo al lóbulo derecho, con invasión linfática y vascular presente.

Conclusiones: El carcinoma paratiroideo es una afección rara y con muy pocos casos publicados en la literatura. Su presentación es predominantemente en paciente jóvenes. Con frecuencia se sospecha y se diagnostica clínicamente en casos de hiperparatiroidismo sintomático, cuando hay niveles séricos de calcio y PTH significativamente elevados. Como en el presente caso, hasta el 6 % cursan con hiperparatiroidismo (HPT).

04 - ID636

Estrategia con análisis de PTH para evitar la hipocalcemia sintomática en tiroidectomía total y vaciamiento ganglionar nivel VI (TT+VGVI) por cáncer bien diferenciado de tiroides (CBDT)

Carlos Fuentes, William Castro, William Sánchez M.
Hospital Militar Central
sanchez.william@cable.net.co

Introducción: El valor de PTH después de tiroidectomía total es predictor de hipocalcemia sintomática (HS) y puede ser útil para predecir la necesidad de suplementación con calcio.

Objetivos: Determinar el valor de PTH en sangre como predictor de hipocalcemia en pacientes operados de TT+VGVI por cáncer bien diferenciado de tiroides y definir la utilidad del esquema para evitar hipocalcemia sintomática.

Materiales: Estudio prospectivo en 400 pacientes con cáncer bien diferenciado de tiroides a quienes se les realizó TT+VGVI entre Enero de 2016 y Diciembre de 2017). Se analizaron los niveles de PTH (valor normal 10-55 Pg/ml) y Calcio (valor normal 8.5-10.5 mg/dl) en el preoperatorio, posoperatorio de 12 horas, día 7 y 30 y se evaluó el estado clínico en búsqueda de signos o síntomas de hipocalcemia.

Se distribuyeron 3 grupos terapéuticos (PTH posoperatorio de 12 horas): Grupo I: PTH mayor de 10, tratados con Carbonato de Calcio + Vitamina D (CC+VD) 600mg / 200UI + Calcitriol (0.5mcg)

cada 12 horas por una semana y suspender. Grupo 2: PTH entre 5-10, tratados con CC+VD+Calcitriol cada 8 horas por una semana, después cada 12 horas y suspender. Grupo 3: PTH menor de 5, tratados con Gluconato calcio 10% IV cada 8 horas por 3 días, CCVD+Calcitriol cada 8 horas por una semana y disminuir progresivamente. El análisis estadístico se hizo con el programa SPSS

Resultados: Grupo 1: 237 pacientes; PTH promedio prequirúrgica: 42 (22-110), posoperatoria 12 horas: 15 (12-37), 7 días: 31 (15-97), 30 días: 45 (25-96). hipocalcemia sintomática 7-30 días: 0/237.

Grupo 2: 72 pacientes; PTH promedio prequirúrgica: 47 (37-98), posoperatoria 12 horas: 8 (5-10), 7 días: 26 (6-112), 30 días 37 (6-118). Hipocalcemia sintomática 7 días: 9/72 (12.5 %), 30 días: 6/72 (8.1 %).

Grupo 3: 91 pacientes; PTH promedio prequirúrgica: 41(25-78), posoperatoria 12 horas: 3 (0.1-4.9), 7 días: 22 (2-58), 30 días: 32 (1-67). hipocalcemia sintomática 7 días: 12/91 (13 %), hipocalcemia sintomática 30 días: 8/91(8.6 %)

Conclusiones: La hipocalcemia posoperatoria permanente fue de 3,5 % (14/400). Es excepcional tener hipocalcemia sintomática con PTH en el posoperatorio mayor de 10 Pg/ml. El esquema terapéutico propuesto es eficaz para prevenir la hipocalcemia sintomática.

04 - ID666

Resección de quiste braquial en paciente adulto. Reporte de un caso

Natalia Rodríguez Roses, German Prieto, Javier Andres Morales Morales

Hospital Occidente De Kennedy
natalia408@gmail.com

Introducción: Los quistes braquiales son anomalías congénitas comunes en niños, derivadas de los arcos braquiales. Su origen se da por involución incompleta de los arcos. En la mayoría de casos se derivan del segundo arco.

Objetivos: Dar a conocer manejo quirúrgico en la resección de quiste braquial de segundo arco en un Hospital de Bogotá.

Materiales: Paciente femenina de 21 años de edad, con presencia de lesión a nivel de cara lateral izquierda de cuello, de aproximadamente 10 meses de

evolución, indolora, con reporte imaginológico de imagen quística de bordes bien definidos de aproximadamente 3x3cm sobre plano muscular.

Resultados: Se realizó procedimiento quirúrgico con cervicotomía izquierda para abordar lesión, disección por planos hasta encontrar lesión quística en borde anterior de musculo esternocleidomastoideo, disección cuidadosa hasta lograr exéresis de pieza quirúrgica, ligadura del pedículo, y extracción de la pieza quirúrgica sin complicaciones. Patología reportó lesión quística con revestimiento de tejido epitelial. La evolución fue adecuada, sin complicaciones.

Conclusiones: Se debe realizar un diagnóstico adecuado, y dada su localización, diferenciar de otras patologías para dar tratamiento. El principal riesgo es la infección de la herida; no tienen riesgo de malignización. El pronóstico es adecuado por ser benignos, sin recurrencia, con evolución posoperatoria adecuada y libre de la sintomatología inicial de paciente.

MAMA Y TEJIDOS BLANDOS

04 - ID356

Carcinoma de mama oculto en hombre: un caso excepcional

Laura Cristancho Torres, David Guillermo Gómez Garnica, Diego Vanegas, Maritza Avila

Universidad Nueva Granada
laura_abc73@hotmail.com

Introducción: El cáncer de mama oculto en hombres es una patología poco frecuente, con una incidencia del 0,3-0.8 % de todos los cánceres de mama, definido actualmente como aquella neoplasia que se expresa con una adenopatía metastásica, sin manifestación clínica ni radiológica del tumor primario en la mama.

Objetivos: Se presenta el caso excepcional de un paciente masculino con cáncer de mama oculto, manejado con radioterapia, quimioterapia y cirugía.

Materiales: Paciente de 35 años de edad, sin antecedentes, con cuadro clínico de 14 meses de evolución consistente en aparición de adenopatías axilares izquierdas, de crecimiento progresivo, sin otros síntomas asociados. Se realizó ecografía mamaria, mamografía y resonancia magnética de la mama,

sin hallazgos patológicos. Se practicó biopsia Trucut de conglomerado ganglionar axilar de dimensiones 7 x 5 cm, que fue compatible con infiltración metastásica por carcinoma ductal de la glándula mamaria (HER2 positivo).

Resultados: Se indicó radioterapia local axilar y vaciamiento ganglionar axilar izquierdo, identificando en cirugía adenopatías de 0.5 a 2 cm, con compromiso de los 3 niveles ganglionares. El resultado patológico reportó un ganglio comprometido de 16 examinados, por focos de Carcinoma metastásico. Se indicó quimioterapia y posterior al ciclo, se realizó mastectomía simple, cuyo reporte de patología concluyó parénquima mamario masculino negativo para malignidad.

Conclusiones: Hacemos el aporte a la literatura mundial de un caso excepcional de cáncer de mama oculto en hombres, siendo el séptimo caso reportado a nivel mundial, cuarto HER2 positivo y el primero en Colombia, en el que se logró un adecuado control de la enfermedad con radioterapia, cirugía y quimioterapia.

04 - ID390

Cáncer de mama papilar en hombre: una causa infrecuente

Luis E. Herrera Z., Francisco Herrera Z., Sandra Herrera L., Gian Nuñez Rojas

Universidad De Cartagena
lehzi00@hotmail.com

Introducción: La etiología, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en hombres es similar que en la mujeres, pero a diferencia del cáncer de mama en mujeres, en los hombres es muy raro; a pesar de que su frecuencia a aumentado con el tiempo, este representa en el hombre todavía menos el 1 % de todas las neoplasias.

Objetivos: Describir una patología poco frecuente en hombres, con una variedad histológica aún más infrecuente y revisar la literatura científica.

Materiales: Se reporta el caso de un paciente masculino de 44 años de edad, quien fue llevado a cirugía de resección local en primera instancia en otra institución, y luego de un año presentó aumento progresivo de la mama izquierda, por lo que consul-

tó al Hospital Universitario del Caribe. Fue manejado por el servicio de Cirugía de mama, encontrando recaída evidente por gran masa tumoral en mama izquierda.

Resultados: Se practicó mastectomía radical modificada con vaciamiento axilar ipsilateral más reconstrucción con musculo dorsal ancho. La patología reportó carcinoma papilar de mama con márgenes de resección libres y 17 ganglios negativos.

Conclusiones: La incidencia de cáncer de mama en hombres es baja, representando de 0.5 a 1 % de todos los canceres diagnosticados en hombres por año. Los planes de promoción y prevención de cáncer de mama están todos encaminados a la población femenina, por lo que muchas veces en los hombres diagnosticados en estadios avanzados y en edades extremas.

04 - ID613

Dos casos de sarcoma radioinducido después del tratamiento de cáncer de mama

Mauricio Garcia Mora, Dary Luz Hernandez Perilla, Sara Mendoza Diaz, Jorge Castilla Tarra

Instituto Nacional De Cancerologia
daryh85@gmail.com

Introducción: El cáncer de mama es el más frecuentemente diagnosticado a nivel mundial, actualmente con múltiples modalidades de tratamiento, como la cirugía conservadora, la radioterapia y la terapia sistémica. La radioterapia puede generar efectos adversos como los sarcomas radioinducidos, que aunque son poco frecuentes, corresponden entre 0.5 y 5.5 % de todos los sarcomas, con alta agresividad en su presentación y evolución.

Objetivos: Describir dos casos de pacientes con antecedente de cáncer de mama y posterior sarcoma torácico radioinducido.

Materiales: Estudio de tipo serie de casos de dos pacientes con sarcoma radioinducido por antecedente de cáncer de mama, en el Instituto Nacional de Cancerología de Bogotá, Colombia.

Resultados: La primera paciente de 62 años de edad, con cuadrantectomía derecha y posterior adyuvancia con radioterapia y quimioterapia con

AC. Después de 7 años apareció una masa en tórax, compatible con sarcoma de alto grado fusocelular con diferenciación osteosarcomatosa.

La segunda paciente de 57 años de edad, con mastectomía radical modificada y posterior adyuvancia con quimioterapia con paclitaxel, radioterapia y hormonoterapia con tamoxifeno. Después de 9 años apareció una masa a nivel torácico, compatible con sarcoma de alto grado indiferenciado.

Ambas pacientes recibieron manejo quirúrgico.

Conclusiones: El sarcoma asociado a la radioterapia es una neoplasia poco frecuente y muy agresiva, con pobre pronóstico, que requiere manejo quirúrgico en la mayoría de los casos. La quimioterapia en este contexto tiene una respuesta de corta duración. A medida que más mujeres con cáncer de mama sobreviven, se pueden evaluar las consecuencias a largo plazo de su tratamiento.

TÓRAX

04 - ID2

Reporte De Caso: Tumor Fibroso Solitario De Pleura Gigante En Paciente Joven Y Su Manejo Quirúrgico

Beltrán-García Tatiana Carolina, Vargas-Parada Isabella, Amaya-Dueñas Camilo Andrés, López-Ordóñez Mario Andrés
Universidad Del Rosario
tatianab84@yahoo.com

Introducción: El tumor fibroso solitario de pleura (TFSP) es una patología poco frecuente, corresponde a menos del 5% de los tumores primarios de pleura (1,2), siendo aún más raros los tumores mayores de 15 cm y aquellos en pacientes menores de 35 años, ya que el pico de incidencia esta entre los 60 a 70 años (2,3) y un solo caso reportado en Colombia (4).

Objetivos:

Materiales: Reporte de Caso

Resultados: Paciente femenina de 33 años, sin exposición a asbesto o cigarrillo. Consultó por cuadro de disnea de moderados esfuerzos y dolor dorsal derecho. La tomografía axial computarizada (TAC) contrastada de tórax evidenció una gran masa sólida

de contornos lobulados que comprometía el 70% del hemitórax derecho de origen extrapulmonar y que comprimía la aurícula derecha, inmunohistoquímica de la biopsia percutánea clasifico la lesión como tumor fibroso solitario. Fue llevada a toracotomía posterolateral derecha extendida, encontrando un tumor dependiente de la pleura parietal derecha resecado en su totalidad. Histopatología e inmunohistoquímica del producto de resección quirúrgica, compatibles con tumor fibroso solitario de pleura, tamaño 30x23x16cm sin características de malignidad. La evolución postoperatoria fue satisfactoria, logrando un egreso hospitalario temprano.

Conclusiones: En una paciente joven, el TFSP gigante es inusual, posterior a su diagnóstico y a pesar de tener algunas características que sugerían malignidad; tamaño y origen en la pleura parietal, la resección quirúrgica fue el tratamiento indicado para este tumor, con posterior confirmación histopatológica compatible con tumor benigno.

04 - ID36

Tumor fibroso solitario de pleura gigante en paciente joven y su manejo quirúrgico. Reporte de caso

Tatiana Carolina Beltrán García, Isabella Vargas Parada, Camilo Andrés Amaya Dueñas, Mario Andrés López Ordóñez
Universidad del Rosario
tatianab84@yahoo.com

Introducción: El tumor fibroso solitario de pleura (TFSP) es una patología poco frecuente, que corresponde a menos del 5 % de los tumores primarios de pleura, siendo aún más raros los tumores mayores de 15 cm y aquellos en pacientes menores de 35 años, ya que el pico de incidencia esta entre los 60 a 70 años de edad. Encontramos un solo caso reportado en Colombia.

Objetivos: Presentación de caso

Materiales: Paciente femenina de 33 años de edad, sin exposición a asbesto o cigarrillo, quien consultó por cuadro de disnea de moderados esfuerzos y dolor dorsal derecho. La tomografía computadorizada (TC) contrastada de tórax evidenció una gran masa sólida de contornos lobulados, que comprometía el

70 % del hemitórax derecho, de origen extrapulmonar y que comprimía la aurícula derecha. La inmunohistoquímica de la biopsia percutánea clasificó la lesión como tumor fibroso solitario.

Resultados: Fue llevada a toracotomía posterolateral derecha extendida, encontrando un tumor dependiente de la pleura parietal derecha, resecao en su totalidad. Histopatología e inmunohistoquímica del producto de resección quirúrgica, compatibles con tumor fibroso solitario de pleura, tamaño 30x23x16cm, sin características de malignidad. La evolución postoperatoria fue satisfactoria, logrando un egreso hospitalario temprano.

Conclusiones: En una paciente joven, el TFSP gigante es inusual, tamaño y origen en la pleura parietal. Posterior a su diagnóstico y a pesar de tener algunas características que sugerían malignidad, la resección quirúrgica fue el tratamiento indicado para este tumor, con posterior confirmación histopatológica compatible con tumor benigno.

04 - ID243

Hidrotórax a tensión: descompresión de emergencia de una causa pleural de taponamiento cardíaco

E.E. Vinck, J.C. Garzón, T. Peterson, R. Villarreal, L. Cabrera
Universidad El Bosque
alejandravalenzuela767@gmail.com

Introducción: El hidrotórax a tensión se conoce como un derrame pleural masivo que presenta anomalías hemodinámicas secundarias a la compresión mediastinal, aumentando la presión intratorácica al punto de comprometer el llenado diastólico y el gasto cardíaco, simulando un taponamiento cardíaco. Es una emergencia médica poco común, sin embargo fatal, ya que si no se trata a tiempo puede progresar a un paro cardíaco.

Objetivos: La detección temprana y la intervención rápida de estos pacientes previenen el colapso cardiorrespiratorio.

Materiales: Se presentaron dos casos de pacientes con hidrotórax a tensión, de origen neoplásico, descomprimidos con toracocentesis guiada por ultraso-

nido y toracostomía.

Resultados: La descompresión a través de toracocentesis o por toracostomía mostró buenos resultados para la resolución del hidrotórax a tensión.

Conclusiones: Aunque las intervenciones para la descompresión salvan vidas y parezcan simples, el entrenamiento inadecuado es un factor de riesgo independiente para la sonda torácica y la toracocentesis. La realización de cursos y el entrenamiento mediante simuladores pueden ayudar a los médicos a minimizar el hidrotórax a tensión.

04 - ID628

Técnica quirúrgica mínimamente invasiva en *pectus carinatum*

Natalia Rodriguez Rosales, Mario Andres Lopez, Juan Sebastian Parra Puentes, Javier Andres Morales Morales
Hospital Universitario Clinica San Rafael
natalia408@gmail.com

Introducción: El pectus excavatum y carinatum son alteraciones de la pared torácica comunes; la incidencia es de aproximadamente 0.12 %, más común el excavatum que el carinatum, con una relación 4:1 entre hombres y mujeres. No se conoce su etiología exacta, posiblemente es secundario a alteraciones del tejido conectivo, que se hacen más evidentes en la adolescencia. **Objetivos:** Describir el procedimiento quirúrgico para la corrección de pectus carinatum de una forma mínimamente invasiva, con buen resultado estético y quirúrgico.

Materiales: Serie de casos relacionados con la técnica mínimamente invasiva para corrección de pectus carinatum en Hospital Universitario Clínica San Rafael.

Resultados: Bajo anestesia general, previa marcación de los reparos anatómicos de zonas prominentes, se realizó incisión transversal, disección por planos hasta encontrar cartilago costal, levantamiento de pericondrio hasta exposición total de costilla cartilaginosa, la cual se retiró. Se repitió el mismo procedimiento en todas los segmentos y se hizo toracoplastia con perforación en segmento costal lateral y hacia medial a esternón, el cual se fijó con torni-

llos. En controles posoperatorios se encontraron con adecuada evolución clínica, con simetría de reja costal y gran resultado estético.

Conclusiones: La corrección de pectus carinatum de forma mínimamente invasiva es una técnica con gran beneficio estético para la deformidad presentada. Hay pocos reportes en la literatura, en los que se encontraron menos días de hospitalización, adecuado control del dolor y pocas complicaciones posquirúrgicas.

04 - ID634

Diagnóstico y abordaje del quiste broncogénico en el adulto.

Monica Gomez Gonzalez, Julio Cesar Granda, Mario Andres Lopez, Catalina Mejia, Estefania Noy
Hospital Universitario Mayor, Méderi, Universidad del Rosario
mocara3@hotmail.com

Introducción: Las malformaciones quísticas congénitas del mediastino son infrecuentes y abarcan aproximadamente del 12 al 18 % de los tumores mediastinales. Entre estos, los quistes broncogénicos suelen ser solitarios y uniloculados. Igualmente pueden ser asintomáticos y por lo general se encuentran de forma incidental durante el abordaje de otras condiciones; pero si presentan gran tamaño, podrían causar síntomas compresivos, o si se asocian a infección, pueden manifestarse como neumonías a repetición, hemorragias o enfisema lobar.

Objetivos: Presentar el caso de un paciente masculino de 23 años con hallazgo incidental de quiste broncogénico derecho, su abordaje por VATS y manejo. Revisión de la literatura existente.

Materiales: Se llevó al paciente a toracoscopia videoasistida derecha, con resección del quiste broncogénico derecho.

Resultados: Se dejó tubo de toracostomía, con buena evolución postoperatoria. Egresó al segundo día posoperatorio, sin complicaciones y con seguimiento a seis meses sin recidiva.

Conclusiones: Los quistes broncogénicos representan un desafío debido a su presentación, principalmente asintomática, los múltiples diagnósticos

diferenciales (quiste pericárdico, higroma quístico, linfangioma, quiste de duplicación esofágica, entre otros) y también, el riesgo existente de malignización. De allí la importancia en el correcto abordaje y manejo del mismo.

04 - ID645

Manejo quirúrgico en condrosarcoma de esternón. Reporte de un caso.

Natalia Rodriguez Rosales, Mario Andres López, Juan Sebastian Parra Puentes, Javier Andres Morales Morales
Hospital Universitario Clínica San Rafael
natalia408@gmail.com

Introducción: El condrosarcoma del esternón es una condición rara (menos del 1 %) y en ocasiones intratable, por comprometer tejido óseo y blando, volviéndose un reto quirúrgico al requerir una resección amplia y adecuada para evitar recurrencia.

Objetivos: Dar a conocer la técnica utilizada para resección de condrosarcoma en esternón en Hospital Universitario Clínica San Rafael.

Materiales: Se trató de paciente femenina de 54 años de edad, con presencia de lesión en tercio medio de esternón, de dos meses de evolución, con imágenes y biopsia compatibles con condrosarcoma tipo III.

Resultados: Se resecó la lesión en bloque circunferencial con 2 centímetros de margen, comprometiendo piel, tejido celular subcutáneo, fibras de pectoral mayor, esternón y reja costal en 4 segmentos costales; se hizo fijación con placas de titanio entre segmentos costales y posteriormente rotación y avance de colgajos de pectoral por parte de cirugía plástica; procedimiento sin complicaciones. Se obtuvo reporte de patología con pieza de 219 gr, de 11.2x7x6cm con lesión de 6x5cm a 3 cm de bordes laterales y con borde profundo a 1cm, compatible con condrosarcoma grado III.

Conclusiones: Aunque el condrosarcoma es un tumor raro, debe tener un manejo adecuado para evitar su recidiva, además de requerir de reconstrucción de caja torácica dada la gran resección, para evitar que sea inestable.

04 - ID651**Mucormicosis pulmonar: diagnóstico temprano y una propuesta de manejo agresivo.**

Monica Gomez Gonzalez, Mario Andres Lopez, Julio Cesar Granada

Hospital Universitario Mayor, Méderi, Universidad del Rosario
mocara3@hotmail.com

Introducción: La mucormicosis pulmonar es una infección fúngica, de presentación poco frecuente y rápidamente progresiva, que generalmente afecta pacientes inmunocomprometidos por neoplasias malignas hematológicas, con una alta tasa de morbilidad y mortalidad, que puede alcanzar hasta un 76 %. El diagnóstico clínico temprano puede verse retrasado en el contexto de infecciones concomitantes, como neumonías, sin embargo, es fundamental para poder instaurar un tratamiento agresivo temprano, el cual consta de manejo antifúngico y en ocasiones se hace necesario las intervenciones quirúrgicas.

Objetivos: Presentar el caso de un paciente con diagnóstico de Leucemia Linfocítica Aguda (LLA) en quien se documentó mucormicosis pulmonar rápidamente progresiva, llevado a neumonectomía derecha para el manejo de la misma. Revisión de la literatura.

Materiales: Se presenta el caso de paciente masculino de 52 años de edad, con antecedente de LLA en quien se documentó mucormicosis pulmonar, su abordaje y manejo.

Resultados: Se llevó al paciente a Neumonectomía derecha, procedimiento que se realizó sin complicaciones, con evolución postoperatoria en UCI favorable, en plan de extubación temprana, la cual se logró al segundo día postoperatorio. Fue trasladado a piso al quinto día postoperatorio, con evolución hacia la mejoría, por lo que se completa esquema antifúngico, permitiendo iniciar quinto ciclo de quimioterapia sin complicación.

Conclusiones: La mucormicosis pulmonar es una enfermedad que afecta a pacientes inmunocomprometidos por neoplasias malignas hematológicas, que supone un gran desafío debido a su rápida progresión y alta tasa de mortalidad, haciendo ne-

cesario un diagnóstico temprano y un tratamiento agresivo, que puede incluir manejos quirúrgicos con resecciones amplias.

PARED ABDOMINAL**04 - ID1****Neumoperitoneo preoperatorio progresivo en reconstrucción de eventraciones y hernias inguinoescrotales con pérdida de dominio en Bogotá**

Beltrán-García Tatiana Carolina, Quintero Marco Tulio, Sánchez Gonzalo, Navarro Alean Jorge Alberto

Universidad del Rosario
tatianab84@yahoo.com

Introducción: El neumoperitoneo preoperatorio (NPP) es una técnica segura para el manejo de las hernias incisionales complejas y con pérdida de dominio asociada. En Colombia no hay datos actuales sobre las técnicas de colocación del catéter peritoneal y eficacia del NPP, tasa de éxito quirúrgica, frecuencia de complicaciones y recurrencia de las mismas.

Objetivos: Medir la eficacia del NPP de los pacientes llevados a manejo quirúrgico por hernias incisionales gigantes o hernias inguinoescrotales con pérdida de dominio en Bogotá.

Materiales: Cohorte retrospectiva

Resultados: Cohorte compuesta por 17 pacientes, 70% hombres (promedio de 59 años), predominando las eventraciones en línea media. La colocación del catéter peritoneal en el 95% de los casos, fue mediante técnica percutánea guiada por tomografía. El control imagenológico evidenció una diferencia significativa entre el promedio del volumen de la cavidad abdominal inicial (7649,85cc) y posterior al NPP (10155,93cc) con una $p < 0.000$, representando una ganancia de 2506cc (IC 95%: 1657,8cc - 3354,2cc) y un aumento del 32,7% respecto al volumen promedio inicial. La rotación de componentes anteriores con malla sándwich fue la técnica quirúrgica más realizada (n:15) y en el 58,8% de los pacientes se presentaron complicaciones postoperatorias. No se documentó recidiva clínica de la hernia incisional en el seguimiento postoperatorio.

Conclusiones: Actualmente, el NPP es una técnica complementaria eficaz para el manejo quirúrgico de las eventraciones complejas con pérdida clínica y radiológica de dominio, impactando así en la calidad de vida del paciente al lograr el cierre definitivo de la pared abdominal.

04 - ID52

Manejo de eventración con pérdida de domicilio. apropiado de un caso

herney solarte pineda, Giovanny Vergara Osorio, Dayana Sofía Rengifo, Nicolás Torres, Diana Angélica Morales Gutiérrez, miguel camargo

Universidad De Caldas
herney.solarte@hotmail.com

Introducción: El éxito de la reconstrucción de la pared disminuye con aumentar el tamaño de la hernia. Se resumen caso de paciente llevado eventrorrafi gigante con pérdida de domicilio abdominal.

Objetivos: Mostrar a la comunidad quirúrgica nuevas herramientas prequirúrgicas y técnica quirúrgica para el tratamiento de eventraciones complejas y catastróficas.

Materiales: Datos retrospectivos de historia clínica, se define hernia ventral gigante con pérdida de domicilio abdominal las mayores de 300 cm² (cuantificado por tomografía axial computarizada). Recibió manejo prequirúrgicos con aplicación de toxina botulínica en músculos de pared abdominal y neumoperitoneo progresivo. Técnica quirúrgica de Carbonell Bonafe y colocación de doble malla.

Resultados: Intraoperatorio paciente cursa con signos de bacteriemia, se difiere colocación de mallas por tiempo operatorio prolongado (7 horas), se deja sistema de presión negativa sobre saco herniario, segundo tiempo quirúrgico colocación de malla técnica sublay – onlay, continua terapia con presión negativa,. Lavados seriados y cierre de pared abdominal progresivo, se maneja con sistema de presión negativo. Se tomaron medidas de presión intrabdominal no presento hipertensión intrabdominal. Paciente con defecto pequeño de la pared se cierra por segunda intención. Egresa paciente

Conclusiones: La aplicación de toxina botulínica (protocolo Ibarra – Hurtado) logró la parálisis de músculos anterolaterales del abdomen y neumoperitoneo progresivo mejora el continente abdominal , con ello, el cierre con menor tensión durante la reconstrucción quirúrgica de la hernia ventral. La técnica de separación de componente abdominal y la colocación de doble malla es un recurso excelente para el tratamiento de las grandes eventraciones.

04 - ID211

Características sociodemográficas, clínicas y quirúrgicas de la población con hernias incisionales laterales entre los años 2015 – 2018

Camilo Ramírez Giraldo, Carlos Eduardo Rey Chaves, Jose Gabriel Rodriguez Narvaez, Andrés Isaza Restrepo, Viviana Orozco Martin

Universidad del Rosario - Méderi
ramirezgiraldocamilo@gmail.com

Introducción: La incidencia de las hernias incisionales laterales es del 17 %, principalmente posterior a nefrectomías y reparaciones de aneurismas abdominales, así como a apendicectomías y cierre de estomas, entre otros.

Objetivos: Describir las características sociodemográficas, clínicas, imaginológicas, quirúrgicas y sus resultados, de la población con hernias incisionales laterales llevados a cirugía para su corrección.

Materiales: Estudio de tipo observacional, transversal y retrospectivo de la serie de casos de pacientes con hernias incisionales laterales corregidas.

Resultados: Entre los años 2015 y 2018 se repararon las hernias laterales en 27 pacientes, con una mediana de edad de 70 años (RI: 34–80) e IMC de 25,4 kg/m² (RI: 22-36). Se realizó un seguimiento con una mediana de 14 meses (RI: 3–27). El defecto fue W1 en 5 pacientes (18.5 %), W2 en 14 (51.9 %) y W3 en 8 (29.6 %). La mayoría de las hernias se localizaron en el flanco (L2) (63 %) y en su mayoría se debieron a apendicectomías (29.6 %), seguidas de cierres de estomas (22.2 %). La técnica quirúrgica más comúnmente empleada fue una malla onlay (40,7 %), retromuscular (18.5 %) y preperitoneal (18.5 %), con un

uso de mallas de polipropileno predominante (77,8 %). Durante el seguimiento hubo 3 recidivas, encontrándose sobrepeso en todos los casos; en uno no se colocó malla y en otro había tabaquismo activo.

Conclusiones: El manejo quirúrgico es un reto debido a las prominencias óseas y a las estructuras neurovasculares en esta región. En este estudio se observan diferentes técnicas quirúrgicas que se realizan de acuerdo a la experiencia del cirujano. Es importante realizar estudios ulteriores con el fin de determinar un procedimiento estándar con los mejores resultados posibles.

04 - ID374

Leiomioma del canal inguinal. Reporte de caso

Luis Gabriel Gonzalez Higuera, Diego Fernando Quintero Lardino, Giovanni Bonilla Ardila, Juliana Rendon Hernandez, Julio Manuel Montoya Barrera

Hospital Central de la Policía - Universidad Nacional de Colombia
df.quinte@hotmail.com

Introducción: Los leiomiomas son tumores de origen mesenquimal de baja prevalencia. Entre ellos, el canal inguinal es una localización infrecuente. Su diagnóstico es fundamental para establecer el tratamiento y prevenir la recurrencia.

Objetivos: Reportar el caso clínico de un paciente con leiomioma del canal inguinal.

Materiales: Reporte de caso clínico.

Resultados: Paciente masculino de 47 años de edad, con cuadro clínico de dolor en región inguinal izquierda irradiado; al examen físico, hallazgos compatibles con hernia inguinal encarcelada, por lo que se llevó a cirugía, donde se observó un quiste del cordón espermático, cuya patología reportó quiste seroso simple. Persistió con dolor por lo que se hizo una ecografía que mostró un granuloma; se hizo reintervención con hallazgo de nódulo fibroso en el canal inguinal, cuya patología reportó Fascitis/miositis proliferativa. La RNM mostró engrosamiento de tejidos blandos profundos del canal inguinal y se llevó nuevamente a cirugía, con hallazgo de lesión en canal inguinal comprometiendo la adventi-

cia de los vasos ilíacos externos; se resecó la masa más orquiectomía y biopsia de la lesión sobre los vasos; la patología reportó Leiomioma con borde de sección proximal positivo y tejido perivascular comprometido por tumor. Finalmente se hizo reintervención con resección en bloque con segmentos de arteria y vena ilíaca externas, que se reconstruyeron con safena; la patología informó Leiomioma con bordes libres de tumor. Oncología clínica indicó radioterapia y posteriormente quimioterapia adyuvante. En seguimiento clínico, sin evidencia de recaída tumoral.

Conclusiones: Los leiomiomas del canal inguinal son de muy baja prevalencia; la información disponible en la literatura médica corresponde a reportes de casos. El diagnóstico preoperatorio es difícil, pueden confundirse con una hernia inguinal encarcelada; el estudio histopatológico con inmunohistoquímica es la base del diagnóstico. El tratamiento consiste en la resección oncológica y radioterapia.

04 - ID639

Hernia obturatriz con obstrucción intestinal secundaria, manejada con prótesis

Martin Felipe Contreras Contreras, Lucas Gomez Ibañez, Darwin Daniel Perez

Hospital Universitario Clinica San Rafael
martincontrerasmd@gmail.com

Introducción: La hernia obturatriz es una causa rara de obstrucción intestinal, con presentación atípica, sin síntomas específicos, de difícil diagnóstico. Se presenta el caso de una paciente con obstrucción intestinal secundaria, con reducción exitosa por vía laparoscópica y reparación con prótesis por vía abierta.

Objetivos: Describir un caso de hernia obturatriz con obstrucción intestinal secundaria, manejada con prótesis.

Materiales: Reporte de caso de paciente mujer de 96 años de edad, con dolor abdominal difuso, distensión abdominal, emesis de aspecto bilioso y signos de tránsito intestinal presentes, quien ingresó al Hospital Universitario clínica San Rafael de Bogotá,

en Diciembre de 2017, deshidratada y con falla renal. Se revisó la historia clínica completa y literatura.

Resultados: Se llevó a laparoscopia diagnóstica, evidenciando hernia obturatriz con contenido de borde antimesentérico de íleon distal, con obstrucción intestinal, sin sufrimiento de asas intestinales, perforaciones, ni líquido libre en cavidad. Se redujo el contenido de la hernia por vía laparoscópica y se reparó el orificio obturador por vía abierta con prótesis de malla de polipropileno. Fue dada de alta al tercer día posoperatorio. Control ambulatorio satisfactorio, asintomática, sin recidivas.

Conclusiones: Las hernias obturatrizes representan del 0.05 a 1 % de las hernias abdominales; principalmente se presentan en mujeres, de edad avanzada, múltiples y con pérdida de peso reciente. Al ingreso esta paciente se presentó con clínica de obstrucción intestinal parcial, sin posibilidad de realización de imágenes contrastadas por la falla renal. Se liberó la obstrucción intestinal por vía laparoscópica y se hizo reparo de la hernia por vía abierta con prótesis. La paciente evolucionó adecuadamente, sin complicaciones, ni recidivas.

04 - ID679

Reconstrucción de pared abdominal en hernia ventral recurrente utilizando técnica de eventroplastia y colgajo de abdominoplastia

Adriana Patricia Mora Lozada, Lina Andrea Bermeo Rodriguez, Edwin Leonardo Rojas Rojas, Jorge Enrique Zamudio Portilla, Martin Felipe Contreras Contreras
Hospital Universitario Clinica San Rafael
martincontrerasmd@gmail.com

Introducción: El manejo de los defectos de la pared abdominal es un reto complejo, buscando mejorar la estructura de la pared abdominal y obtener un buen resultado estético. Se presenta un caso con un adecuado resultado funcional y estético, generando cambios integrales en la calidad de vida del paciente.

Objetivos: Describir un caso de reconstrucción de pared abdominal utilizando técnica de eventroplastia y colgajo de abdominoplastia.

Materiales: Reporte de caso de paciente mujer de 79 años de edad con antecedente de cirugía ginecológica, con hernia ventral posterior a evisceración con infección de malla y cierre por segunda intención. Hacía 9 años refería masa en región supra púbrica que limitaba su movilización por dolor. La tomografía computadorizada mostró eventración supra e infraumbilical y desacople de malla conteniendo asas intestinales. Ingresó al HUCSR en 2018 para reconstrucción de pared abdominal por cirugía general y cirugía plástica.

Resultados: Se realizó reconstrucción de pared abdominal, inicialmente liberación de adherencias, cierre de defectos, colocación de malla onlay sobre aponeurosis sana y colgajos para completar abdominoplastia. Evolución adecuada, sin recidiva.

Conclusiones: Los defectos de la pared abdominal constituyen retos en la práctica del cirujano, además se convierten en un problema para el estilo de vida de los pacientes. Existen técnicas de reparación, sin embargo, no hay consensos en cuanto al manejo con abdominoplastia. Se presenta un caso, con impacto en la estabilidad de la pared abdominal y calidad de vida del paciente. Se podría tener en cuenta la abdominoplastia en reconstrucciones de pared abdominal, como parte del manejo integral.

ENDOSCOPIA QUIRÚRGICA

04 - ID398

Aplicación de stent biliar metálico autoexpandible parcialmente cubierto a través de trayecto fistuloso de derivación transparietohepática para el manejo de estenosis biliar por cáncer gástrico avanzado

Erika Tatiana Jaramillo Rojas, Lazaro Arango Molano, Jonathan Caceres Prada, Margarita Maria Arango Pinilla, Cristian Fabian Caceres Prada
Universidad de Caldas
erikajaramillo450@gmail.com

Introducción: La derivación transparietohepática y la aplicación de stent autoexpandibles son algunas de las técnicas mínimamente invasivas para el control de la ictericia obstructiva de origen neoplásico.

Objetivos: Demostrar la utilidad de stent autoexpandible percutáneo.

Materiales: Paciente de 63 años de edad con Karnofsky de 80 %, diagnosticada con cáncer gástrico avanzado, ictericia y patrón biliar obstructivo. En endoscopia digestiva y tomografía axial computarizada se documentó neoplasia gástrica avanzada con compromiso de la confluencia de la vía biliar por una lesión estenosante tipo Bismuth II.

Resultados: Presentó 3 episodios de colangitis, con requerimiento de UCI, y no fue posible canulación de la vía biliar por vía transpapilar debido a papila intradiverticular. La derivación transparieto-hepática fue mal tolerada por la paciente, con dolor y con oclusión en 3 ocasiones durante el último mes, requiriendo hospitalización, motivo por el cual se realizó canulación de la vía biliar con el coledoscopia por la fistula de la derivación, y a través de guía hidrofílica se accedió de manera retrograda al colédoco; a nivel de la obstrucción en la bifurcación se dilató con balón hasta 10 mm, con sangrado mínimo y se instaló un stent metálico autoexpandible, de 10 mm x 10 cc, parcialmente cubierta, teniendo bajo guía fluoroscópica un óptimo paso de medio de contraste y respetando la emergencia del conducto hepático izquierdo. No tuvo complicaciones posoperatorias y presentó mejoría sintomática y paraclínica.

Conclusiones: El stent metálico autoexpandible por vía percutánea es una técnica segura e indicada en pacientes con obstrucción maligna.

CIRUGÍA GASTROINTESTINAL

04 - ID5

Manejo de la apendicitis aguda durante la gestación

José Tinoco González, Luis Tallón Aguilar, Alejandro Sánchez Arteaga, Virginia Durán Muñoz-Cruzado, Irene Ramallo Solís, Violeta Camacho Marente, María Jesús Tamayo Lopez, Felipe Pareja Ciuró, Javier Padillo Ruíz

Hhuu Virgen Del Rocío
tinoko243@hotmail.com

Introducción: Los cambios fisiológicos durante el embarazo dificultan el diagnóstico de la apendicitis

aguda, siendo el índice de perforación del 25 – 40 %. Existen además interrogantes sobre la seguridad del abordaje laparoscópico, tanto para la madre como para el feto.

Objetivos: Evaluar la presentación clínica en las embarazadas con apendicitis aguda y relacionarla con las posibles complicaciones.

Materiales: Estudio analítico, longitudinal y ambispectivo, en pacientes en edad fértil con apendicitis aguda desde enero de 2000 hasta marzo de 2017. Se recogen 2 grupos: gestante (G) y mujer fértil no gestante (NG). Se registró: edad, escala de Alvarado, leucocitosis, tipo de anestesia, abordaje, malformaciones fetales, trabajo de parto, parto pretérmino, aborto y trimestre del embarazo.

Resultados: La edad media de las mujeres fue de $28,79 \pm 6,52$ años, G: $29,67 \pm 5,81$ y NG: $28,35 \pm 6,83$ ($p=0,242$). La puntuación de la escala de Alvarado fue de $7,09 \pm 1,62$, G: $6,65 \pm 1,67$ y en NG: $7,31 \pm 1,55$ ($p=0,016$). La estancia fue de $2,84 \pm 3,29$ días, G: $5,10 \pm 4,80$ y NG: $1,72 \pm 1,03$ ($p < 0,001$). El 35,3 % de las G se intervinieron vía laparoscópica, mientras que en las NG fue del 80,5 % ($p < 0,0001$). El cuadro de apendicitis fue más grave en gestantes ($p=0,006$). En las gestantes, la laparoscopia provocó trabajo de parto en el 13,3 %, mientras que la laparotomía 42,2 % ($p=0,004$).

Conclusiones: La presentación clínica de la apendicitis en la embarazada es menos manifiesta y más evolucionada. El empleo de la laparoscopia disminuye la aparición de trabajo de parto.

04 - ID48

Causas inusuales de obstrucción intestinal

Andrés Ricardo Falla Quiñonez, Gustavo Adolfo Aguirre Bermudez

Hospital Militar Central
gustavoaguiber@ME.com

Introducción: La oclusión intestinal es un motivo frecuente de consulta en el departamento de emergencia y requiere decisiones oportunas. Tiene una etiología multifactorial.

Objetivos: Identificar las causas inusuales de la obstrucción intestinal, determinar la incidencia en

nuestra institución y proponer un enfoque diagnóstico y terapéutico.

Materiales: Análisis retrospectivo de pacientes con diagnóstico tomográfico de obstrucción intestinal, entre enero de 2017 y diciembre de 2017. Se excluyeron los pacientes con historia quirúrgica abdominal, hernias de la pared abdominal, antecedentes de radioterapia y hallazgos de neoplasias.

Resultados: Se identificaron 157 pacientes de los cuales 62 pacientes requirieron manejo quirúrgico, identificando en 21 % causas inusuales como hernia ligamento triangular, falciforme, matriz hemostática. El 85 % recibieron manejo laparoscópico.

Conclusiones: Las hernias internas causan un pequeño porcentaje de obstrucción intestinal y la condición involucra hernia de una víscera a través de una abertura normal o anormal dentro de la cavidad peritoneal. Las hernias paraduodenales representan más del 50 % de los casos. Otras localizaciones menos comunes incluyen transmesentérico, transitorio, foramen de Winslow y paracecal. Las hernias del ligamento falciforme y triangular son una causa rara de obstrucción. La tomografía es el método de diagnóstico de elección preoperatoria y su única opción de manejo implica cirugía; solo la cirugía puede confirmar el diagnóstico y ofrecer un tratamiento adecuado. El abordaje mínimamente invasivo es una alternativa segura para el manejo de estos pacientes.

04 - ID106

Resección trans gástrica asistida por robot

raul pinilla, ricardo oliveros, gustavo aguirre, jaimé montoya
Instituto Nacional De Cancerología
gustavoaguiber@me.com

<https://youtu.be/QWmDoUIRB3c>

Introducción: La resección laparoscópica de GIST ha demostrado ser factible, como se documenta en varios estudios en la literatura. Se introdujo la cirugía asistida por robot, como una plataforma avanzada diseñada para superar los límites técnicos de la laparoscopia convencional. El papel de un enfoque robótico en la cirugía de GIST no ha sido bien definido, de hecho, hay muy pocos estudios reportados

en la literatura que definan su valor. El objetivo de este estudio es presentar los resultados perioperatorios y a corto plazo después de la resección asistida por robot de GIST. Presentamos nuestra experiencia en un solo centro y, además, llevamos a cabo una revisión de la literatura.

Objetivos: exponer las consideraciones técnicas en la resección de GIST trans gástrica

Materiales: video caso de resección de GIST

Resultados:

Conclusiones: Al realizar la revisión de la literatura muestra que la asistencia robotica para los tumores GIST tiene un resultado perioperatorio favorable con resultados alentadores y no compromete la seguridad oncológica de los pacientes. Sin embargo, son necesarios más estudios para aclarar el papel efectivo de las diferentes estrategias quirúrgicas en el tratamiento de los GIST gastro-duodenales.

04 - ID226

Recurrencia de anemia hemolítica postesplenectomía. Pancreatectomía distal por laparoscopia para manejo de bazo accesorio: reporte de caso

María Adriana Serrano Gamboa, Pedro Antonio Martín Mojica, Pedro Alexander Guerrero Serrano, Jaime Fernando Barajas
Universidad Industrial de Santander
adrianasg4.11@gmail.com

Introducción: El bazo accesorio es una masa lobulada de tejido esplénico en una localización inusual, la cual es poco frecuente y asintomática. Excluyendo el trauma, los desórdenes hematológicos son la indicación más común de esplenectomía. La tasa de fracaso de la esplenectomía es alrededor de 8 %; en tales casos, debe buscarse la presencia de un bazo accesorio.

Objetivos: Describir el abordaje diagnóstico y terapéutico del bazo accesorio de localización intrapancreática.

Materiales: Paciente femenina con anemia hemolítica desde la infancia, por refractariedad al manejo médico se realizó esplenectomía a los 16 años, posteriormente presenta recurrencia de síntomas hemolíticos e ictericia, con documentación una masa

en cola de páncreas; fue llevada a laparoscopia con hallazgo intraoperatorio de bazo accesorio por lo que realizó pancreatectomía distal con mejoría de cuadro clínico.

Resultados: La identificación del bazo accesorio plantea un reto diagnóstico; la mayoría de los casos de ubicación pancreática. Es necesaria la realización de procedimientos invasivos; estudios describen porcentajes equivalentes de bazos accesorios hallados por vía abierta versus laparoscópica. La laparoscopia es una técnica mínimamente invasiva que ha demostrado reducción de complicaciones y permite una recuperación temprana del paciente. Se opta por la realización de una pancreatectomía distal en los casos donde el bazo ectópico se localiza a nivel intrapancreático, como el caso presentado.

Conclusiones: El tejido esplénico ectópico es poco frecuente y generalmente permanece asintomático. En pacientes con trastornos hematológicos recurrentes posterior a esplenectomía se hace necesario descartar un bazo accesorio, siendo la laparoscopia un procedimiento diagnóstico y terapéutico efectivo.

04 - ID345

Manejo quirúrgico de divertículos en intestino delgado: a propósito de un caso.

Jerónimo Toro Calle, Javier Serrano De Castro
Clinica CES - Universidad CES
jerotoro1@hotmail.com

Introducción: La enfermedad diverticular del intestino delgado es una entidad poco frecuente. La presentación más común de esta patología son los divertículos de Meckel y los duodenales. El compromiso yeyunal solo se evidencia en 1 % de la población. La mayoría son asintomáticos, sin embargo, puede presentar complicaciones como diverticulitis, sangrado y perforación. El manejo depende de la presentación clínica.

Objetivos: Realizar revisión de la literatura y presentar el caso de un paciente masculino de 63 años con divertículos yeyunales complicados con sangrado anemizante, que requirió manejo quirúrgico por la severidad del cuadro y la imposibilidad de manejo endoscópico.

Materiales: Se obtiene la información de la historia clínica, estudios imagiológicas y endoscópicos.

Resultados: Luego de múltiples ayudas diagnósticas, manejo con hemoderivados y procedimientos endoscópicos, sólo se logró el control de la hemorragia digestiva con la resección extensa del yeyuno comprometido por la enfermedad diverticular. **Conclusiones:** La enfermedad diverticular del intestino delgado es una entidad rara y más aún en localización yeyunal. La mayoría de los pacientes cursan asintomáticos y no requieren manejo, sin embargo, cuando se presentan con complicaciones, el manejo suele ser quirúrgico y pueden requerir resecciones intestinales extensas con riesgo de síndrome de intestino corto, entre otras complicaciones.

04 - ID348

Prevalencia de sobreexpresión de receptor HER2 en pacientes con cáncer gástrico en la Clínica Universitaria Colombia

Jorge Isaac Vargas Rodríguez, Liliana María Suárez Olarte, Raúl Enrique Guevara Castro, Laura Tinoco Guzmán
Clinica Universitaria Colombia
lautinocog@gmail.com

Introducción: Dado los avances en el campo molecular, múltiples objetivos terapéuticos se plantean en búsqueda de mejorar la sobrevida de los pacientes con patologías oncológicas, siendo uno de ellos la medición de sobreexpresión del receptor HER2 en cáncer gástrico.

Objetivos: Estimar la prevalencia de sobreexpresión del receptor del HER2 medido mediante inmunohistoquímica en una muestra de pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer gástrico o de unión gastroesofágica, en cualquier estadio clínico, en la Clínica Universitaria Colombia.

Materiales: Estudio de carácter descriptivo, observacional, de corte transversal. Se revisó la base de datos que incluyó pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma gástrico y de la unión gastroesofágica, y dentro de estos, los casos HER2 positivo. Se registraron datos demográficos, localización del tumor, estadio de enfermedad, procedimiento quirúrgico, radioterapia, adyuvancia y/o neoadyuvancia,

así como también mortalidad a 30 días y recidiva a 6 meses.

Resultados: Con los datos obtenidos de pacientes HER2 positivo, se identificó que aunque la frecuencia de sobreexpresión de HER2 es baja en pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma gástrico y de la unión gastroesofágica, su positividad se correlaciona con enfermedad avanzada y poca diferenciación del tumor, considerándose como un factor pronóstico negativo.

Conclusiones: La sobreexpresión de HER 2 en pacientes con adenocarcinoma gástrico y de la unión gastroesofágica se considera un factor pronóstico negativo a tener en cuenta en el momento de definir conducta o pronóstico, teniendo en mente que existen agentes terapéuticos destinados al bloqueo selectivo de este receptor.

04 - ID408

Incidencia de hernias internas posteriores a gastrectomía laparoscópica en Clínica Universitaria Colombia

Maria Camila Higuera Clavijo, Liliana Suarez, Raul Guevara, Germán Jiménez, Jorge Vargas
Fundación Universitaria Sanitas
camila_higuer@hotmail.com

Introducción: La gastrectomía laparoscópica ha sido ampliamente adoptada como opción de manejo del cáncer gástrico; no solo por ser menos invasiva sino por su recuperación rápida postoperatoria y resultados oncológicos comparables a la cirugía abierta. El abordaje laparoscópico en ascenso ha también incrementado la frecuencia de hernias internas postoperatorias, cuyos síntomas van desde cólico abdominal intermitente hasta un cuadro de obstrucción intestinal agudo con riesgo potencial de mortalidad. La incidencia reportada de esta patología va desde 0 % hasta 22 %. Varía según su localización, defecto mesentérico de la yeyuno-yeyunostomía, defecto de Petersen y del hiato esofágico; el tipo de anastomosis realizada, antecólica versus retrocólica y el cierre de estos espacios realizado o no de forma rutinaria durante la gastrectomía.

Objetivos: Presentamos una serie de 5 casos de hernias internas posteriores a gastrectomía laparoscópica manejados en la Clínica Colombia, analizando cada caso, la técnica quirúrgica empleada, su diagnóstico, abordaje terapéutico y desenlace.

Materiales: Los casos a abordar son 2 hernias de Petersen y 3 hernias intermesentéricas; las hernias hiatales serán analizadas en otro estudio

Resultados: La incidencia encontrada de hernia interna posterior a gastrectomía laparoscópica en la Clínica Colombia fue de 5 casos en 164 cirugías, que correspondió al 3.0 %, con un caso de mortalidad, equivalente al 0.6 %. La incidencia de la hernia interna posterior a gastrectomía laparoscópica en nuestra institución es comparable con la reportada a nivel internacional.

Conclusiones: Para lograr una reducción de casos en nuestros pacientes se debe estandarizar el cierre del defecto de Petersen y el intermesentérico, que son dos factores que han demostrado disminución en la frecuencia de casos de esta patología.

04 - ID576

Manejo quirúrgico de la ascitis quilosa. Presentación de un caso y revisión de la literatura

Fernando Gutierrez, Juan Jose Santivañez Palomino, Alberto Ricaurte
Universidad Del Rosario - Hospital Universitario Mayor - Mederi
juanjose2424@hotmail.com

Introducción: La ascitis quilosa en una entidad poco frecuente, causada por la disrupción u obstrucción de la circulación linfática, a nivel torácico o abdominal. Las principales causas son las asociadas a neoplasias, malformaciones anatómicas congénitas y el trauma.

Objetivos: Describir la experiencia clínica en el manejo quirúrgico de la ascitis quilosa en el Hospital Universitario Mayor Méderi, así como revisar la literatura en cuanto al estado del arte en el manejo quirúrgico de la misma.

Materiales: Se planteó un estudio descriptivo a partir del cual se reportó la experiencia clínica y el tratamiento quirúrgico instaurado para esta patología.

Resultados: Paciente con cuadro crónico de dolor abdominal, con múltiples estudios de ascitis quílosa durante dos años, sin causa aparente, quien fue llevado a manejo quirúrgico, evidenciando gran masa a nivel del meso del colon ascendente, para lo que se realizó hemicolectomía derecha ampliada. La patología reportó un tumor neuroendocrino bien diferenciado. El paciente presentó mejoría clínica y la ascitis estuvo ausente a la fecha (3 primeros meses de seguimiento).

Conclusiones: La ascitis quílosa se presenta por diferentes causas, con una mortalidad mayor del 20 % (dado el compromiso nutricional). El manejo inicialmente es expectante y de soporte, sin embargo, en caso de identificarse una causa clara, como en este caso, debe ser tratada.

04 - ID606

Tumor del estroma gastrointestinal (GIST) en intestino delgado como causa de anemia crónica

William Hernando Salamanca, David Ricardo Galvis Castillo
Fundación Universitaria Sanitas - Clínica Colombia
davidg8214@gmail.com

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son los tumores mesenquimales más comunes del tracto gastrointestinal. El intestino delgado, con un 30%, es el segundo lugar más frecuente, después del estómago. Con una incidencia anual ajustada de 6.8 por millón, representa 0.1-3 % de todas las neoplasias gastrointestinales. Siendo los tumores de intestino delgado con más potencial maligno que los gástricos. A menudo son asintomáticos hasta que crecen, con presentación clínica variable. El síntoma más frecuente es la hemorragia gastrointestinal (51 %), dolor abdominal, masa palpable, y con poca frecuencia se manifiestan como emergencias abdominales.

Objetivos: Describir un caso de tumor del estroma gastrointestinal en intestino delgado.

Materiales: Analizamos la historia clínica del caso en mención, aportamos estudios diagnósticos, documentación fotográfica y revisión de la literatura. Hacemos una revisión de la literatura de esta entidad, su incidencia, diagnóstico, manejo y desenlace.

Resultados: Describimos el caso clínico de un paciente con larga data de sangrado digestivo ocasional, asociado a anemia, en quien se diagnosticó tumor del estroma gastrointestinal en intestino delgado. Fue llevado a resección quirúrgica de la lesión, con ausencia de enfermedad residual en estudios de seguimiento.

Conclusiones: Los tumores del estroma gastrointestinal pueden ocurrir a lo largo del tracto gastrointestinal, y el intestino delgado es la segunda ubicación más frecuente después del estómago. La resección quirúrgica completa es el único tratamiento curativo potencial.

04 - ID632

Reporte de caso de GIST con una presentación urgente

Juliana Maria Ordoñez, Martin Felipe Contreras Contreras, Mayerlin Serrano Rodriguez, Alvaro Gonzalez Alferez
Hospital Universitario Clínica San Rafael
martincontrerasmd@gmail.com

Introducción: Los GIST son los sarcomas más frecuentes del tracto gastrointestinal; originados en células intersticiales de Cajal, resultan comúnmente de mutación en el gen KIT o PDGFRA. Factores de clasificación y pronóstico dependen del tamaño, índice mitótico, localización, necrosis e histopatología. El mejor tratamiento definido es la resección completa.

Objetivos: Describir un caso de GIST con una presentación urgente.

Materiales: Reporte de caso de un paciente que ingresó al Hospital Universitario Clínica San Rafael de Bogotá; en Diciembre de 2015; se revisó la historia clínica completa y la literatura.

Resultados: Hombre de 50 años de edad, quien ingresó por dolor abdominal, fiebre e ictericia; y al

examen físico se encontró choque, con signos de irritación peritoneal. Se realizó laparotomía, evidenciando tumor exofítico perforado en borde antimesentérico de yeyuno, de 6x5x5 centímetros y peritonitis generalizada. Se resecó el segmento comprometido y se hizo lavado peritoneal; más anastomosis intestinal en un segundo tiempo. La patología reportó: GIST riesgo intermedio, vimentina positivo, DOG-1, C117, CD24. En el control posoperatorio a los 12 meses, sin recidiva imaginológica; actualmente en manejo con imatinib.

Conclusiones: Los GIST surgen en cualquier parte del tracto gastrointestinal, y el 30 % en el intestino delgado. Se presentan en la cuarta a quinta década de la vida, y 95 % son solitarios. Son sintomáticos entre el 5 y 7 %, con ulceración, hemorragia, masa, obstrucción, vólvulo, intususcepción y en menor frecuencia, perforación; como lo reportado. La patología dada por el tamaño e índice mitótico, junto con los hallazgos quirúrgicos de perforación, configura un riesgo intermedio de recidiva o metástasis. Actualmente en seguimiento oncológico, libre de enfermedad a 16 meses del manejo inicial.

BARIÁTRICA

04 - ID130

Hernia ventral en pacientes con obesidad mórbida: una serie de 9 casos

Camilo Diaz Rincon, Andrés Montaña Roza, David Aparicio Martinez

Hospital Universitario De La Samaritana
andrel00115@gmail.com

Introducción: La prevalencia del sobrepeso y la obesidad han aumentado en el mundo y se ha denominado la epidemia del siglo XXI (globesidad). A hoy existe un mayor número de personas con sobrepeso (IMC > 25-30 kg/m²) y personas obesas (IMC > 30 kg/m²) que superan el doble de personas que tienen un peso normal de acuerdo con estadísticas de los Estados Unidos. El Hospital Universitario de la Samaritana inicia el programa de cirugía bariátrica en marzo del año 2000, realizando aproximadamente 400 casos de cirugía bariátrica abierta hasta el año

2005, teniendo una incidencia de complicaciones infecciosas y hernias de pared abdominal del 30-35 %. En el año 2005 migramos a la cirugía bariátrica laparoscópica y se disminuyó la incidencia de hernias ventrales prácticamente a 0 %.

Objetivos: Ante esta situación se presenta un tema de controversia que nos ha motivado a realizar un estudio descriptivo de serie de casos de los dos últimos 2 años.

Materiales: Revisión de la literatura y presentación de una serie de 9 casos.

Resultados: Optando por tener un manejo selectivo, se presentaron 9 casos. Algunas veces se inició el manejo con el reparo de la hernia, en otros casos por la realización de cirugía bariátrica, y en algunos contados casos, se hizo la cirugía bariátrica con reparo simultáneo de la hernia. Adaptamos un algoritmo de manejo propuesto por Eid et al., intentando disminuir el riesgo de nuestros pacientes.

Conclusiones: Debe utilizarse un algoritmo de trabajo y el procedimiento debe ser realizado por cirujanos expertos en reconstrucción de pared abdominal y manejo del paciente obeso, además contar con un equipo multidisciplinario.

04 - ID591

Comportamiento de la pérdida de peso en los paciente intervenidos con cirugía bariátrica en un hospital de tercer nivel. Neiva – Huila (2013 y 2016)

Rolando medina, hector conrado jimenez, leidy cristina sanchez

Universidad Surcolombiana

heconjisan@gmail.com

Introducción: La obesidad se el exceso de tejido adiposo perjudicial para la salud su tratamiento busca asegurar la pérdida de peso. Su alta prevalencia en adolescentes, exige que las intervenciones sean efectivas y seguras. La cirugía bariátrica, actualmente es una estrategia valida y efectiva en pacientes que no responden a los tratamientos convencionales.

Objetivos: Determinar el comportamiento de la pérdida de peso en pacientes intervenidos con CB en

Hospital de III nivel de Neiva entre el año 2013 y 2016

Materiales: Estudio, observacional, corte transversal, retrospectivo, pacientes manejados con CB entre el 2013 y 2016 en un hospital de III nivel.

Resultados: 86 pacientes intervenidos con CB en 3 años, donde el 74,4% recibieron bypass gástrico (BGL) y el 25,6% (22) sleeve gástrico (SGL), el 80,2% eran mujeres 36 años (promedio). Las comorbilidades más frecuentes fueron enfermedad Osteoarticulares (82%) y hipertensión arterial (36%). Se determinó que el grupo con mejor resultado ("óptimo") (%EPP (%exceso de peso perdido) ?50% al año) fue el BG ($p=0.026$). Se determinó que la mayor pérdida de peso se logró en el grupo de pacientes sometidos a BG, con diferencia estadísticamente significativa.

Conclusiones: La CB es una estrategia útil para el manejo de pacientes con obesidad mórbida, sin embargo, sin embargo el BG logró mejores resultados estadísticamente significativos en cuanto al %EPP al año en comparación con el SG, datos que se correlacionan con la tendencia mundial en cuanto a este tipo de intervenciones.

COLON Y RECTO

04 - ID30

Reversión del procedimiento Hartmann: serie de casos con enfoque en la experiencia en cirugía abierta y laparoscópica en el Hospital Militar Central

Lina Fernanda Fory Viveros, Anwar Yair Medellín Abueta, Nairo Senejoa

Universidad Militar Nueva Granada
cuarenta.lina@gmail.com

Introducción: El cierre del procedimiento de Hartmann propone calidad de vida a los pacientes, pero persisten altas tasas de morbimortalidad asociadas. Pocos estudios en Colombia han examinado el papel de la cirugía abierta y laparoscopia en dicho procedimiento.

Objetivos: Describir las características clínicas y quirúrgicas de pacientes llevados a reversión del

procedimiento de Hartmann con cirugía laparoscópica y abierta en el servicio de Coloproctología del Hospital Militar Central de Bogotá entre 2009 y 2017.

Materiales: Estudio retrospectivo descriptivo de serie de casos, que incluyó 36 pacientes donde se describe mortalidad y morbilidad peri y postoperatoria.

Resultados: La mayoría de los pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente por vía laparoscópica (58.3 %); en 8,3 % hubo necesidad de conversión a vía abierta. La indicación de colostomía más frecuente fue de origen no neoplásico (47.2 %). Tiempo quirúrgico fue menor por vía laparoscópica que abierto (mediana 180min vs 240min), siendo estadísticamente significativo ($p=0.05$). Tiempo de inicio de vía oral fue menor por vía laparoscopia (2 vs 3 días).

Conclusiones: No hubo diferencias en las características de pacientes llevados a cirugía por laparoscopia o abierta. Se encontró diferencia a favor de la laparoscopia en el tiempo quirúrgico y el de inicio de tolerancia a vía oral, pero no en morbimortalidad. La reversión del procedimiento de Hartmann por vía laparoscópica puede considerarse como segura, factible y reproducible en manos experimentadas y está asociado con baja morbilidad y retorno rápido de la función intestinal.

04 - ID538

Resultados de la implementación del protocolo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) en cirugía colorrectal: Clínica Reina Sofía.

Diego Rodríguez Prada, Ángela María Navas, Arnold José Barrios, Manuel Riveros, Eduardo Zarate, Fredy Mendivelso, Vivian Pineda

Fundación Universitaria Sanitas
diauro87@hotmail.com

Introducción: Los programas de recuperación mejorada en cirugía (PRM), son una herramienta para protocolizar el manejo de pacientes de cirugía mayor; el protocolo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) es el más difundido de ellos. Presentamos la experiencia con pacientes de cirugía colorrectal en clínica Reina Sofía con la implementación del protocolo ERAS.

Objetivos: Evaluar el impacto de la implementación de las estrategias ERAS en los pacientes de cirugía colorrectal electiva, con inclusión de pacientes en el sistema interactivo de auditoría (EIAS).

Materiales: Un total de 128 pacientes consecutivos de cirugía colorrectal manejados con el protocolo ERAS entre marzo de 2016 y febrero de 2018, incluidos en el EIAS, fueron comparados con datos retrospectivos de 52 pacientes previos a la implementación del protocolo. Los desenlaces primarios fueron adherencia al protocolo y tiempo de estancia hospitalaria, y el secundario, complicaciones postoperatorias.

Resultados: Comparando los periodos pre-ERAS y ERAS, el cumplimiento de las 29 estrategias ERAS, tuvo una tasa global de adherencia que aumentó de 36.7 % a 81 %. El promedio de estancia hospitalaria pasó de 7.6 a 5.1 días y la mediana de 5 a 4 días. Las complicaciones disminuyeron de 48 % a 41 %, el porcentaje de íleo postoperatorio de 17 % a 9 % y tasa de fugas anastomóticas de 12 % a 6 %.

Conclusiones: La mayor adherencia a las estrategias ERAS se asoció a reducción de estancia hospitalaria y complicaciones posoperatorias. Los PRM en cirugía deberían ser considerados estándar de cuidado en pacientes de cirugía mayor.

04 - ID585

Fistulografía por tomografía en el diagnóstico de fistulas perianales complejas

Bernardo Ayala, Enrique Montbrun, Eduardo Luque, Andrea Montbrun, Juan Vailati

Centro Médico De Caracas
emontbrun@gmail.com

Introducción: Las fistulas perianales, sobretodo las complejas, son un problema de salud pública dada su morbilidad. Su tratamiento no está exento de complicaciones, como la recurrencia local y la incontinencia fecal. La Tomografía cumple un papel fundamental en la planificación preoperatoria de estos casos, ya que permite elaborar un mapa de la fistula, señalando el número y la relación de los trayectos con el esfínter anal

Objetivos: Demostrar la utilidad de la fistulografía realizada con Tomografía como herramienta en la evaluación y caracterización de fistulas perianales complejas.

Materiales: Se presenta una serie de tipo prospectiva, descriptiva y observacional de 29 casos de pacientes con fistula perianal compleja para evaluación del trayecto fistuloso en el Centro Médico de Caracas durante el periodo comprendido entre Enero 2015 y Marzo 2018

Resultados: De los 29 casos realizados, se determina el diagnóstico de fistula interesfínteriana y transesfínteriana en el 55% (16) y 40% (12) de los casos respectivamente, así como fistula de trayecto múltiple en el 5% (1), con una correlación del 95% entre hallazgo tomográfico y examen rectal bajo anestesia. Los hallazgos quirúrgicos se correspondieron en 28 de los casos determinados por la TAC. No se presentaron complicaciones durante el estudio y los resultados se presentaron como satisfactorios.

Conclusiones: La fistulografía por tomografía es una herramienta útil en el estudio de fistulas perianales complejas, con efectividad y costos comparables al ultrasonido transrectal y a la resonancia magnética nuclear.

04 - ID688

Cáncer colorrectal: características clínico epidemiológicas en la E.S.E. Hospital Universitario del Caribe. 2017

Leonardo Lora, Juan Carlos Hoyos
Universidad De Cartagena
leo.lora@hotmail.com

Introducción: Nos encontramos actualmente ante una patología que es de alta incidencia a nivel mundial, y que vemos muy frecuentemente en nuestro hospital, sin tener información estadística o epidemiológica de la forma como se presentan los pacientes, sus posibles estadios y el manejo que se les brinda.

Objetivos: Lograr una caracterización desde el ámbito epidemiológico y clínico de los pacientes diagnosticados con cáncer colorrectal en el Hospital

Universitario del Caribe, en el periodo comprendido de enero de 2017 a diciembre de 2017.

Materiales: Se realizó un estudio retrospectivo basado en la revisión de las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal en el año 2017.

Resultados: Se revisaron 109 historias clínicas, de las cuales 65 cumplían con los criterios de inclusión. La edad media de presentación de la enfermedad fue de 60 años. Con respecto al género, el más afectado fue el género masculino (56 %). El tipo de cáncer más común encontrado fue el de recto (37 %), seguido por el compromiso de colon derecho (22,5 %).

Conclusiones: En esta revisión de casos basada en datos de nuestro hospital escuela, encontramos datos similares a los que refleja la literatura mundial, con tasas de incidencia que no varía con respecto a lo que se presenta en el mundo.

HEPATOBIILIAR

04 - ID27

Colecistectomía posterior a colecistostomía: reporte de caso y revisión de la literatura

Luis Felipe Cabrera, Ingrid Rivera, Sebastian Sanchez Ussa, Mauricio Pedraza Ciro

Universidad El Bosque

mpedraza93@gmail.com

Introducción: La colecistostomía es una alternativa terapéutica útil para el manejo de la colecistitis en pacientes con comorbilidades severas. Algunos autores proponen dicha técnica en el manejo agudo de la entidad, con una colecistectomía laparoscópica diferida, argumentando mejores resultados. Es por esa razón que nos permitimos reportar un caso de colecistectomía posterior a colecistostomía y hacemos una revisión de la literatura.

Objetivos: Demostrar el uso de la colecistectomía y la colecistostomía.

Materiales: Se realiza una revisión de la literatura teniendo en cuenta estudios publicados en revistas científicas indexadas en las bases de datos PubMed y ScienceDirect sobre el tema de colecistectomía y

colecistostomía y se comparan los datos obtenidos con nuestra experiencia.

Resultados: Paciente masculino de 75 años de edad, con diagnóstico de colelitiasis más colecistitis aguda grado tres, la cual se manejó con colecistostomía laparoscópica debido a plastrón vesicular con el duodeno y el colon transversal, que imposibilitó la disección segura; se dio manejo antibiótico y egreso programado para una colecistectomía laparoscópica diferida. A las 12 semanas se llevó a cirugía de colecistectomía laparoscópica más liberación de adherencias, que se realizó sin complicaciones y con resultados satisfactorios.

Conclusiones: La colecistectomía posterior a colecistostomía laparoscópica es un procedimiento seguro y efectivo para el manejo de la colecistitis aguda con colelitiasis, que desde nuestra experiencia ha demostrado ser segura, pero debe escogerse muy bien el tipo de paciente. La evidencia de este manejo es poca y en la mayoría de casos proviene de estudios observacionales; sin embargo, todo cirujano debe tenerlo en cuenta dentro de su arsenal terapéutico para cuando se presente un caso como el nuestro.

04 - ID101

Hematoma subcapsular hepático posterior a CPRE, reporte de caso en hospital de cuarto nivel de Bogotá, Colombia.

Elkin Eduardo Benitez Navarrete, Fernando Gutierrez, Valentin Polania, Omar Espitia

Hospital Universitario Mayor

elkinben@gmail.com

Introducción: La colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE) es un procedimiento mínimamente invasivo utilizado como diagnóstico y tratamiento de patologías biliopancreáticas, no exento de complicaciones, que oscilan entre 2,5-8 %, con una mortalidad entre el 0,5-1 %.

Objetivos: Presentar un caso clínico de hematoma subcapsular, posterior a realización de procedimiento endoscópico, con dolor abdominal y hallazgo imaginológico de tomografía de abdomen donde se evidenció hematoma subcapsular, anemia y

requerimiento de trasfusión de hemoderivados.

Materiales: Las complicaciones más frecuentes posteriores a la CPRE son pancreatitis aguda 1-7 %, colangitis 1-4 %, hemorragia 1 %, perforación 1 % y colecistitis aguda 0,2 %. Dentro de la búsqueda realizada, desde el año 2000 solo existen reportes de caso de hematomas subcapsulares posteriores a la CPRE.

Resultados: El paciente presentado en este caso clínico recibe manejo conservador con evolución clínica estable.

Conclusiones: El mecanismo fisiopatológico es la punción accidental del árbol biliar intrahepático por la guía metálica, generando ruptura de vasos de pequeño calibre, del conducto hepático y/o capsula de Glisson. Posteriormente se observa la expansión del mismo, y en algunos, por la perforación de la vía biliar se evidencia presencia de aire en el hematoma. Al no ser un procedimiento completamente estéril, existe el riesgo de infección. De presentarse inestabilidad hemodinámica por ruptura del hematoma subcapsular, se pueden realizar procedimientos endovasculares adicionales para control del sangrado. Los datos actuales están a favor del manejo conservador, embolización percutánea, drenaje y manejo quirúrgico; este orden debe seguirse por la elevada morbimortalidad que pueden acarrear los procedimientos abiertos y más si son realizados de emergencia.

04 - ID337

Lesión vascular biliar. Experiencia en la Fundación Cardiovascular de Colombia (FCV)

Cristian Tarazona Leon, Belisario Ortiz Rueda, Andres Castilla Barbosa, Mauricio Vanegas Ballesteros, Anderson Bermon Angarita

Fundación Cardiovascular de Colombia(FCV).
cristiantarazona@hotmail.com

Introducción: La lesión vascular biliar es la complicación más severa dentro del área de las lesiones de vía biliar, asociándose a una alta morbi-mortalidad. Usualmente es iatrogénica y se relaciona a laparoscopia. Es necesario sospechar su presentación intra o postquirúrgica temprana.

Objetivos: Revisar la casuística institucional estableciendo su incidencia, factores asociados y el efecto de esta sobre las reparaciones biliares, determinando cual será el mejor manejo posible.

Materiales: Estudio descriptivo-retrospectivo, que incluye características de lesiones de vía biliar extra-institucionales recibidas en la FCV entre Enero de 2011 y Marzo de 2018. Las variables evaluadas fueron: género, edad, tipo de lesión (Strasberg), cirugía previa, tiempo quirúrgico, tiempo de estancia post-quirúrgico, compromiso vascular, germen aislado (cultivo de bilis), y tratamiento quirúrgico realizado.

Resultados: Ingresaron 36 pacientes, 67 % de género femenino, con edad promedio de 44 años. La colecistitis aguda fue la condición de base más frecuente. La colecistectomía laparoscópica fue convertida en 58 %. El tiempo diagnóstico posterior a la lesión fue de 11 días en promedio, con estancia promedio posterior al reparo de 15 días. El tipo de lesión biliar más frecuente fue E2. La lesión vascular biliar se identificó en 5 pacientes, con un evento de mortalidad.

Conclusiones: La lesión vascular biliar es un gran desafío para los cirujanos, representando una alta morbimortalidad, con una pobre calidad de vida para el paciente. Nuestro estudio demostró alta tasa de lesiones mayores (E2), lo cual se explica por ser centro de referencia de cirugía hepatobiliopancreática. Es necesario el manejo interdisciplinario en instituciones con experiencia en cirugía hepatobiliopancreática.

04 - ID407

Manejo conservador del Síndrome de Mirizzi tipo V: Un reporte de caso.

Juan Carlos Arenas, Viviana Orozco Martin, Paula Torres
Universidad Del Rosario
vivianaorozcomartin@gmail.com

Introducción: El síndrome de Mirizzi es una complicación rara de la enfermedad litiasica biliar (ELB), con presentaciones que van desde la compresión extrínseca de la vía biliar por un cálculo enclavado en el infundíbulo de la vesícula, hasta una fistula co-

lecistoentérica, tratándose generalmente de un hallazgo incidental. A pesar de ser la colecistectomía laparoscópica el estándar para el manejo de la enfermedad litiásica biliar, en el caso de la fistula colecistoentérica, se han reportado tasas de conversión a procedimiento abierto no despreciables.

Objetivos: Documentar un caso de manejo expectante exitoso para un paciente con síndrome de Mirizzi tipo V.

Materiales: Fue admitido un paciente de 68 años de edad, con clínica de dolor abdominal en epigastrio y mesogastrio, asociado a sensación de masa en pared anterior del abdomen. Al examen físico se palpaba masa en mesogastrio, sin signos de irritación peritoneal. Por lo anterior se estudió con una tomografía computadorizada de abdomen con contraste, que evidenció hematoma pélvico extraperitoneal y neumobilia. En la química sanguínea no se encontraron alteraciones en las pruebas de función hepática ni en el hemograma. Se hizo seguimiento con hemoglobinas, las cuales no descendieron y colangiorresonancia, que evidenció fistula colecistoentérica.

Resultados: Se hizo seguimiento del paciente durante una semana, al mes y a los 3 meses, encontrándolo asintomático.

Conclusiones: El síndrome de Mirizzi tipo V en la mayoría de casos es un hallazgo incidental, que debe tratarse de manera conservadora en ausencia de íleo biliar, implicando menos riesgo y más beneficios para el paciente.

04 - ID549

Quiste del colédoco Todani IA en hombre adulto joven.

Adriana Maritza Leon Díaz, Ada Mercedes Bustos Guerrero
Hospital Universitario De Bucaramanga Los Comuneros
adabustosmd@gmail.com

Introducción: Los quistes del colédoco son dilataciones congénitas o adquiridas, de baja prevalencia y más frecuentes en mujeres (relación 3:1), que se diagnostican generalmente en la primera década de la vida. La triada ictericia, dolor y masa abdominal palpable es más frecuente en niños; en adultos se

manifiesta con cirrosis, pancreatitis, coledocolitiasis o colangitis. La hipótesis más aceptada para explicar su etiología es la formación de un conducto común bilio-pancreático que permite reflujo hacia la vía biliar, la activación enzimática, inflamación y adelgazamiento de la pared favoreciendo la formación quística. La colangiorresonancia es el “estándar dorado”, clasificando la lesión según Todani en cinco tipos de acuerdo al sitio, extensión y forma. La resección quirúrgica con colecistectomía es el tratamiento de elección, requiriendo reconstrucción de la vía biliar con hepatoyeyunostomía en “Y” de Roux.

Objetivos: Reportar un caso de quiste del colédoco Todani IA.

Materiales: Datos e imágenes recopilados de la historia clínica del Hospital Universitario de Bucaramanga Los Comuneros, del caso de un paciente masculino, adulto joven, quien ingresó con dolor abdominal e ictericia, perfil hepático obstructivo y colangiorresonancia que mostraba un quiste del colédoco Todani IA.

Resultados: Se reporta un caso de Quiste del colédoco Todani IA manejado exitosamente con colecistectomía, resección y reconstrucción bilioentérica mediante anastomosis hepaticoyeyunal.

Conclusiones: Los quistes del colédoco son una patología congénita, de baja incidencia, más prevalente en mujeres y diagnosticada generalmente en la primera década de la vida. La sospecha clínica inicia en pacientes con ictericia, dolor y masa abdominal. El manejo quirúrgico sigue siendo de elección, con resultados adecuados a corto y largo plazo.

04 - ID605

Experiencia en el manejo y comportamiento epidemiológico de la coledocolitiasis en el Hospital Universitario del Caribe entre 2014 al 2017

Ensunch Hoyos Cesar Rafael, Posada Viana José Carlos, Hoyos Valdelamar Juan Carlos, Galindo Velásquez Hather Andrés, Villadiego Gómez Andrea Paola, Plata Mora Javier Fernando, Velásquez Rodríguez Juan Camilo, Escobar Galarza Johaney, Mercado Díaz María Fernanda

Universidad de Cartagena – Hospital Universitario del Caribe

Censunch@hotmail.com

Introducción: Se entiende por Coledocolitiasis la presencia de cálculos en la vía biliar común. Los cálculos biliares afectan a más de 20 millones de americanos, con una incidencia de coledocolitiasis del 5% hasta el 20% en colecistectomías por colelitiasis sintomáticas y 18% al 33% de pancreatitis aguda de origen biliar, representando altos costos por atención en salud y una tasa significativa de morbimortalidad.

Objetivos: Describir la experiencia en el manejo y comportamiento epidemiológico de la coledocolitiasis en el hospital universitario del caribe entre 2014 al 2017

Materiales: Estudio descriptivo transversal retrospectivo, en pacientes > 18 años atendidos en el Hospital Universitario del Caribe con diagnóstico de Coledocolitiasis, analizando variables sociodemográficas, clínicas, apoyo diagnóstico, tabulaciones en Excel, estadística descriptiva, tablas de contingencia para determinar la diferencias estadísticamente significativas, usando el modelo chi - cuadrado, t Student o U Mann - Whitney, cuando en su distribución estas cumplan o no, los criterios de normalidad respectivamente en IBM SPSS Statistics 22.0

Resultados: Predominó el diagnóstico en sexo femenino, la edad media fue 53.7 años, sobresaliendo el riesgo alto ASGE en un 93%, cuyo método diagnóstico de elección fue la ecografía y la resonancia, usando principalmente la vía endoscópica como técnica definitiva de extracción, solo el 31% desarrolló colangitis, en el 60% de los casos los litos eran > 2cm distribuidos en 46% únicos y 54% en múltiples.

Conclusiones: El uso de técnicas mínimamente invasivas terapéuticas endoscópicas, disminuyen la morbimortalidad, costos y estancia hospitalaria asociada a la coledocolitiasis, independiente del comportamiento epidemiológico

04 - ID624

Experiencia en el manejo quirúrgico del hepatocarcinoma gigante en el hospital de San José en la ciudad de Bogotá

Carlos Alberto Millan Cortes, Jorge Enrique Angulo Ganem, Jairo Alejandro Cruz Moya, Carlos Alberto Breton Gomez
Sociedad de Cirugía de Bogotá – Hospital de San José
jeag2424@hotmail.com

Introducción: El hepatocarcinoma es el cáncer primario de hígado más frecuente, con 782000 casos diagnosticados y 746000 muertes en 2012. Es la principal causa de muerte del paciente cirrótico. Siendo la sexta neoplasia más común y la tercera en causa de muerte por cáncer. El desarrollar hepatocarcinoma está relacionado con la presencia de enfermedad hepática crónica. Encontramos factores de riesgo como la hepatitis B, exposición a aflatoxina B1, hepatitis C, consumo excesivo de alcohol, hígado graso no alcohólico, y tabaquismo. La meta del tratamiento es incrementar la supervivencia manteniendo la calidad de vida. El manejo quirúrgico es el tratamiento de elección en paciente sin cirrosis, en quienes la resección mayor es posible sin complicaciones mayores. El tamaño no es un factor limitante claro, sin embargo, el diámetro aumenta el riesgo de invasión vascular.

Objetivos: Mostrar la experiencia en el manejo quirúrgico de hepatocarcinoma gigante en el Hospital San José de la ciudad de Bogotá.

Materiales: Se realizará la revisión de casos clínicos de pacientes manejados en el Hospital San José de la ciudad de Bogotá, con dicha patología, analizando tiempo quirúrgico, sangrado, técnica quirúrgica y mortalidad.

Resultados: En los pacientes que se intervinieron, se logró una resección completa macroscópica, sin evidenciar mortalidad.

Conclusiones: El manejo quirúrgico ha demostrado aumentar la supervivencia en pacientes con hepatocarcinoma. El tamaño de la lesión no sugiere un criterio de irreseccabilidad.

VASCULAR

04 - ID122

Pseudoaneurisma de arteria femoral posterior a cateterismo: manejo con inyección de trombina

Pilar Carola Pinillos, Alberto Muñoz Hoyos
Universidad Nacional de Colombia
pilar_carola@hotmail.com

Introducción: El abordaje endovascular es una modalidad de tratamiento y diagnóstico frecuente. El acceso percutáneo de la arteria femoral es común, y la incidencia de la formación de pseudoaneurismas varía del 0.05 % al 8.0 %. Su tratamiento tiene como objetivo disminuir las complicaciones asociadas, principalmente la ruptura.

Objetivos: Se presenta el caso clínico de un paciente con pseudoaneurisma de arteria femoral, manejado con inyección de trombina guiado por ecografía, como alternativa terapéutica en un paciente con alto riesgo quirúrgico.

Materiales: Hombre de 71 años de edad, con síndrome coronario agudo, llevado arteriografía coronaria por abordaje femoral derecho, quien reingresa dos semanas después con dolor en región inguinal derecha asociado a sensación de masa y adicionalmente descompensación severa de patologías de base. Al examen físico con masa pulsátil y soplo, sin compromiso isquémico distal; se realiza dúplex con identificación de pseudoaneurisma de 31 mm, dependiente de la arteria femoral, con cuello de 3 mm.

Resultados: Se realizó inyección de trombina 2000 UI guiado por ecografía, con oclusión inmediata del falso aneurisma, sin complicaciones. Control ecográfico que corrobora resolución del mismo y mejoría clínica.

Conclusiones: La inyección de trombina guiada por ecografía se ha utilizado ampliamente debido a su alta tasa de éxito (cerca al 100 %), inmediata, con mínima incomodidad para el paciente y baja presentación de complicaciones. Se debe individualizar la presentación clínica de nuestros pacientes. En esta oportunidad optamos por el manejo con inyección de trombina, con buenos resultados en un paciente con alto riesgo quirúrgico.

04 - ID129

Reconstrucción de vena cava inferior con vaina posterior de los rectos abdominales: reporte de caso

Felipe Cortes, Guillermo Oliveros, Andrea Donoso-Samper, Felipe Pulido

U Rosario - Mederi

felipe.c23@hotmail.com

Introducción: El compromiso de vena cava inferior (VCI) es frecuente durante la resección de tumores retroperitoneales. La reconstrucción generalmente se realiza con politetrafluoretileno o con injertos venosos autólogos.

Objetivos: Describir un caso clínico en el cual se usó la vaina posterior de los rectos abdominales como injerto para la reconstrucción parcial de la VCI.

Materiales: Reporte de caso clínico en Méderi: Hospital Universitario Mayor, Bogotá D.C, Colombia en 2018.

Resultados: Mujer de 64 años quien consultó por dolor abdominal y sensación de masa en hemiabdomen derecho. En resonancia magnética se evidenció masa retroperitoneal derecha de 34x40x100mm en contacto con VCI. Se llevó a cirugía y se resecó la masa en bloque, con lesión de la pared lateral derecha de la VCI. Se reparó con injerto de 60x30 mm de la vaina posterior de los rectos abdominales. Por evolución satisfactoria se dió egreso el día 6 del postoperatorio. En el control ambulatorio a los 10 días del egreso hospitalario se verificó adecuado estado de salud, sin complicaciones.

Conclusiones: La reparación de la VCI fue exitosa y sin complicaciones, planteando una alternativa viable y de fácil replicación. Dentro de sus ventajas se encuentran la disponibilidad inmediata del tejido y las características propias del autoinjerto en términos de menor tasa de infección y trombosis. Se requieren estudios controlados o series de casos más largas para obtener conclusiones adecuadas.

METABOLISMO QUIRÚRGICO

04 - ID648

Insulinomas de difícil diagnóstico y ubicación anatómica por imágenes

Douglas Omar Ortiz Espinel, Martín Felipe Contreras Contreras, Adriana Patricia Mora Lozada

Hospital Universitario Clínica San Rafael

martincontrerasmd@gmail.com

Introducción: Los insulinomas son tumores endocrinos generalmente benignos, asociados a hipoglicemia severa sintomática, que puede cursar con convulsiones y daño neurológico. El diagnóstico se hace por imágenes y pruebas bioquímicas, sin embargo, se presentan dos casos de difícil diagnóstico anatómico preoperatorio.

Objetivos: Describir dos casos de insulinomas de difícil ubicación anatómica por imágenes.

Materiales: Reporte de dos casos que ingresaron al HUCSR; se realizó revisión de historia clínica y literatura. Mujer de 33 años y hombre de 75 años, quienes ingresan por cuadro de episodios convulsivos asociados a hipoglicemia y requerimiento de dextrosa al 10-50 % para mantenimiento de glucometrias, posterior documentación de insulina elevada. Tomografía, resonancia y endosonografía sin hallazgos compatibles con insulinoma. Petscan positivo para hipercaptación en cabeza de páncreas en primer caso, y estudio positivo para hipersecreción de insulina en territorio de cola de páncreas en segundo caso.

Resultados: Primer caso se manejó con enucleación de lesión de cabeza de páncreas, y el segundo caso con pancreatectomía distal con esplenectomía. Patología confirmó presencia de insulinomas. Se presentó fistula pancreática que requirió drenaje en primer caso, con posterior evolución favorable; segundo caso sin complicaciones.

Conclusiones: Los insulinomas son los tumores endocrinos más frecuentes del páncreas, con presentación típica en relación a síntomas de hipoglicemia. El diagnóstico imagenológico tiene buena sensibilidad y especificidad, sin embargo, hay casos que requieren estudios con análogos de GLP-1 u octreotide. Los casos presentados, fueron de difícil ubicación anatómica preoperatoria. Se logró el manejo quirúrgico adecuado y mejoría clínica de los casos presentados.

ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA

04 - ID375

Tumor de colisión: adenocarcinoma de colon y tumor urotelial de alto grado de vejiga

Juliana Rendón Hernández, Luis Gabriel González Higuera, Julio Manuel Montoya Barrera, Diego Fernando Quintero Lardino

Hospital Central De La Policía. Universidad Nacional De Colombia
jmmontoyab@unal.edu.co

Introducción: Un tumor de colisión se define como la presencia de dos neoplasias primarias que implican el mismo órgano o sitio, sin zona de transición entre los tipos celulares de estas.

Objetivos: Presentar un caso de un tumor de colisión de dos sistemas independientes: gastrointestinal y urológico.

Materiales: Reporte de caso clínico.

Resultados: Mujer de 64 años de edad, con hallazgo de adenocarcinoma de colon de patrón usual, bien diferenciado [lesión entre 15-27cm del borde anal, compromiso del 100% de la circunferencia y estenosis del 80% (17/12/2014)], con estudios de extensión que sugerían irresecabilidad por compromiso locoregional, Mo, definiéndose derivación intestinal [colostomía en asa del transversal (08/05/2015)] y terapia sistémica paliativa. Oncología inicia CAPEOX, cambiando a XELIRI y BEVACIZUMAB por intolerancia. Coloproctología revalora con imágenes posteriores al tratamiento, considerando resecabilidad mediante exanteración anterior. Antes de su ejecución cursó con obstrucción intestinal por hernia paraostomal, que requirió corrección (2/11/2017). Posteriormente se llevó a cirugía (8/11/2017) con hallazgos de masa de 15x15 cm, adherida al domo vesical, con compromiso de su mucosa y de peritoneo de fosa ilíaca izquierda y absceso perivesical izquierdo (60cc). Se realizó Sigmoidectomía más Cistectomía parcial más Liberación de adherencias y Drenaje de absceso paravesical más Reconstrucción de pared abdominal con separación anterior de componentes y colostomía Hartmann. La patología del espécimen quirúrgico reportó tumor colónico de patrón usual, infiltrante hasta la serosa y tumor urotelial de alto grado, con bordes de sección negativos (incluyendo cúpula vesical) y 14/14 ganglios resecaados libres de tumor. Oncología reinicia XELIRI + BEVACIZUMAB.

Conclusiones: Los tumores de colisión son extremadamente raros; en la literatura no hay datos epidemiológicos ni de tratamiento específico. Su diagnóstico es histopatológico. Su pronóstico no se ha determinado.

04 - ID542

Adenocarcinoma mamario en hombre

Eduardo Javier Arias, Mariana Paola Guerrero Tapias, Bayrol Andrés González Durán, Sonia Fernanda Jaimes Lizcano
Clínica Chicamocha
marianaguerrero20@hotmail.es

Introducción: El cáncer de mama en hombres es inusual y constituye menos del 1 % de todos los tumores malignos de la glándula mamaria; su pronóstico es desfavorable debido a diagnósticos tardíos.

Objetivos: Describir un caso de adenocarcinoma mamario en hombres, su diagnóstico y tratamiento.

Materiales: Paciente masculino adulto mayor, quien consultó por masa de mama derecha, cuya biopsia reportó adenocarcinoma ductal de glándula mamaria infiltrante grado II, score de Bloom y Richardson 6 (N:3, A:2, M:1), asociado a marcada reacción desmoplásica del estroma, invasión linfocelular y perineural no aparentes, por lo cual se hicieron estudios de extensión y se realizó mastectomía derecha con vaciamiento axilar. Por presentar receptores hormonales se indicó manejo adyuvante con tamoxifeno

Resultados: Carcinoma invasor grado II de tipo no especial con receptores de progesterona y estrógenos positivos en 95 % Ki67 4 % en células tumorales Her2 negativo.

Conclusiones: El cáncer de mama masculino es una entidad inusual, siendo el carcinoma ductal invasor el más frecuente, asociado a una elevada expresión para receptores hormonales. Recientemente se opta por tratamientos menos radicales, como la mastectomía radical modificada y simple. Nuestro paciente presentó estas características típicas de la entidad para el género, por lo cual se intervino con tratamiento quirúrgico menos radical y terapia adyuvante con tamoxifeno. Sin embargo, los estudios publicados no establecen evidencia contundente

respecto al tratamiento en hombres, por lo tanto, las conductas derivan de la literatura existente en mujeres.

04 - ID612

Fibromatosis mesentérica: Reporte de un caso.

Juliana María Ordoñez M., Juan Guillermo Ramos, David Giraldo Garay, Andrés Eduardo Marín Castro
Hospital Universitario Clínica San Rafael
andrese9@hotmail.com

Introducción: La fibromatosis mesentérica, tiene una prevalencia 0,03 % y una incidencia de 2-4 /millón/ año. Es un tumor que se originan de la proliferación de fibroblastos bien diferenciados, localmente agresivo, benigno, que no metastatiza. Su etiología obedece a factores genéticos (mutaciones en la línea germinal del gen de la poliposis adenomatosa familiar - PAF), hormonales (estrógenos) y físicos (traumas o cirugía previos).

Objetivos: Describir un caso de fibromatosis mesentérica en un hombre joven con dolor abdominal.

Materiales: Reporte de caso de un paciente masculino de 35 años de edad, quien ingresó al servicio de cirugía general del Hospital Universitario Clínica San Rafael de Bogotá en Julio 2017; se revisó la historia clínica completa.

Resultados: Cuadro de 8 meses de evolución de sensación de masa en abdomen, en los últimos días con dolor, emesis y deposiciones líquidas. Al examen físico masa palpable en cuadrante inferior derecho del abdomen. Se realizó tomografía computadorizada abdominal con presencia de masa heterogénea en flanco derecho, 175x96x143 mm, con un volumen de 1268,7 cc, localizada por delante del psoas y en íntimo contacto con asas intestinales. Se realizó resección de masa abdominal de 35x20 cm más hemicolectomía derecha. El análisis patológico reportó hiperplasia folicular y tumor intestinal por fibromatosis mesentérica.

Conclusiones: La fibromatosis mesentérica puede crecer agresivamente y alcanzar gran tamaño, como en este caso, dentro de un corto espacio de tiempo. Muchas veces se confundirá con GIST. Existen diferentes tratamientos disponibles para la fibromatosis

mesentérica, pero la cirugía es la mejor.

04 - ID629

Infiltración linfovascular como factor predictor de metástasis ganglionares en adenocarcinoma gástrico

William Castro Carlos Fuentes, William Sanchez
Hospital Militar Central - Hospital Naval
sanchez.william@cable.net.co

Introducción: Las metástasis ganglionares son el principal factor pronóstico en cáncer gástrico. Actualmente numerosos factores predictores moleculares y genéticos se estudian para predecir las metástasis ganglionares, con el inconveniente de requerir alta tecnología para su análisis. La infiltración linfovascular (ILV) se identifica bajo visión directa en estudio de patología convencional y es fácil de analizar y reproducir.

Objetivos: Determinar el valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) de la infiltración linfovascular en relación con la presencia de metástasis ganglionares en adenocarcinoma gástrico.

Materiales: Estudio prospectivo en 100 pacientes consecutivos (de Febrero de 2016 a Septiembre de 2017) sometidos a gastrectomía con disección ganglionar DII por adenocarcinoma gástrico, en los que se evaluó la presencia de la infiltración linfovascular y la correlación con la presencia de metástasis ganglionares. Se analizó el VPP y VPN y se hizo análisis estadístico con el programa SPSS aplicando la prueba de chi cuadrada con valor P significativo menor de 0.05.

Resultados: De los 100 pacientes, se excluyeron 8 pacientes del análisis final (2 tumor neuroendocrino, 4 QtRt Neoadyuvante, 2 no información de infiltración linfovascular). Fueron 63 hombres (68 %) y 29 Mujeres (32 %), con edades entre 26-87 años (promedio 65). Fueron sometidos a gastrectomía total 62 (67 %), Subtotal 30 (33 %). Promedio de ganglios linfáticos analizados 25; metástasis ganglionares en 59 pacientes (64 %); infiltración linfovascular positiva en 60/92 (65,3 %). VPP de infiltración linfovascular para metástasis ganglionar 52/59 (88.1 %) p=0.0005. VPN

de infiltración linfovascular para metástasis ganglionar 25/32 (78.1 %) P=0.0005.

Conclusiones: La infiltración linfovascular es un factor predictor confiable del estado ganglionar en el adenocarcinoma gástrico, es simple y fácil de analizar bajo patología convencional y su resultado puede ser determinante en la selección terapéutica de los pacientes con adenocarcinoma gástrico.

TRAUMA

04 - ID35

Abordaje laparoscopico en la cirugía de trauma

luis tallon aguilar, Alejandro Sanchez Arteaga, jose antonio lopez ruiz, jose tinoco gonzalez, virginia maria duran muñoz-cruzado, violeta camacho marente, fernando oliva mompean, felipe pareja ciuro, javier padillo ruiz
Hospital Universitario Virgen del Rocío
alejandros.arteaga@gmail.com

Introducción: El abordaje laparoscópico en cirugía de trauma continúa siendo infrecuente. Existen algunas indicaciones como sospecha de lesiones diafragmáticas, hemorragias no masivas en lesiones torácicas, o como diagnóstico y tratamiento en pacientes seleccionados con dudas diagnósticas. Sus contraindicaciones son: pacientes inestables o traumatismo craneoencefálico severo asociado.

Objetivos: Analizar la experiencia del abordaje laparoscópico en pacientes de trauma en nuestro centro.

Materiales: Estudio observacional, transversal, retrospectivo en Hospital Universitario Virgen del Rocío y Hospital Universitario Virgen Macarena (Enero 2012-Agosto 2017). Se recogen variables demográficas, tipo de trauma, lesiones, pruebas diagnósticas, tratamiento realizado y seguimiento.

Resultados: Se recogieron 13 pacientes, con una media de edad de 41 años. Fueron 7 mujeres y 6 hombres. 9 pacientes presentaron traumatismo abdominal abierto (70%) por heridas de arma blanca. El resto fueron traumatismos cerrados. En 3 pacientes fue necesaria conversión a laparotomía debido a hallazgos de lesiones complejas, o a la persistencia

de dudas diagnósticas, ninguno por inestabilidad hemodinámica. En 4 casos (30%) la laparoscopia exploradora descartó lesiones intraabdominales. En el resto se realizaron procedimientos diversos como sutura diafragmática, sutura de intestino delgado o cierre primario de pared gástrica.

Conclusiones: La laparoscopia continúa representando un pequeño papel en el paciente traumatizado, pero su utilidad diagnóstica y terapéutica en casos seleccionados debe ser considerada. Debe de ser realizado por cirujanos con experiencia en abordaje laparoscópico, así como en asistencia al paciente politraumatizado.

04 - ID62

Síndrome de Morel-Lavallée como predecesor de la fascitis necrotizante en el trauma grave de pelvis y miembros inferiores. Reporte de un caso.

Carlos Andrés Delgado López, Jose Eduardo Agamez, Paula Andrea Jurado, Andres Felipe Duque, David Alejandro Mejía, Mercedes Uran

Universidad de Antioquia - Facultad de Medicina
carlos_andres_del@hotmail.com

Introducción: El síndrome de Morel-Lavallée es una entidad poco frecuente, con incidencia aproximada de 8.6 % de las infecciones necrotizantes. Consiste en la separación de los tejidos blandos de la fascia muscular secundaria al trauma, generando acumulación de fluidos que pueden sobreinfectarse y generar lesiones necrotizantes.

Objetivos: Describir un caso de fascitis necrotizante posterior al desarrollo del síndrome de Morel-Lavallée secundario a trauma de pelvis.

Materiales: Reporte de caso, correlación clínico-radiológica, descripción de procedimientos y revisión de la literatura.

Resultados: Paciente de 25 años de edad, con trauma por aplastamiento secundario a accidente de tránsito, quien inicialmente fue sometido a cirugía de control de daños, empaquetamiento pélvico y fijación de la pelvis. A las 48 horas presentó lesiones equimóticas, confluyentes, no dolorosas, con contenido líquido en su interior. La tomografía objetivó la acumulación de líquido heterogéneo suprafascial

en cadera y muslo. Las lesiones progresaron con fetidez y elevación de reactantes de fase, con pérdida de pulsos en la extremidad afectada. Se hizo cirugía de revisión con evidencia de desvitalización de tejidos de la extremidad inferior y fascitis necrotizante con compromiso hasta dorso. Se realizó desbridamiento extenso y hemipelvectomía. Estancia hospitalaria prolongada con control del proceso infeccioso, cubrimiento de la lesión y plan de rehabilitación.

Conclusiones: El síndrome de Morel-Lavallée es una entidad subdiagnosticada, olvidada en el contexto del paciente politraumatizado. Requiere manejo expedito e integral, que incluye drenaje del fluido acumulado, desbridamiento de tejidos o inclusive amputaciones para control del foco infeccioso. El manejo multidisciplinar es fundamental.

04 - ID108

Experiencia y caracterización clínica de pacientes llevados a toracotomía de resucitación en el Hospital Occidente de Kennedy. Bogotá, 2017.

Cesar Augusto Villegas Bonilla, Hernan Felipe Cortes Fonseca, Nelson Ricardo Renteria

Hospital Occidente De Kennedy
gaslla@hotmail.com

Introducción: La toracotomía resucitadora tiene baja tasa de supervivencia y todavía hay indicaciones en debate. Se propone como indicación, en pacientes con paro cardíaco después de un traumatismo torácico penetrante si la reanimación cardiopulmonar es fallida.

Objetivos: Exponer la experiencia y describir las características de pacientes llevados a toracotomía de resucitación en el Hospital Occidente de Kennedy, durante el año 2017.

Materiales: Revisión retrospectiva del registro de procedimientos del departamento de cirugía del Hospital Occidente de Kennedy del año 2017, para incluir pacientes llevados a toracotomía resucitadora.

Resultados: Durante el año 2017 se realizaron 13 toracotomías resucitadoras, 12 en pacientes del sexo masculino y una del sexo femenino, con un promedio de edad de 28 años. Todas heridas penetrantes

por arma cortopunzante, de predominio en ventrículo derecho con 5 casos, seguido por ventrículo izquierdo con 4 casos, aorta 2 casos y lesiones de aorta en un caso, con una mortalidad intraoperatoria de 38 %.

Conclusiones: La experiencia con toracotomía de resucitación evidencia que, a diferencia de otros países, el trauma cerrado no fue una indicación de toracotomía de resucitación, con una mortalidad intraoperatoria menor al 50 %.

04 - ID202

Bala milagrosa: trauma transmediastinal no mortal. Reporte de caso.

Lia Jasmin Jiménez Ramírez, Alexei Rojas
Universidad del Cauca
liajimenez@unicauca.edu.co

Introducción: El trauma transmediastinal es aquel cuyas heridas, de entrada y salida de proyectil, reflejan trayecto a través del mediastino o, el que presenta una herida de entrada con proyectil alojado en lado contralateral del tórax.

Objetivos: Presentar un caso atípico de trauma transmediastinal, sin lesión severa de órganos.

Materiales: Descriptivo. Reporte de caso y breve revisión bibliográfica del tema.

Resultados: Paciente masculino de 31 años de edad, con 4 heridas por proyectil de arma de fuego, una de ellas en hombro izquierdo, sin orificio de salida, quien ingresó hemodinámicamente estable, con leve disnea, dolor torácico y radiografía de tórax con proyectil en lóbulo superior del pulmón derecho. Se realizó angiotomografía de tórax observándose contusión pulmonar, hemoemotórax bilateral, impresionando trayecto posterior por burbuja de aire prevertebral, con sospecha de lesión esofágica asociado a contusión del cayado aórtico, sin daño en vía aérea. Esto introdujo la posibilidad de intervención quirúrgica, no obstante, por ausencia de clínica relevante, se decidió tratamiento conservador, con endoscopia de vías digestivas altas que resultó normal, y manejo con betabloqueadores.

Conclusiones: Aproximadamente, la mitad de los pacientes con estas lesiones llegan a urgencias estables; a pesar de ello, la mortalidad general se encuentra entre 20 y 40 %. Está demostrado que no existen diferencias significativas en cuanto a signos vitales entre pacientes con lesión transmediastinal y sin ella. A nuestro conocimiento, solo existe un caso reportado en la literatura donde el paciente con este tipo de trauma no sufrió lesiones importantes. Esto nos hace reflexionar sobre la necesidad de garantizar el estudio sistematizado de todo paciente para evitar lesiones olvidadas, así como intervenciones innecesarias.

04 - ID295

Lesión transfixiante por trauma penetrante del tronco braquiocefálico - reporte de caso

Sebastian valenzuela vanegas
Universidad del Rosario -Hospital Occidente de Kennedy
sebastian19881023@gmail.com

Introducción: El traumatismo penetrante que afecta a la arteria innominada es poco frecuente y por lo general requiere manejo quirúrgico de urgencia.

Objetivos: Mostrar el abordaje quirúrgico de la lesiones penetrantes en zona I de cuello

Materiales: Reporte de caso; varón de 21 años edad con herida por arma corto punzante en zona I derecho

Resultados: Control del sangrado en sala de reanimación con sonda Foley. Abordaje mediante esternotomía media con extensión supraclavicular derecha sobre la herida, control de sangrado por presión directa. Control distal en arteria subclavia y arteria carotídea común derecha, se disecciona cayado aórtico logrando control proximal de arteria innominada. Disección zona de la herida observando lesión lineal transfixiante, aproximadamente 25 mm en cara anterior y en cara posterior de 13 mm. Arteriografía primaria con polipropileno 5-0 sutura continua en lesión de cara posterior y para evitar estrechez. Parche de carótida de dacrón en cara anterior.

Conclusiones: La verdadera incidencia de lesión de la arteria innominada es desconocida, ya que la mayoría de los pacientes se desangran antes de recibir tratamiento. La exposición operatoria para lesiones en la Zona I exige una esternotomía media con extensiones cervicales, toracotomía anterolateral alta o una incisión supraclavicular con claviculotomía o escisión parcial de la clavícula. La incisión adecuada para una lesión en la Zona I o lesiones de tronco braquiocefálico (arteria innominada) depende del estado hemodinámico del paciente y la experiencia del cirujano

04 - ID387

Manejo no quirúrgico de trauma esplénico AAST Grado 4: Reporte de Caso

Daniel Gonzalez Nuñez, Juliana María Ordoñez M., David Giraldo Garay, Darwin Daniel Perez

Hospital Universitario Clinica San Rafael
dgonzalez8805@gmail.com

Introducción: El trauma esplénico de alto grado se ha manejado quirúrgicamente en la mayoría de instituciones, sin embargo, ante nuevas técnicas endovasculares y evidencia de menor morbilidad con manejo médico, se presenta el caso y la experiencia en un Hospital de Bogotá.

Objetivos: Evaluar el manejo no operatorio del trauma esplénico de alto grado en un Hospital de Bogotá.

Materiales: Revisión de la historia clínica de un paciente de 36 años de edad, con cuadro clínico de 12 horas de evolución consistente en caída desde bicicleta, a aproximadamente 20 km/h, con trauma contundente en hemiabdomen superior. Negaba antecedentes médicos o quirúrgicos. Ingresó hemodinámicamente estable, con dolor abdominal moderado, sin otra sintomatología asociada. Al examen físico se encontró dolor abdominal generalizado sin signos de irritación peritoneal y la tomografía computadorizada mostró trauma hepático grado II (laceración subcapsular de 12 mm de profundidad) y trauma esplénico grado 4 (compromiso vascular mayor del 25 % del parénquima y hematoma esplénico subcapsular menor del 10 %) con hemoperitoneo

moderado.

Resultados: Se consideró ante estabilidad hemodinámica y ausencia de irritación peritoneal realizar manejo médico y endovascular, pero por no disponibilidad se difirió. En las siguientes 72 horas evolucionó adecuadamente, con escaso dolor, hemoglobina y recuento plaquetario normales. Al control se encontró el paciente asintomático y latomografía evidenció hematomas parenquimatosos, laceración 28 mm y hematoma subcapsular en calzoncillo de 86 x 75 mm.

Conclusiones: Consideramos el manejo no quirúrgico del paciente con trauma esplénico AAST Grado 4 es posible si se realiza una monitorización y seguimiento estricto, incluso en el periodo ambulatorio en el que pueden aparecer complicaciones, como ruptura esplénica, pseudoaneurisma o fistulas arteriovenosas, entre otras.

04 - ID405

Hepatotórax traumático

Juliana María Ordoñez Mosquera, Daniel Gonzalez Nuñez, Lucas Gomez Ibañez, David Giraldo Garay
Hospital Universitario Clinica San Rafael
julianita206@hotmail.com

Introducción: La ruptura diafragmática resultante de lesión traumática es una entidad rara, de diagnóstico difícil, llevando a retraso en el tratamiento quirúrgico y un aumento de la morbimortalidad.

Objetivos: Presentar el caso de hepatotórax secundario a ruptura diafragmática por trauma cerrado.

Materiales: Reporte de caso. Paciente hombre de 19 años de edad, quien ingresó en septiembre de 2017 por accidente de tránsito, con trauma contundente toracoabdominal y craneoencefálico severo, GCS 8/15. Fue manejado inicialmente con intubación orotraqueal y los estudios imaginológicos mostraron fractura facial, FAST positivo en fosa hepatorenal y derrame pleural derecho, por lo que se pasó toracotomía con drenaje de 400 cc de hemotórax. Se tomó tomografía computadorizada donde se evidenció contusión pulmonar derecha, derrame pleural, líquido libre y lesión hepática grado IV de segmentos V y VIII.

Resultados: Durante la estancia en reanimación paciente se tornó hipotenso y taquicárdico por lo que se procedió a laparotomía exploratoria, encontrando herniación hepática a tórax por ruptura diafragmática de 14 cm y laceración de 3 cm en segmento VIII. Se realizó toracotomía anterolateral derecha, rafia hepática, reducción del hígado a la cavidad abdominal, rafia diafragmática y cierre de pared abdominal. La tomografía de cráneo descartó lesiones ocupantes de espacio y se sospechó lesión axonal difusa. Tuvo adecuada evolución posoperatoria, función hepática normal y tolerancia a retiro de toracostomía y extubación temprana. Por el compromiso neurológico se realizó gastrostomía y el paciente egresó a las 4 semanas, con terapia de rehabilitación.

Conclusiones: La ruptura diafragmática derecha es una lesión muy infrecuente, con escasos reportes de caso. Su identificación puede pasar desapercibida, incluso con imágenes; la sospecha inicial y el manejo quirúrgico oportuno son esenciales.

04 - ID406

Pancreatitis postraumática y fistula pancreática en paciente con páncreas divisum. Reporte de caso y revisión de la literatura.

Andres Acevedo, Felipe Zapata Uribe, Andrea Castrillon
Universidad CES
pipe.zu77@gmail.com

Introducción: El páncreas divisum se define como la alteración embrionaria de la fusión del ducto ventral y dorsal a nivel del páncreas, el cual se desarrolla en un 5 a 10 % de los pacientes. Adicionalmente, se presenta pancreatitis aguda postraumática en 2 % de la población, siendo una de las complicaciones más importantes el desarrollo de fistula pancreática, la cual requiere manejo multidisciplinario para evitar complicaciones adicionales.

Objetivos: Se reporta el caso de un paciente institucionalizado en el hospital general de Medellín más revisión de la literatura.

Materiales: Revisión de la literatura y reporte de caso de una paciente femenina de 20 años de edad, quien ingresó por trauma cerrado de abdomen se-

cundario a trauma por manubrio de bicicleta, con abdomen agudo.

Resultados: Se llevó a laparotomía exploratoria encontrando laceración del lóbulo hepático izquierdo, hemoperitoneo residual y cambios inflamatorios peripancreáticos; realizaron hepatografía. Se hospitalizó, con pobre evolución clínica, presentando ISO órgano espacio y sepsis de origen abdominal, por lo que se inició manejo antibiótico de amplio espectro y se dio de alta sin complicaciones. Reingresó por dolor abdominal y se documentó nueva colección abdominal, que se sometió a drenaje y medición de amilasas, documentando fistula pancreática, que tuvo manejo médico con adecuada evolución, por lo que se dio de alta.

Conclusiones: Tanto las alteraciones anatómicas, como la pancreatitis postraumática y el consecuente desarrollo de fistula pancreática, son entidades poco comunes, las cuales requieren un diagnóstico preciso y manejo multidisciplinario, por lo que el conocimiento del presente caso define una aproximación terapéutica para estos pacientes.

04 - ID574

Terapia VAC® y fijador externo en fractura fémur abierta: a propósito de un caso

Enrique Eduardo Montbrun Molina, Andrea Valentina Montbrun Centeno, Eduardo Luque, Bernardo Ayala
Centro Medico De Caracas
emontbrun@gmail.com

Introducción: Las fracturas abiertas de los miembros inferiores debidas a aplastamiento, suponen un reto debido a la severidad de la lesión, la presencia de lesiones asociadas, la viabilidad de los tejidos y al grado de contaminación al momento del ingreso. El tratamiento se facilita con el uso de la terapia VAC, pero en presencia de un fijador externo, su funcionamiento se ve entorpecido por los pines del fijador, que no permiten el sello adecuado con la consiguiente pérdida de aire.

Objetivos: Describir la técnica combinada de Terapia VAC® (Vacuum Assisted Closure), que se basa en la aplicación de vacío o presión negativa sobre la herida, y la colocación de fijador externo en sujetos que presentan fracturas abiertas que lo amerite.

Materiales: Presentamos la descripción de un caso de traumatismo musculo esquelético complejo de miembro inferior izquierdo, debido a aplastamiento y rotación por máquina trituradora, y el algoritmo de toma de decisiones utilizado para su manejo.

Resultados: Manejo multidisciplinario de paciente con trauma complejo en miembros inferiores que ingresó en shock. Estabilizado e inmovilizado, se confirmó lesión ósea y tegumentaria, así como trauma vascular asociado, por lo que se resolvió en cirugía con fijación externa, rafia vascular, limpieza y reconstrucción, además de drenaje a presión negativa VAC®, con cierre de pines e injerto.

Conclusiones: La terapia de presión negativa es una opción terapéutica de primera línea para el manejo del trauma complejo de extremidades y puede utilizarse sin inconveniente en la reparación quirúrgica de fracturas abiertas, aun utilizando fijadores externos.

04 - ID654

Obstrucción intestinal secundaria a hernia diafragmática derecha traumática, reporte de caso

Carlos Manuel Zapata, Darwin Daniel Perez Calderon, Daniel Gonzalez Nuñez

Hospital Universitario Clinica San Rafael. Universidad Militar Nueva Granada

danielperezmd@gmail.com

Introducción: Las hernias diafragmáticas se definen como el paso de contenido abdominal a la cavidad torácica; pueden ser congénitas o traumáticas. Se discute el caso de un paciente con hernia traumática que se diagnosticó tras episodios de obstrucción intestinal y abdomen agudo.

Objetivos: Describir un caso de hernia diafragmática traumática que se diagnosticó por episodio de obstrucción intestinal.

Materiales: Reporte de caso de paciente de 60 años de edad, con antecedente de herida arma cortopunzante en región toracoabdominal derecha hacia 10 años, sin consulta ni tratamiento, quien ingresó al servicio de cirugía del Hospital Universitario Clínica San Rafael de Bogotá, en diciembre de 2017, por dolor abdominal y distensión de un día de evolución.

La radiografía de abdomen evidenció obstrucción intestinal. Se revisó la historia clínica completa, estudios imaginológicos y patológicos.

Resultados: Por lo que el paciente presentaba abdomen agudo se llevó a laparotomía de urgencia, encontrando hernia diafragmática derecha con colon ascendente encarcelado y obstrucción secundaria. Se redujo el contenido, se cerró la hernia diafragmática en dos planos, se dejó toracostomía derecha y fue necesario realizar hemicolectomía derecha por microperforaciones en colon más ileostomía derivativa.

Conclusiones: Las heridas toracoabdominales derechas en muchos lugares no se exploran por su poca probabilidad de lesiones de diafragma. Este caso nos recuerda la posibilidad de lesiones diafragmáticas aun en pacientes asintomáticos.

MÍNIMAMENTE INVASIVA

04 - ID588

Abordaje mínimamente invasivo video asistido de la necrosis pancreática por pancreatitis aguda

José Tinoco González, Luis Tallón Aguilar, Alejandro Sanchez Arteaga, Virginia Durán Muñoz-Cruzado, Irene Maria Ramalho Solís, Violeta Camacho Marente, Isaias Alarcón Del Agua, María Jesús Tamayo López, Antonio Nevado Infante, Felipe Pareja Ciuró, Javier Padillo Ruíz

HHUU Virgen Del Rocío

tinoko243@hotmail.com

Introducción: La pancreatitis aguda necrosante es causa de un importante número de muertes y morbilidad. El manejo clásico de abordaje abdominal se ha sustituido progresivamente hacia abordajes menos invasivos, siguiendo los conceptos del step-up-approach. Como medida de seguridad, surge la videorretroperitoneoscopia como apoyo a la necrosectomía retroperitoneal "a ciegas".

Objetivos: Dar a conocer la sistematización de la técnica desarrollada para el acceso retroperitoneal video asistido para la necrosectomía pancreática, una vez agotados los abordajes previos, según el step-up-approach.

Materiales: Estudio descriptivo de una cohorte de 7 pacientes sometidos a videoretroperitoneoscopia (VR) entre los años de 2016 y 2018. Realizamos un estudio comparativo con la serie histórica de 20 necrosectomías abiertas (NA) entre los años de 2011 y 2017. Analizamos estancia hospitalaria, número de intervenciones precisadas y complicaciones según Clavien-Dindo.

Resultados: La edad media fue $52,2 \pm 8,1$ años para VR y $60,2 \pm 15,4$ años en NA ($p=0,23$); la estancia mediana fue de 34 (28-60) vs. 38 (23-58) días, $p=0,497$; el número mediano de reintervenciones de 1 (1-2) vs. 2,5 (1-3) $p=0,02$; y el número de complicaciones medianas según grado de Clavien-Dindo de 2 (1,75-4) vs. 4 (2-5) $p=0,01$. Requirieron UCI 2 (33 %) VR vs. 17 (85 %) NA ($p=0,01$). La tasa de exitus fue de 0 % en VR vs. 20 % en NA.

Conclusiones: La técnica descrita aporta una mínima invasión al paciente, permitiendo una necrosectomía bajo visión endoscópica, con una mejora de los resultados en cuanto a complicaciones, a expensas de una estancia hospitalaria mediana de un mes.

04 - ID685

Pancreaticoyeyunostomía, abordaje laparoscópico

Oscar Luis Padron, Jaime Andres Muskus, David Ricardo Galvis Castillo

Fundación Universitaria Sanitas - Clínica Colombia
davidg8214@gmail.com

Introducción: La pancreatitis crónica secundaria a pancreatolitis causa estasis del jugo pancreático y aumento en la presión del conducto de Wirsung por obstrucción, a menudo asociada con dolor incapacitante, e insuficiencia pancreática, llevando a un deterioro significativo en la calidad de vida del paciente. El alivio del dolor sigue siendo la indicación principal para realizar cirugía pancreática, y esto debe llevarse a cabo con la intención de maximizar la preservación del páncreas, con sus funciones exocrinas y endocrinas. El procedimiento implica una incisión en toda la longitud del páncreas, para lograr una descompresión adecuada y la eliminación completa de cálculos pancreáticos, ya que el drenaje

ductal incompleto está asociado con un mayor riesgo de dolor recurrente.

Objetivos: Presentar nuestra experiencia en un caso de un paciente joven llevado a pancreaticoyeyunostomía laparoscópica, para el manejo de pancreatitis crónica por pancreatolitis y sus síntomas secundarios. Consideramos importante su reporte dada su baja frecuencia de ser realizada.

Materiales: Analizamos la historia clínica del caso, aportamos estudios diagnósticos, registro fotográfico y revisión de la literatura.

Resultados: Presentamos el caso clínico de paciente con pancreatitis crónica y pancreatolitis en quien se realiza pancreaticoyeyunostomía laparoscópica con un resultado favorable.

Conclusiones: La pancreaticoyeyunostomía laparoscópica es factible, segura y logra resultados favorables. Rara vez se realiza por cirugía mínimamente invasiva debido a la complejidad de la zona anatómica y dificultad técnica, lo cual requiere habilidades en cirugía laparoscópica avanzada.

CIRUGÍA GENERAL

04 - ID16

Tasa de conversión de colecistectomía laparoscópica a abierta en un hospital de tercer nivel en Bogotá – Colombia

Luis Marroquin, Luis Felipe Cabrera Vargas, Nicolas Caicedo, Miguel Carvajal, Alberto Arango, Hector Olaya, Jhonatan Ortega, Ronald Cabrera

Hospital Cardiovascular Del Niño De Cundinamarca
luis.felipe.cabrera@hotmail.com

Introducción: En Colombia se reportó en una cohorte hospitalaria de 703 pacientes, la mayoría de ellos adultos, tasa de conversión de colecistectomía laparoscópica a abierta del 13,8 %, aunque la tasa de conversión ha ido disminuyendo paulatinamente debido a los avances tecnológicos y a la pericia cada vez más elevada de los cirujanos; la tasa de conversión representa un indicador de calidad, que debe ser evaluado periódicamente en los servicios quirúrgicos.

Objetivos: Identificar la tasa de conversión de colecistectomía laparoscópica a cirugía abierta en un hospital de tercer nivel en Bogotá, Colombia.

Materiales: Se realizó un estudio retrospectivo que incluyó 142 pacientes sometidos a intervención laparoscópica, entre julio y diciembre de 2017. Los registros clínicos fueron revisados en su totalidad por el equipo institucional de 7 cirujanos.

Resultados: Se operaron 142 pacientes de urgencia, con edad promedio de 49.4 años; 67 % (96) mujeres, con una edad promedio de 44,5 años entre ellas, mientras entre los hombres (n=47; 32.8%), la edad promedio fue de 61.3 años. Del total de pacientes, 46.8 % pertenecen a una EPS del régimen subsidiado. El tiempo promedio de procedimiento fue 86.9 minutos. En total se realizaron 5 conversiones a cirugía abierta, para una tasa de 3.5 %.

Conclusiones: La tasa de conversión fue inferior a la reportada en la literatura, aunque como factor de riesgo para la conversión, la edad reportada fue mayor de 77 años.

04 - ID31

Síndrome abdominal de Cocoon: inusual y rara causa de obstrucción intestinal mecánica

David Guillermo Gomez Garnica, Janeth Camelo Pilonieta, Juan Arturo Martinez

Universidad Militar Nueva Granada- Hospital Militar Central

davinci290@hotmail.com

Introducción: El Síndrome abdominal de Cocoon es una patología abdominal congénita, infrecuente, de prevalencia muy baja y de etiología desconocida, caracterizada por encapsular el intestino delgado, total o parcialmente, en una membrana peritoneal de fibro-colageno denso, que conduce a obstrucción intestinal.

Objetivos: Se presenta el caso de un paciente sin antecedentes quirúrgicos, quien cursó con cuadro clínico de obstrucción intestinal completa, ocasionado por Síndrome abdominal de Cocoon, en quien se realizó el diagnóstico y tratamiento intraoperatoriamente.

Materiales: Paciente de 43 años de edad, sin antecedentes quirúrgicos, quien ingresó a nuestra institución con cuadro de obstrucción intestinal, con evolución estacionaria a pesar del manejo médico, con paraclínicos e imaginología no conclusiva. Posteriormente cursó con abdomen agudo, por lo que se indicó manejo quirúrgico con laparotomía exploratoria de urgencia.

Resultados: Se llevó a laparotomía exploratoria, identificando membrana peritoneal fibrótica accesorio (Cocoon abdominal), que se dirigía desde el colon ascendente al colon descendente y mesocolon de forma craneal, encapsulando las asas intestinales delgadas, que presentan dos perforaciones. Se resecaron los segmentos comprometidos y se hizo anastomosis latero-lateral más resección de la membrana fibrótica, sin complicaciones.

Conclusiones: El Síndrome abdominal de Cocoon es una anomalía congénita infrecuente, de prevalencia muy baja, que cursa clínicamente con cuadro de obstrucciones intestinales a repetición. El tratamiento recomendado es la resección quirúrgica. Hacemos un aporte a la literatura mundial de un caso excepcional, en un paciente adulto masculino con antecedente de dolor abdominal crónico con Síndrome de Cocoon.

04 - ID33

Evaluación del impacto económico en el tratamiento de la apendicitis aguda: ¿puede el endo-loop ofrecer una mejora económica de forma segura?

Virginia Maria Durán Muñoz-Cruzado, Alejandro Sánchez Arteaga, Luis Tallon Aguilar, Jose Tinoco Gonzalez, Violeta Camacho Marente, María Jesús Tamayo López, Felipe Pareja Ciuro, Antonio Nevado Infante, Javier Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen Del Rocio

alejandros.arteaga@gmail.com

Introducción: La apendicitis aguda es la patología quirúrgica urgente más frecuente en nuestro medio. La sistematización y la optimización de su técnica quirúrgica podrían mejorar los resultados y conseguir reducir los costes económicos sin afectar a la seguridad de los pacientes.

Objetivos: El objetivo primario del estudio ha sido analizar los costes con cada una de las técnicas quirúrgicas analizadas.

Materiales: Estudio prospectivo analítico (Enero 2015 - Enero 2018). Se recogen todos los pacientes intervenidos de apendicitis aguda por vía laparoscópica en nuestra Unidad específica de Trauma y Cirugía de Urgencias. Hemos analizado datos demográficos, hallazgos intraoperatorios, uso de endoloop Vs GIA, estancia hospitalaria y resultados.

Resultados: En este periodo se han intervenido 497 pacientes (44'06% mujeres; 35'99 ± 16'63 años). 111 pacientes (22'33%) presentaron una apendicitis aguda perforada. El porcentaje de conversión a cirugía abierta ha sido del 3'21%. 215 pacientes (43'25%) fueron intervenidos con endoloops. La estancia postoperatoria media fue de 2'64±3'14 días para las intervenidas con endoloop y 2'67±3'15 días para las endoGIAs. 2 pacientes intervenidos con GIAs tuvieron colección postoperatoria y 5 con endoloops. Solo hubo dos pacientes con infección de herida quirúrgica en el grupo intervenido con GIA y ninguno en el grupo intervenido con endoloop. Al realizar el análisis de costes hemos identificado que en cada procedimiento realizado con endoloop conseguimos un ahorro de 357'75€ por procedimiento en comparación con el uso de la endoGIA.

Conclusiones: El uso del endoloop para el tratamiento de la apendicitis aguda puede disminuir los costes del proceso, teniendo la misma seguridad y eficacia.

04 - ID34

Auditoria RIFT (right iliaca fossa pain treatment) y resultados obtenidos entre países participantes.
RIFT Study Group on behalf of the West Midlands Research Collaborative
 Hospital Universitario Virgen Del Rocio
 alejandros.artea@gmail.com

Introducción: La apendicitis aguda es un proceso médico de gran incidencia, cuyo manejo está estandarizado. Sin embargo, existen diferencias tanto en el diagnóstico como en el tratamiento quirúrgico.

Objetivos: Presentar los resultados definitivos de la Auditoria RIFT (Right Iliaca Fossa pain Treatment) obtenidos en el registro internacional.

Materiales: Análisis multicéntrico, prospectivo de pacientes admitidos con dolor agudo en fosa iliaca derecha, intervenidos de apendicitis aguda, en hospitales de Reino Unido, Irlanda, Italia, Portugal y España. Se analizan datos demográficos, utilización de pruebas de imagen, tasa de abordaje laparoscópico, porcentaje de apendicitis perforadas, tasa de apendicectomías en blanco y evolución postoperatoria.

Resultados: Se registran 11535 pacientes admitidos en urgencias por dolor en fosa iliaca derecha, en 169 centros de 5 países. El 63% fueron de sexo femenino. Se emplearon pruebas de imagen para el diagnóstico de apendicitis en el 76% de mujeres de entre 16-50 años, y 59,3% entre hombres de 16-50 años, siendo la ecografía la más utilizada (51,14%). La tasa de abordaje laparoscópico global fue 90,7%. La tasa de apendicectomía en blanco global fue 13,11%, variando desde 15,9% en Reino Unido y República de Irlanda, a 2,7% en Italia. El rango de edad con mayor tasa de apendicectomía en blanco fue entre los 13 y los 29 años. La tasa de apendicitis perforada fue 37,1%.

Conclusiones: A través de la auditoria RIFT se ha observado un descenso del número de apendicectomías en blanco, así como un incremento en la tasa de abordaje laparoscópico para el tratamiento de la apendicitis aguda.

04 - ID110

Experiencia en manejo quirúrgico de tumores adrenales en el servicio de Cirugía general Clínica Universitaria Colombia. 2013-2017

Cesar Augusto Villegas Bonilla, Fernanda Casadiego Castro, William Hernando Salamanca Chaparro
 Fundacion Universitaria Sanitas - Clinica Universitaria Colombia
 gaslla@hotmail.com

Introducción: Los tumores adrenales se encuentran como lesiones silentes en aproximadamente 2 % de la población; siendo un hallazgo incidental en estudios por imágenes. Las masas adrenales tienen una incidencia aproximada de 3 % en mayores de 50

años. El 5 a 25 % de pacientes con incidentalomas tienen algún tipo de disfunción hormonal subclínica, y 1 de cada 4000 tumores es maligno, existiendo controversias en el algoritmo de estudio y diagnóstico.

Objetivos: Exponer la experiencia en el manejo quirúrgico de los tumores adrenales, evaluar la relación del tamaño con el tipo histológico, y evaluar la incidencia de complicaciones posoperatorias en la Clínica Universitaria Colombia, entre los años 2013 a 2017.

Materiales: Serie de casos.

Resultados: En la Clínica Universitaria Colombia, los pacientes llevados a adrenalectomía entre los años 2013 y 2017 fueron en total 17; de ellos el 82 % fue realizado por laparoscopia: 5 adenomas, 4 feocromocitoma, 3 hiperplasias y 3 carcinomas adrenocortical, estos últimos dos con tamaños superiores a los 10 cm. El promedio de tamaño de las masas adrenales fue de 8.8 cm, con máximo de 23 cm y mínimo de 2 cm. La estancia promedio fue de 4 días, siendo menor en abordaje laparoscópico (3 días); sin mortalidades en seguimiento a 30 días.

Conclusiones: La adrenalectomía por abordaje laparoscópico es segura; no fue afectada por el tamaño del tumor y tuvo disminución de la estancia respecto al abordaje abierto. No hay relación clara respecto al tamaño del tumor y el tipo histológico.

04 - ID112

Experiencia en esplenectomías no secundarias a trauma en el servicio de Cirugía general de la Clínica Universitaria Colombia. 2013-2017.

Cesar Augusto Villegas Bonilla, Fernanda Casadiego Castro, William Hernando Salamanca Chaparro
Fundacion Universitaria Sanitas - Clinica Universitaria Colombia
gaslla@hotmail.com

Introducción: La esplenectomía se debe indicar para condiciones clínicas en lugar de diagnósticos específicos. El beneficio clínico que se obtendría de la esplenectomía debe al menos equilibrar, y preferiblemente superar, los riesgos potenciales a largo plazo. La extirpación del bazo podría mejorar la

condición de los pacientes con anemia hemolítica; otra indicación incluye los tumores del bazo. Debido a la posibilidad de complicaciones hemorrágicas, la biopsia del bazo se ha implementado raramente y por tanto la intervención quirúrgica debe ser planeada de forma individualizada. El tamaño del bazo puede determinar el tipo de abordaje: en esplenomegalias superiores a 20 cm se plantea el abordaje abierto.

Objetivos: Exponer la experiencia en esplenectomías no secundarias a trauma, en la Clínica Universitaria Colombia, entre los años 2013 a 2017, evaluar los tipos histológico, la respuesta como manejo de trombocitopenia, y definir la frecuencia de complicaciones.

Materiales: Serie de casos.

Resultados: En la Clínica Universitaria Colombia los pacientes llevado a esplenectomía no secundarias a trauma, entre los años 2013 a 2017, fueron en total 35; el 94 % laparoscópicas. Las realizadas por laparotomía no estuvieron condicionadas por el tamaño de bazo. Promedio de tamaño del bazo de 14 cm, con máximo de 27 cm y mínimo de 6cm. No hubo complicaciones mayores ni mortalidad en 30 días de seguimiento.

Conclusiones: La esplenectomía por laparoscopia es segura ante un grupo de cirujanos experimentado. El tamaño del bazo no genera una condición para abordaje abierto. Predominaron las indicaciones fue por patología hematológica, con mejoría parcial de recuento plaquetario.

04 - ID113

Indicaciones de manejo quirúrgico en los body-packers

Maria Camila Devia Arias, Carlos Manuel Zapata
Hospital Universitario La Samaritana
camilitadevia@hotmail.com

Introducción: El transporte de drogas ilegales en el interior del organismo ó body packers es una técnica común para tráfico de drogas en todo el mundo, poco conocida pero muy frecuentemente utilizada dentro de centros penitenciarios.

Objetivos: Describir la experiencia en el manejo de body packers en el Hospital Universitario de La Samaritana con pacientes de instituciones penitenciarias y desarrollar un algoritmo para el tratamiento de complicaciones quirúrgicas en body packers.

Materiales: Revisión de casos clínicos manejados quirúrgicamente y diseño de algoritmo de manejo de complicaciones por el transporte de drogas ilegales en el interior del organismo.

Resultados: Los pacientes tratados quirúrgicamente eran sintomáticos con intoxicación u obstrucción intestinal, siendo estas las indicaciones más comunes para la cirugía. La cirugía más común es la enterotomía y generalmente se realiza sin ninguna complicación.

Conclusiones: Los pacientes se clasifican en tres grupos según la clínica: asintomáticos (80-88 %), sintomáticos por oclusión intestinal (0,3-5 %) y por intoxicación (0,6-3 %). La posibilidad de complicaciones potencialmente mortales asociadas, como el síndrome por intoxicación por cocaína (0,6-3 % todos los body packers), dependerá de varios factores, como la cantidad total y naturaleza de la droga ingerida, la integridad, resistencia y localización de los paquetes y el tiempo de permanencia en el tracto digestivo.

Se suele subestimar los signos de intoxicación y tardar su manejo quirúrgico. Un protocolo operativo sistemático permite la identificación de estos y determinar una conducta quirúrgica urgente que disminuya mortalidad.

04 - ID128

Ileo biliar con necrosis intestinal, un hallazgo inusual.

Maria Alejandra Arteaga Oviedo, Edison Muñoz Delgado
Hospital Universitario Departamental de Nariño
doctoraleja@gmail.com

Introducción: El íleo biliar es una entidad de presentación rara dentro del espectro de la patología biliar, lo que hace inusual la presentación de este caso es la presencia de íleo biliar asociado a necrosis intestinal por la impactación de macrocálculos a ni-

vel de íleon que llevó al paciente a sepsis de origen abdominal.

Objetivos: Ilustración de un caso de presentación rara con complicaciones inusuales dentro de la práctica quirúrgica.

Materiales: presentación de caso y revisión de la literatura.

Resultados: No

Conclusiones: En el caso descrito, se evidencia una complicación muy poco común del íleo biliar dado por necrosis intestinal con choque séptico de origen abdominal, con presentación de abdomen agudo quirúrgico. Consideramos que, aunque el íleo biliar sea una patología poco común, no se debe descartar del todo en pacientes con obstrucción intestinal cuya causa no haya sido plenamente identificada, sobre todo en caso de cumplir 2 de los 3 criterios de la triada de Rigler; se demuestra que la intervención temprana puede dar resultados positivos y que al diferir la resolución quirúrgica definitiva de la fistula colecistoentérica, posterior al manejo de la obstrucción intestinal disminuye significativamente la mortalidad.

04 - ID134

Íleo biliar. Nuestra experiencia en el manejo quirúrgico. Reporte de casos.

Herney Solarte Pineda, Giovanny Vergara Osorio, Dayana Sofía Rengifo, Nicolás Torres, Diana Angélica Morales Gutiérrez, Miguel Camargo
Universidad De Caldas
herney.solarte@hotmail.com

Introducción: El íleo biliar es una etiología de obstrucción intestinal; resulta del paso de un lito de gran tamaño por una fistula biliodigestiva. Generalmente se presenta en pacientes de edad avanzada con múltiples comorbilidades que resultan en un reto quirúrgico.

Objetivos: Describir los resultados de los diferentes abordajes quirúrgicos en cuatro pacientes que debutaron con íleo biliar.

Materiales: Análisis retrospectivo de cuatro pacientes que debutaron con obstrucción intestinal,

se documento como etiología íleo biliar y se llevan a manejo quirúrgico.

Resultados: Se identificaron 4 pacientes de género femenino con íleo biliar, Todas se llevaron a manejo quirúrgico. En dos pacientes se realizó enterolitotomía y enterorrafia, tercer paciente se llevo a enterolitotomía mas enterorrafia y en un segunda etapa cierre de fístula y colecistectomía, el cuarto caso debuto con cuadro de colecistitis se realiza colecistectomía y cierre de fistula cistogastrica, posteriormente presenta cuadro clínico compatible con obstrucción intestinal y se realiza enterorolitotomia mas enterorrafia. Se analizaron enfoque diagnostico y quirúrgico en cada paciente.

Conclusiones: El íleo biliar es una condición que afecta principalmente pacientes añosos con alta carga mórbida. La incidencia sigue siendo baja. Actualmente es un reto diagnósticos por su presentación inespecífica. A pesar de la mejora tecnológica y manejo mas eficiente, el íleo biliar aun acarrea una morbimortalidad elevada. Las opciones quirúrgicas son varias, aunque el tratamiento con enterotomía y extracción de calculo debería recomendarse en la mayoría de los casos ya que conlleva una tasa menor de mortalidad. El resto de intervenciones se deben realizar en pacientes muy bien seleccionados.

04 - ID213

Síndrome de arteria mesentérica superior en paciente con leucemia linfóide aguda: manejo conservador

Osman Osvaldo Alfonso Valderrama, Ada Mercedes Bustos Guerrero

Hospital Universitario De Bucaramanga
adabustosmd@gmail.com

Introducción: El síndrome de arteria mesentérica superior es una condición clínica donde se produce una obstrucción intestinal proximal de origen vascular; se caracteriza por compresión extrínseca de la tercera porción del duodeno por un estrechamiento del ángulo aorto-mesentérico, debido principalmente a disminución del tejido graso retroperitoneal. Su forma de presentación oscila entre un hallazgo incidental hasta un cuadro sintomático. Se han des-

crita con mayor frecuencia causas adquiridas, relacionadas principalmente con depleción de la grasa mesentérica, como síndromes constitucionales, estados hipercatabólicos y desórdenes alimentarios. Su diagnóstico se basa en estudios imagiológicos, donde se observa dilatación duodenal por compresión secundaria a disminución del ángulo aorto-mesentérico. El manejo conservador con suplencia nutricional es la primera línea de manejo, sin embargo, en casos crónicos y refractarios está indicado el manejo quirúrgico.

Objetivos: Reportar un caso donde se empleó manejo conservador del síndrome de arteria mesentérica superior.

Materiales: Los datos e imágenes se recopilaron de la historia clínica sistematizada del Hospital Universitario de Santander.

Resultados: Se reporta un caso de síndrome de arteria mesentérica superior en una paciente con leucemia linfóide aguda, que fue manejada exitosamente de forma conservadora con hiperalimentación parenteral, descompresión gástrica con sonda y manejo postural postprandial.

Conclusiones: En el presente caso, el manejo conservador con soporte metabólico y nutricional resultó una herramienta útil para el tratamiento del síndrome de arteria mesentérica superior, disminuyendo morbilidad y riesgos asociados que pueden conllevar procedimientos quirúrgicos.

04 - ID232

Choque hipovolémico secundario a varices ectópicas ileales en paciente cirrótico

Silvia Ines Guerrero Macias, Ada Mercedes Bustos Guerrero
Hospital Universitario De Bucaramanga Los Comuneros
dra.silvia.guerrero@hotmail.com

Introducción: Las varices ectópicas están presentes entre 8.1 % y 38 % de los pacientes con hipertensión portal, siendo más frecuentes en duodeno. El sangrado variceal agudo de intestino delgado ocurre en 0.4 % de estos pacientes, con una mortalidad superior al 40 %. En estos episodios, la sospecha clínica se da por la triada de hematoquecia, hipertensión

portal y cirugía abdominopélvica previa. El diagnóstico confirmatorio incluye esofagogastroduodenoscopia y colonoscopia, sin sangrado activo, seguido de angiotomografía con fase venosa. El tratamiento depende de la estabilidad, comorbilidades asociadas y disponibilidad terapéutica; abarca desde el manejo médico con agentes vasoactivos, TIPS, hasta resecciones intestinales.

Objetivos: Reportar el caso de una paciente cirrótica, con choque hipovolémico secundario a sangrado digestivo por varices ectópicas ileales.

Materiales: Datos e imágenes recopilados de la historia clínica del Hospital Universitario de Bucaramanga Los Comuneros.

Resultados: Paciente femenina adulta mayor, cirrótica, con antecedente de cirugía anexial, quien ingresó por choque hipovolémico y rectorragia. La angiotomografía mostró cambios por hipertensión portal y varices ileales, con llenado hacia la luz intestinal. Fue llevada a resección intestinal y anastomosis, con control del sangrado, sin recurrencia.

Conclusiones: El sangrado variceal ectópico debe sospecharse por la triada hipertensión portal, hematoquecia y cirugía abdominopélvica previa. Por su alta mortalidad, el diagnóstico y la elección del manejo deben ser oportunos, de acuerdo a las condiciones del paciente y la disponibilidad terapéutica, teniendo como objetivo controlar el sangrado sin recurrencia.

04 - ID244

Rendimiento de los criterios predictivos de la ASGE en el diagnóstico de coledocolitiasis en una clínica en Medellín, Colombia.

Jerónimo Toro Calle, Carolina Guzmán Arango, Mariana Ramírez Ceballos, Natalia Guzmán Arango
Clínica CES - Universidad CES
jerotoro1@hotmail.com

Introducción: La patología biliar litíásica es una de las principales causas de consulta de cirugía general, en el mundo y en nuestro país. Es importante evaluar el riesgo de coledocolitiasis en estos pacientes, debido al cambio diagnóstico y terapéutico previo al manejo quirúrgico. Por lo anterior, se han

creado escalas predictivas de coledocolitiasis, y una de las más utilizadas en el mundo es la escalas de la sociedad americana de endoscopia gastrointestinal (ASGE). En la actualidad no hay estudios que indiquen cuál es el rendimiento en Colombia de estos criterios y si son válidos para nuestros pacientes, debido a las diferencias poblacionales y sanitarias a las cuales nos vemos enfrentados.

Objetivos: Determinar cuál es el rendimiento de los criterios de la ASGE para el diagnóstico de coledocolitiasis en una clínica de alto volumen en patología biliar litíásica en Medellín (Colombia).

Materiales: Se realizó un estudio observacional, analítico, de tipo cohorte retrospectivo, con datos obtenidos a partir de historia clínica de 468 pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en la clínica CES de la ciudad de Medellín.

Resultados: Se presenta la sensibilidad, especificidad y valores predictivos de las diferentes variables de los criterios de la ASGE aplicados en la población en estudio y se determina su validez en nuestro medio.

Conclusiones: Según los resultados obtenidos, se plantea la utilidad en nuestro medio de los criterios de la ASGE para coledocolitiasis en pacientes con patología litíásica.

04 - ID341

Hernia pericecal vs apendicitis aguda: reto diagnóstico y quirúrgico

Carolina Rodríguez, Eduardo Bayter, Juan Fernando Parra
Fundación Universitaria Ciencias De La Salud
eduardo.baytermd@gmail.com

Introducción: La hernia pericecal es una entidad rara que representa el 13% de todas las hernias internas. Aunque algunas pueden ser adquiridas, en su mayoría son congénitas y se prignan en los recesos creados durante la adheencia de los repliegues peritoneales

Objetivos: . mostrar el diagnóstico y manejo quirúrgico de un paciente con hernia paracecal en el hospital de san jose.

Materiales: N/A

Resultados: paciente de 48 años quien ingresa a la institución con abdomen agudo, se realiza diagnóstico de apendicitis aguda y es llevado a manejo quirúrgico, laparotomía exploratoria, identificando hernia pericecal.

Conclusiones: son una patología poco frecuente, con un curso clínico similar al de una obstrucción intestinal de hecho son su principal diagnóstico diferencial sobre todo si no hay antecedentes quirúrgicos ni hernias inguino-crurales. Su diagnóstico es posible mediante TC abdominal con contraste. El manejo quirúrgico se realiza cuando el paciente no resuelve espontáneamente su patología o presenta abdomen agudo.

04 - ID353

Manejo quirúrgico de tumor de estroma gastrointestinal (GIST) dependiente de glándula adrenal izquierda. Reporte de un caso.

Jairo Hernan Ortega, Julian Andres Romo, Jorge Luis Turizo
Universidad Del Rosario
turizo0324@hotmail.com

Introducción: Se presenta el caso de una mujer de 78 años de edad con dolor abdominal y síndrome emético, en quien se documentó masa adrenal izquierda de 86x84x92 mm. Se llevó a resección quirúrgica, con hallazgo histopatológico correspondiente a tumor de estroma gastrointestinal. Esta una presentación extremadamente rara, por su localización anatómica, con muy pocos reportes en la literatura.

Objetivos: Describir el manejo quirúrgico y los resultados en el caso de un tumor de estroma gastrointestinal de adrenal izquierda, resecado en el Hospital Universitario Mayor, en Bogotá, Colombia, en 2016.

Materiales: Reporte de caso clínico de resección de tumor estroma gastrointestinal de adrenal izquierda en el Hospital Universitario Mayor, en Bogotá D.C.

Resultados: Se presenta el caso de un paciente con un tumor de estroma gastrointestinal (GIST) localizado en glándula adrenal izquierda, con adecuada

evolución posoperatoria. Esta localización es muy poco frecuente de acuerdo a la búsqueda en la literatura. Se realizó resección completa del tumor por laparotomía, sin recaída tumoral hasta el momento.

Conclusiones: Los tumores de estroma gastrointestinal pueden tener múltiples localizaciones, sin embargo, se reporta un caso localizado en glándula adrenal izquierda, que corresponde a uno de los sitios de ubicación del tumor menos frecuentes. Mostramos que el manejo quirúrgico con resección mediante laparotomía, el seguimiento clínico e imagenológico, dieron resultados satisfactorios.

04 - ID357

Hernia de Garegeot con hernia de Littre concomitante, como consecuencia de obstrucción intestinal

Juliana Maria Ordoñez Mosquera, Natalia Rodriguez Rosales, David Giraldo Garay, Javier Andres Morales
Hospital Universitario Clínica San Rafael
julianita206@hotmail.com

Introducción: Las hernias que contienen la apéndice cecal son infrecuentes en la práctica habitual médica. Las hernias de Garegeot y Amyand fueron descritas hace 250 años, al igual que la hernia de Littre y el hallazgo intraoperatorio de un saco herniario que contenga este órgano sigue siendo sorprendente.

Objetivos: Describir un caso de hernia de Garegeot y Littre juntas.

Materiales: Reporte de caso, mediante revisión de la historia clínica de una paciente quien ingresó al Hospital Universitario Clínica San Rafael de Bogotá en 2017.

Resultados: Paciente femenina de 72 años de edad, quien ingresó a urgencias por cuadro de obstrucción intestinal con presencia de hernia crural no reductible. Se llevó a laparotomía encontrando una hernia inguinal en cuyo saco herniario estaba contenido de apéndice cecal (hernia de Garegeot) y concomitante a ella, se observó la presencia de un divertículo de Meckel en el saco herniario, con signos de sufrimiento intestinal. Se realizó apendicectomía, resección intestinal con anastomosis y cierre del defecto

herniario primario, sin uso de prótesis. La paciente evolucionó favorablemente y se dio egreso sin complicaciones.

Conclusiones: La presencia del apéndice cecal herniado en el canal femoral se conoce como hernia de Garengot. Su frecuencia es muy baja, el diagnóstico preoperatorio es complejo y el tratamiento tiene relación con el tiempo de evolución y la coexistencia del proceso inflamatorio. Ante la presencia de apendicitis complicada se recomienda la realización de apendicectomía, con cierre del defecto herniario con sutura, sin utilizar materiales protésicos.

04 - ID363

Experiencia del manejo de pacientes con sepsis intraabdominal manejados en laparostomía contenida en el Hospital Luis Vernaza

Luver Alexi Macias Jara, Alejandra Calvache Burbano, Carmen Moncayo Valencia, Wilson Solorzano Loo
Hospital Luis Vernaza
dayeye1988@gmail.com

Introducción: Las infecciones intraabdominales son una patología frecuente y se producen por inflamación y perforación de la pared intestinal. La peritonitis se clasifica en primaria, secundaria o terciaria. La peritonitis terciaria se define como aquella que persiste luego de más de un procedimiento fallido de control de la fuente infecciosa.

Objetivos: Presentar nuestra experiencia del manejo de la sepsis intraabdominal mediante laparostomía contenida.

Materiales: Es un estudio retrospectivo, analítico, descriptivo y observacional, que incluyó un grupo de 73 pacientes seleccionados al azar, sometidos a relaparotomías con la técnica de laparostomía contenida.

Resultados: Según el análisis de las variables el grupo etario predominante 58 casos dentro del grupo de 15-44 años, 73 casos estudiados el 84 % pertenecía al sexo masculino, 29 procedían del área rural. En cuanto a las indicaciones de laparostomía contenida se distribuye en peritonitis postraumática en el 24% de los casos; posquirúrgica por trauma en el

26%. La mortalidad fue del 22% y según el tipo de peritonitis fue posoperatorio por trauma en un 37% y perforativa no traumática en un 38%. Entre las complicaciones médicas presentó 74% falla multiorgánica, y desde el punto de vista técnico quirúrgico fue la evisceración transbolsa en 33% de los casos.

Conclusiones: Indicación precoz de la técnica de laparostomía contenida en pacientes seleccionados y se debe realizar en centros hospitalarios que cuenten con unidad de cuidados intensivos.

04 - ID373

Hallazgo incidental de páncreas ectópico en íleon, durante apendicectomía laparoscópica

Juan Javier Acevedo Mantilla, Bayrol Andrés González Durán, Sonia Fernanda Jaimes Lizcano, Mariana Paola Guerrero Tapias
Clínica Chicamocha
marianaguerrero20@hotmail.es

Introducción: El páncreas ectópico es una patología congénita encontrada en el 0,5 % de cirugía abdominal. Su mayor incidencia está entre los 45 y 60 años de edad, con predominio en hombres y generalmente es asintomática.

Objetivos: Documentar la localización inusual de páncreas ectópico como hallazgo incidental en apendicetomía laparoscópica.

Materiales: Hombre de 33 años de edad, quien consultó a urgencias con sintomatología de 4 días caracterizada por dolor en hemiabdomen derecho, náuseas, vómito y distensión. Al examen físico con signos de Blumberg y Rovsing presentes. Hemograma con leucocitosis (15810) y neutrofilia (69 %) y uroanálisis normal. Se hizo impresión diagnóstica de apendicitis y durante procedimiento quirúrgico laparoscópico se evidenció apéndice edematosa con periapendicitis, colección pélvica y plastrón que comprometía sigmoides e íleon. Se practicó apendicectomía y se liberó el plastrón evidenciándose una masa en íleon terminal a 100 cm de la válvula ileocecal, la cual se resecó y se hizo anastomosis latero-lateral vía abierta. La patología reportó apendicitis aguda y páncreas heterotópico. Egreso satisfactorio al 5 día.

Resultados: Apendicitis aguda y páncreas heterotópico con cambios quísticos ductales y fibrosis perilesional, localizado en serosa del segmento intestinal. Bordes libres de tumor.

Conclusiones: El páncreas ectópico se puede presentar en cualquier segmento del tracto gastrointestinal, hallándose usualmente en estómago, duodeno y yeyuno, siendo el ileon una localización muy inusual, como se evidenció en nuestro paciente. Su diagnóstico preoperatorio es difícil y poco frecuente, dado la ausencia de síntomas en la mayoría de los casos. Cuando se encuentra incidentalmente durante otros procedimientos quirúrgicos, la resección es el manejo de elección, como se realizó en el caso expuesto.

04 - ID379

Experiencia en manejo quirúrgico de tumores retroperitoneales en el Servicio de cirugía general Clínica Universitaria Colombia. 2016-2017

William Salamanca Chaparro, Karen Sarmiento Robinson, Cesar Augusto Villegas Bonilla
Fundación Universitaria Sanitas
karen91_20@hotmail.com

Introducción: Las masas retroperitoneales incluyen una variedad de entidades raras, neoplásicas y no neoplásicas, que surgen dentro del retroperitoneo y no se originan de ningún órgano retroperitoneal. El diagnóstico diferencial puede ser amplio, siendo las imágenes y la clínica del paciente, necesarias para determinar el manejo quirúrgico.

Objetivos: Exponer la experiencia en la Clínica Universitaria Colombia, entre los años 2016 y 2017, en el manejo quirúrgico de las masas retroperitoneales y las complicaciones posoperatorias, y comparar la sospecha diagnóstica por imágenes con la histología.

Materiales: Serie de casos.

Resultados: En la Clínica Universitaria Colombia los pacientes llevado a resección de tumor retroperitoneal entre los años de 2016 a 2017 fueron en total 22, de los cuales 11 fueron por abordaje laparoscópico. La histología más frecuente fue el linfoma, en 6 pacientes (27 %) y en segunda instancia los lipomas,

en 4 pacientes (18 %). En cuanto a las complicaciones, se presentaron en 4 pacientes; solo uno requirió reintervención y no hubo mortalidades a 30 días de seguimiento. La sospecha diagnóstica por imágenes y clínica en la mayoría de los casos fue compatible con la histología, principalmente en los linfomas.

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico de los tumores retroperitoneales, independientemente de su abordaje, laparoscópico versus abierto, se relaciona con pocas complicaciones. Las imágenes son de gran ayuda para el diagnóstico diferencial, siempre teniendo en cuenta la clínica de cada paciente.

04 - ID425

Colecciones aéreas intraabdominales anormales

Catalina Mejía Tobón, Camilo Diaz-Rojas, Aura Lucía Rivera, Carlos Calderón Salazar
Hospital Universitario Mayor, Méderi, Universidad del Rosario
catalina.mejiat@urosario.edu.co

Introducción: La presencia de gas dentro del parénquima de los órganos sólidos o las paredes de las vísceras huecas puede deberse a una entidad patológica, en su mayoría infecciosa, la cual se da por la presencia de dióxido de carbono y nitrógeno secundarios a la fermentación de la glucosa por parte de algunas bacterias, las cuales se pueden presentar como colecistitis enfisematosa, la gastritis enfisematosa, la pancreatitis enfisematosa, la pielonefritis enfisematosa, la cistitis enfisematosa o neumatosis intestinal. Las infecciones enfisematosas del abdomen y la pelvis representan condiciones potencialmente mortales, que pueden conllevar a una rápida progresión de la sepsis cuando no se realiza una intervención terapéutica temprana, requiere de un manejo médico agresivo y en algunas ocasiones manejo quirúrgico.

Objetivos: Presentar una serie de pacientes manejados en el Hospital Universitario Mayor Mederi en la ciudad de Bogotá y revisar la literatura existente.

Materiales: Revisión retrospectiva de una serie de pacientes manejados entre 2011 y 2018; se muestran estudios imagenológicos con un análisis detallado de los hallazgos, el modo de presentación, mani-

festaciones clínicas, tratamiento y comportamiento histopatológico.

Resultados: Se observa el espectro clínico de la patología, su comportamiento histológico, tratamiento y su pronóstico.

Conclusiones: Ante una alta sospecha clínica, el diagnóstico imaginológico con tomografía computarizada con contraste oral y endovenoso, es el estudio de elección para su diagnóstico dado la rapidez, alta sensibilidad y especificidad en la detección de gas; además permite determinar el compromiso y extensión del proceso. El manejo multidisciplinario son la clave para obtener los mejores resultados.

04 - ID539

Una causa extraña de perforación rectal

Alfonso Gamba Martha Milena, Susana Rojas

Hospital Universitario Mayor

martha.alfonsog@gmail.com

Introducción: El dispositivo intrauterino es un método anticonceptivo comúnmente usado, efectivo y seguro. Dentro de las complicaciones más frecuentes asociadas a su uso están dolor, sangrado, enfermedad pélvica inflamatoria y expulsión. La migración extrauterina sin perforación es extremadamente rara y ha sido incluso considerada como un mito en algunos escritos. Realizando una búsqueda en la literatura, se encontraron 8 casos descritos con perforación rectal secundaria al dispositivo intrauterino.

Objetivos: Exponer un caso de migración extrauterina de un dispositivo intrauterino con compromiso de íleon y perforación rectal y revisión de la literatura.

Materiales: Se presenta un caso de migración extrauterina de un dispositivo intrauterino de cobre sin perforación uterina, en una mujer de 23 años de edad, con deserosamiento de íleon y perforación de recto medio.

Resultados: Se dio manejo quirúrgico ambulatorio con plan de cierre de colostomía.

Conclusiones: Un dispositivo intrauterino puede migrar a la cavidad abdominal y causar lesión in-

testinal. Hay pocos casos descritos en la literatura, pero se debe tener en cuenta su existencia para sospechar el diagnóstico e iniciar estudios, si las condiciones de la paciente lo permiten. El manejo es quirúrgico.

04 - ID598

Síndrome de Cocoon abdominal diagnosticado en un cuadro de apendicitis aguda

Ana María García Giraldo, Erwin Rodríguez García

Hospital Militar Central

garcia.giraldoana@gmail.com

Introducción: La peritonitis esclerosante encapsulante idiopática (PEEI), también conocida como síndrome de Cocoon abdominal, es una entidad clínica caracterizada por el recubrimiento parcial o completo del intestino delgado por una membrana fibrocolágena gruesa. Fue un término utilizado por primera vez por Foo en 1978. Se clasifica en tres tipos según la extensión de la membrana envolvente que cubre el intestino: cobertura parcial del intestino es la tipo 1, cobertura completa del intestino es la tipo 2 y el tipo 3 se refiere a la fijación del intestino entero o de otros órganos intrabdominales, como apéndice, ciego, colon ascendente y ovarios. Generalmente se manifiesta con obstrucción intestinal que requiere manejo quirúrgico. Reportamos un caso clínico de apendicitis recurrente asociada.

Objetivos: Presentar caso de síndrome Cocoon diagnosticado por apendicitis aguda.

Materiales: Paciente femenina de 23 años de edad, con antecedente de laparoscopia diagnóstica extra-institucional hacía 3 años, con ausencia de apéndice. Había recibido manejo médico de su cuadro sugestivo de apendicitis inicial, y reingresa con cuadro sugestivo de apendicitis aguda con peritonitis localizada.

Resultados: Fue llevada a laparoscopia diagnóstica encontrando síndrome de Cocoon tipo 3, con apéndice envuelto por membrana de peritoneo, con apendicitis en fase avanzada, perforada con peritonitis purulenta localizada.

Conclusiones: Esta entidad puede dificultar el diagnóstico y manejo de patologías tan frecuentes como apendicitis aguda.

04 - ID601**Íleo biliar como causa de obstrucción intestinal**

Juan Manuel Salazar, Mayerlin Serrano Rodriguez, Alvaro Andres Gon

Hospital Universitario Clinica San Rafael
mayserrano84@gmail.com

Introducción: El íleo biliar es una entidad rara, que representa el 3 % de todas las obstrucciones intestinales mecánicas, como resultado de un episodio de colecistitis que causa adherencias, isquemia y erosión del cálculo biliar al intestino.

Objetivos: Describir un caso de íleo biliar manejado con solo enterolitotomía.

Materiales: Reporte de caso en una paciente de 87 años de edad, quien consultó al servicio de cirugía del Hospital Universitario Clínica San Rafael de Bogotá en Junio de 2018, con clínica de obstrucción intestinal, deshidratación, taquicárdica, distendida, sin peristaltismo, sin signos de irritación peritoneal, tacto rectal con ampolla vacía. Exámenes de laboratorio sin leucocitosis; gases arteriales, electrolitos y azoados normales.

Resultados: Se inició manejo médico y a las 12 horas se observa mejoría parcial de sintomatología. Fue llevada a tomografía computadorizada abdominal con contraste, evidenciando neumobilia, distensión de asas delgadas hasta íleon distal, donde se encontró imagen heterogénea con algunas calcificaciones en su interior de 42x27 mm. Se llevó a laparotomía para practicar enterolitotomía, enterorrafia en dos planos y cierre de cavidad. La evolución posoperatoria fue favorable y se dio de alta al quinto día.

Conclusiones: Como describe la literatura, nuestro caso se presentó en paciente añosa del sexo femenino, sin episodio reciente de cólico biliar, con clínica de obstrucción intestinal; en los hallazgos radiológicos se encontró la triada de Rigler la cual está presente en menos del 35 % de los casos. El manejo fue dictado por la edad, estado transoperatorio (requerimiento de vasopresor) y la justificación de que la mayoría de fístulas cierran espontáneamente y que la recurrencia se da solo en el 9 % de los casos.

04 - ID602**Osificación mesentérica heterotópica**

Carlos Manuel Zapata, Mayerlin Serrano Rodriguez, Alvaro Andres Gonzalez Alferez.

Hospital Universitario Clinica San Rafael
mayserrano84@gmail.com

Introducción: La osificación heterotópica es la formación de hueso laminar maduro en tejidos que normalmente no sufren osificación. La osificación mesentérica heterotópica definida, es una forma rara y benigna de osificación heterotópica, descrita por Lemershv y Hansen en 1983. Su incidencia no es clara y el mecanismo aún está por determinar.

Objetivos: Describir caso de osificación mesentérica heterotópica en paciente femenino con antecedente de trauma abdominal abierto.

Materiales: Reporte de caso, en paciente de 37 años de edad, quien ingresó al Hospital Universitario Clínica San Rafael Bogotá en junio de 2015, con heridas múltiples por proyectil de arma de fuego, toracoabdominal izquierda, inestable. En la laparotomía inicial se encontró hemoperitoneo de 3 litros, perforaciones múltiples en yeyuno a 20 cm del ángulo de Treitz, perforación en colon ascendente y transversal, herida en vena hipogástrica izquierda y hematoma retroperitoneal zona I y 3; se hizo control de daños, ligadura de vena hipogástrica izquierda, resección de yeyuno, enterorrafias y colorrafia. Se llevó a revisión a las 24 horas, encontrando necrosis de colon ascendente que requirió hemicolectomía derecha más ileotransversoanastomosis. Presentó fuga de la anastomosis, requiriendo ileostomía, y posteriormente múltiples lavados peritoneales, con cierre de pared abdominal por segunda intención.

Resultados: La paciente reingresa para cierre definitivo de defecto abdominal en diciembre de 2017. Se encontró síndrome adherencial severo, múltiples osificaciones en tercio superior de herida y gran osificación a nivel de raíz de mesenterio en nacimiento de vasos mesenterios superiores.

Conclusiones: Acorde a la literatura, nuestra paciente tenía historia de múltiples intervenciones

quirúrgicas. El diagnóstico fue difícil, se pasó por alto en imágenes prequirúrgicas y fue diagnosticada durante el procedimiento. En nuestro caso, la resección no fue posible por la firme adherencia a los vasos mesentéricos; actualmente la paciente se encuentra sin complicaciones por la presencia de la osificación.

04 - ID604

Experiencia en el manejo y comportamiento epidemiológico de la colecistitis aguda en el hospital universitario del Caribe entre 2014 al 2017

Ensunchó Hoyos Cesar Rafael, Posada Viana José Carlos, Hernández Salgado Arturo, Arrieta Segura Daniella Valentina, Álvarez Morales Alma Vanesa, Amaris Molina Lina Giselle, Martínez Moreno Efraín Felipe, Mercado Díaz María Fernanda
Universidad de Cartagena – E.S.E Hospital Universitario del Caribe
Censunch@hotmail.com

Introducción: La colecistitis aguda es la complicación más frecuente de la colelitiasis y hace referencia a la inflamación aguda de la vesícula biliar. Se estima que el 10-15% población mundial desarrolla colelitiasis, hasta el 18% desarrollan síntomas y el 7% requiere intervención, de los cuales el 4% presenta colecistitis aguda. La colecistitis aguda constituye el 14-30% de las colecistectomías practicadas en el mundo

Objetivos: Describir la experiencia en el manejo y comportamiento epidemiológico de la colecistitis aguda en el hospital universitario del Caribe entre 2014 al 2017

Materiales: Estudio descriptivo transversal retrospectivo, en pacientes > 18 años atendidos en el Hospital Universitario del Caribe con diagnóstico de Colecistitis aguda, analizando variables sociodemográficas, clínicas y de apoyo diagnóstico, utilizando tablas de Excel, estadística descriptiva, tablas de contingencia para determinar la diferencias estadísticamente significativas, usando el modelo chi - cuadrado, t Student o U Mann - Whitney, cuando en su distribución estas cumplan o no, los criterios de normalidad respectivamente

Resultados: Durante el análisis de datos recolectados predominó el diagnóstico en sexo femenino,

la edad media establecida fue de 43.8 años, el 91,58% presentaron Murphy positivo, el 67,7% elevó PCR y solo el 59,3% presentó signos típicos en estudios ecográficos, predominando grado de severidad Tokio II, prevaleciendo el grado I para la clasificación AAST EGS y clasificación de Parkland

Conclusiones: El conocimiento del comportamiento epidemiológico y el manejo integral oportuno de la colecistitis aguda disminuye la tasa de morbilidad, costos en salud, estancia hospitalaria y tasa de reingresos.

04 - ID614

Trauma hepático grado I secundario a terapia neural

Juliana María Ordoñez M., David Giraldo Garay, Andrés Eduardo Marín Castro
Hospital Universitario Clínica San Rafael
andrese9@hotmail.com

Introducción: El hígado es el segundo órgano más dañado en los traumatismos abdominales. La evolución en el manejo del traumatismo hepático ha disminuido la mortalidad, atribuible al uso de los principios de control de daño. Lesiones hepáticas aisladas son raras y son más frecuentes en trauma abdominal cerrado.

Objetivos: Describir y evaluar el manejo de un caso de trauma hepático grado I secundario a terapia neural.

Materiales: Reporte de caso, se realizó revisión de la historia clínica completa de una paciente de 71 años de edad, con cuadro de 15 días de dolor abdominal generalizado, con relación temporal con terapia neural con infiltraciones en hipocondrio derecho por dolor abdominal recurrente. Al examen físico se encontró taquicardia con tensión arterial normal y dolor a la palpación abdominal generalizada sin irritación. Hemograma con hemoglobina 6.6 gr/dl y tomografía computadorizada abdominal con presencia líquido libre en cavidad.

Resultados: Se realizó laparotomía exploratoria encontrando hemoperitoneo de 2000 cc y hematoma roto en segmento VIII del hígado, con sangrado en capa y hematomas subcapsulares contenidos en

segmentos IV y IV. Se hizo cirugía de control de daños y empaquetamiento; 48 horas después se llevó a lavado peritoneal, desempaquetamiento, y hemostasia; y 48 horas después se en una nueva revisión se encontró adecuado control del sangrado, por lo que se cerró la pared abdominal. Egreso hospitalario al tercer día.

Conclusiones: Hay escasos reportes de trauma hepático secundario a terapia neural. Como en este caso, la exploración quirúrgica está indicada en pacientes con evidencia de sangrado activo (transfusión sanguínea continua, inestabilidad hemodinámica, evidencia imagiológica) y en pacientes que manifiestan una respuesta inflamatoria sistémica persistente (taquicardia).

04 - ID617

Uso de la omentoplastia como prevención de hernia interna.

Maria Camila Devia Arias, Camilo Diaz Rincón
Hospital Universitario De La Samaritana
camilitadevia@hotmail.com

Introducción: La resección intestinal masiva es asociada con una considerable morbilidad, principalmente por síndrome de intestino corto, pero a su vez por defectos de gran tamaño en el meso intestinal, aumentando su complejidad en pacientes obesos. La omentoplastia se ha propuesto para diferentes usos y es poco conocida su utilidad para la prevención de hernias internas, fugas de anastomosis y complicaciones hemorrágicas en defectos del mesenterio, luego de una resección intestinal.

Objetivos: Presentar la omentoplastia como una técnica quirúrgica alternativa para el manejo del defecto del meso en resección intestinal masiva.

Materiales: Presentamos la técnica quirúrgica de meso omentoplastia en un paciente con obesidad, quien requirió resección intestinal masiva secundaria a obstrucción intestinal por eventración encarcelada. Se hizo revisión de la literatura sin encontrar reportes clínicos sobre el uso de esta técnica.

Resultados: El uso de esta técnica quirúrgica permitió, de forma segura, realizar resección intestinal masiva, anastomosis y cierre de defecto del meso,

disminuyendo el riesgo de hernia interna transmesocólica, con una evolución clínica favorable, con secuelas de intestino corto durante el seguimiento de 4 meses.

Conclusiones: El epiplón es conocido por su defensa contra infecciones y sus propiedades hemostáticas y angiogénicas. Fue utilizado en nuestro caso como una alternativa para el manejo de grandes defectos del meso, obteniendo buenos resultados.

04 - ID640

Inercia colónica

Lucas Gomez, Alvaro Andres Gonzalez Alferez, Mayerlin Serrano Rodriguez
Universidad Militar Nueva Granada- Hospital Universitario Clinica San Rafael
gonalfe2701@hotmail.com

Introducción: Inercia colónica es un síndrome clínico que afecta principalmente a mujeres, caracterizado por constipación refractaria al tratamiento médico y tránsito colónico lento.

Objetivos: Describir caso de inercia colónica en paciente masculino con antecedente de resección de lesión pontomesencefálica (angioma cavernoso).

Materiales: Reporte de caso, paciente masculino de 58 años de edad, quien ingresa al Hospital Universitario Clínica San Rafael Bogotá, en enero de 2018. Se revisó la historia clínica completa, donde se documentó cuadro de varios meses de evolución de deposiciones cada 15 días, no flatos, no dolor abdominal, además de disfagia para sólidos, sin mejoría a pesar de manejo médico. Antecedente de resección intestinal por obstrucción y resección de angioma cavernoso. Realizaron estudios de extensión evidenciando síndrome de III par craneal y distensión marcada del colon con sospecha neumoperitoneo por tomografía computadorizada.

Resultados: Fue llevado a laparotomía exploratoria sin salida de aire a la apertura de la aponeurosis, encontrando distensión marcada de todo el colon, válvula ileocecal competente, múltiples adherencias de pared a colon, no perforación intestinal y no líquido libre. Se realizó descompresión colónica, liberación de adherencias, gastrostomía tipo Stam. En el

posoperatorio se hizo tránsito intestinal con radiomarcadores que confirmó el diagnóstico de inercia colónica. Actualmente en plan de colectomía total.

Conclusiones: El diagnóstico y manejo de pacientes con constipación crónica en su mayoría es simple y cede con tratamiento a base de dieta y laxantes. Un pequeño porcentaje de pacientes que no responde a este manejo, incluso con apoyo de nutricionista, por lo que serán candidatos a tránsito colónico con radiomarcadores y el manejo será colectomía total más anastomosis ileorrectal si se confirma el diagnóstico de inercia colónica, como el caso de nuestro paciente.

EDUCACIÓN

04 - ID39

Rotaciones quirúrgicas internacionales: la perspectiva de los cirujanos latinoamericanos

Maria F Jiménez, Tanya L. Zakrison, Juan C. Puyana, Paula Ferrada, Andres Rubiano, Jorge Turizo, David Mayo
Hospital Mederi, Universidad del Rosario
mafejimenez2000@yahoo.es

Introducción: En las últimas décadas se ha documentado un aumento significativo en la demanda de experiencias quirúrgicas a nivel mundial. Si bien se ha explorado ampliamente la perspectiva de los docentes y residentes de países desarrollados con respecto al mérito de tales oportunidades, se sabe poco sobre la perspectiva de los cirujanos anfitriones de dichas tutorías, por lo general, de países de bajo o mediano ingreso.

Objetivos: Nuestro objetivo fue explorar las perspectivas, tanto de los docentes como del personal en entrenamiento, anfitriones en Latinoamérica.

Materiales: Se envió una encuesta electrónica para explorar la percepción de estas rotaciones, desde la perspectiva de los cirujanos generales y los residentes de cirugía anfitriones latinoamericanos.

Resultados: De los 488 médicos que recibieron la encuesta, se obtuvo respuesta de 88 (18%) provenientes de 12 países de Latinoamérica. Menos del 50% de los cirujanos encuestados trabajan o enseñan en una

institución que actualmente brinda la posibilidad de una rotación a personal internacional. El 80% de los cirujanos consideraron que no tuvieron oportunidades similares para capacitarse en un país desarrollado, debido a limitaciones financieras, a pesar de un alto nivel de interés. Las inquietudes éticas fueron significativas. Más de la mitad de los cirujanos de Latinoamérica encuestados consideraron que la estructura y la supervisión de tales experiencias quirúrgicas globales no eran suficientes.

Conclusiones: La falta de fondos y la escasez de reciprocidad con respecto a la capacitación clínica, extendida a los cirujanos de las instituciones anfitrionas, son oportunidades de mejora identificadas en esta encuesta.

04 - ID534

Effectiveness of the Global Surgery in Latin America Symposium Using the Kirkpatrick Framework

Gabriel E. Herrera Almario, Ernest Barthelemy, Liliana Carolina Gomez Bernal, Charles Hamilton, Joseph Hanna, Joseph Incorvia, Juan Felipe Lopez Ramirez, Ardi Knobel Mendoza, Maria Fernanda Moreno Salas, Christian Camilo Paez Cancelado, Gregory Peck, Maria Alejandra Peña Navarro, Shahan Rehman, Lina Roa, Santiago Rojas, Marlena Sabatino, Michael Scott

Fundacion Santa Fe De Bogota
consultorio.gabrielherrera@gmail.com

Introducción: The Lancet Commission on Global Surgery (LCoGS) identified 6 indicators that can be used to assess surgical system preparedness, delivery, and cost. Dissemination of this knowledge requires cross-disciplinary team collaboration and is urgently needed in Colombia to improve surgical care. To this aim, Universidad de los Andes, Fundación Santa Fe, Rutgers University, and Harvard Medical School organized a symposium in Bogota on May 10th, 2018 to bring different sectors together to articulate work moving forward to inform national surgical anesthesia and obstetrics planning.

Objetivos: The effectiveness of the symposium in education and stimulating collaborative relationships was studied using the Kirkpatrick framework to inform future symposia and efforts within Colombia and other countries.

Materiales: The structure of the meeting contained 15 presentations from expert speakers and 2 small-group working sessions focused on barriers in access to surgery and how to overcome them. Analysis of the meeting was done using a Kirkpatrick level 1 survey containing 20 5-point Likert Scale questions and a level 2 Kirkpatrick survey containing 12 knowledge based multiple choice questions.

Resultados: The meeting contained 58 participants and preliminary data from the Kirkpatrick analysis (level 1, n=28, avg 4.63/5.00 || level 2, n=13, +0.4 Qs) showed that the meeting was effective and the participants gained knowledge on the topic.

Conclusiones: The Global Surgery in Latin America Symposium served as an effective tool to bring together individuals to understand the language and importance of surgical systems strengthening in Colombia.

04 - ID691

Registro de evaluación de competencias quirúrgicas en residentes de cirugía general mediante el uso de Smartphone.

Diego Felipe Téllez Beltrán, Elio Fabio Sánchez Cortes, Sergio Cervera Bonilla, Alfonso Marquez Ustariz

Pontificia Universidad Javeriana – Hospital Universitario San Ignacio

diegotellez6@gmail.com

Introducción: Para la formación de los residentes de Cirugía general es necesario evaluar las diferentes competencias médicas, las cuales pueden ser difíciles de registrar y justificar de manera objetiva. Con los avances tecnológicos surgen los smartphones y herramientas web, que se convierten en una alternativa y complemento adicional a las modalidades convencionales de registro para evaluación.

Objetivos: Evaluar de forma objetiva y en tiempo real las diferentes competencias del residente de cirugía general durante un procedimiento quirúrgico y el acto perioperatorio, con el uso del Smartphone.

Materiales: Se diseñó un formulario mediante el sitio web Google Forms, el cual generó un link con un acceso al Smartphone. Consta de tres módulos

con preguntas orientadas a la evaluación de las diferentes competencias, evaluadas individualmente por cada cirujano, al terminar el procedimiento.

Resultados: Desde enero de 2015 hasta el momento se han registrado 1428 calificaciones. Los residentes más evaluados fueron los de segundo y tercer año (35.8 % y 31.4%), respectivamente. El 81.5 % de los residentes evaluados fueron cirujanos principales. El procedimiento más evaluado fue la colecistectomía laparoscópica (20.8 %), seguido de la apendicectomía laparoscópica (16 %). El 81 % llevó a cabo los pasos definidos para la técnica quirúrgica y más del 90 % tuvieron buenas habilidades de comunicación con el paciente, familiares y equipo de trabajo.

Conclusiones: Con el uso de esta herramienta pretendemos una mayor adherencia de los instructores en la evaluación del residente, registro y calificación en tiempo real, objetividad e implementación de intervenciones directas, con retroalimentación de los problemas registrados.

OTROS

04 - ID554

Esplenectomía por laparoscopia: Experiencia de 10 años en el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá

Francisco Javier Diaz, Stefania Fierro

Fundación Santa Fe De Bogotá

s.fierro358@uniandes.edu.co

Introducción: La esplenectomía es una técnica quirúrgica ancestral en los servicios de cirugía general, y sus indicaciones habituales son hematológicas, traumáticas o iatrogénicas. La esplenectomía laparoscópica ha ganado gran aceptación como una buena alternativa a la esplenectomía abierta, en el tratamiento de trastornos hematológicos benignos refractarios a tratamiento médico, así como en trauma, entre otros.

Objetivos: Describir la experiencia del Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá en esplenectomía laparoscópica durante 10 años, entre los años 2008 a 2018.

Materiales: Se llevó a cabo un estudio observacional, retrospectivo descriptivo, mediante revisión de las historias clínicas de pacientes intervenidos por esplenectomía laparoscópica durante un periodo de 10 años en la Fundación Santa Fe de Bogotá. Se evaluaron hallazgos imaginológicos, paraclínicos, descripciones quirúrgicas, reportes de patología y vacunación.

Resultados: Se revisaron 141 historias clínicas de pacientes llevados a esplenectomía durante este periodo, donde 103 fueron descartados por ser vía abierta o por tener indicación asociada a un órgano diferente del bazo. De las 38 cirugías por laparoscopia, 25 (65,7 %) tenían origen en trastornos hemato-

lógicos, 2 (5,2 %) por infarto esplénico, 2 (5,2 %) por quiste esplénico y el 23 % por otras causas. De ellos, 29 (76,3 %) fueron vacunados contra microorganismos encapsulados antes, durante o después de la cirugía.

Conclusiones: En la literatura mundial, la principal causa de esplenectomía, ya sea por vía abierta o laparoscópica, son los trastornos hematológicos. En nuestra institución no se encontraron casos de esplenectomía laparoscópica por trauma, pero sí en múltiples casos realizados vía abierta. Durante la misma hospitalización, un alto porcentaje de los pacientes fueron vacunados contra microorganismos encapsulados.

Índice de títulos

Trabajos Libres

CABEZA Y CUELLO

- Cáncer de tiroides bien diferenciado localmente avanzado. Enfoque y manejo. Experiencia Hospital San José de la ciudad de Bogotá..... 15
- Carcinoma de tiroides en quiste tirogloso, asociado a tiroides no descendido y tejido tiroideo ectópico lingual. 15
- Evaluación del estado actual de los colgajos regionales y microquirúrgicos para reconstrucción de cabeza y cuello 12
- Evaluación y comparación de dos técnicas de reconstrucción del nervio recurrente laríngeo en cirugía de tiroides 13
- Experiencia en manejo expectante de cáncer de tiroides. Cohorte individual 11
- Importancia pronóstica de los márgenes microscópicos en cáncer de tiroides. Revisión sistemática..... 12
- Incidentaloma tiroideo: causas y consecuencias de su sobre diagnóstico en términos de cirugía, seguimiento, morbilidad y costos de atención. Revisión de 103 pacientes en un centro de referencia 13
- Prevalencia de carcinoma papilar en pacientes con tiroiditis de Hashimoto en la E.S.E. Hospital universitario del Caribe durante el periodo 2007-2017..... 14
- Se debe usar reposición rutinaria de calcio más calcitriol en el postoperatorio de tiroidectomía total? Revisión sistemática..... 11
- Tiroidectomía transoral endoscópica video asistida por abordaje vestibular, experiencia personal..... 16
- Tumores del espacio parafaríngeo: reporte de casos y revisión de la literatura 14

TÓRAX

- Dilema clínico y diagnóstico del tumor fibroso solitario de la pleura..... 16
- Utilidad de las pruebas diagnósticas en el trauma cardiaco cerrado. Experiencia en un hospital de III nivel 17
- ### PARED ABDOMINAL
- Conocimientos, actitudes y prácticas del cirujano general en el manejo del paciente con hernia inguinal 22
- Conocimientos, actitudes y prácticas del cirujano general en el manejo del paciente con hernia inguinal 22
- De la eventrorrafia a la reconstrucción compleja de la pared abdominal..... 21
- Enfoque y manejo de tumores de la pared abdominal. Experiencia Hospital San José de la ciudad Bogotá 19
- Entre lo complejo e inusual en patología de hernia. 18
- Experiencia en herniorrafia inguinal endoscópica por técnica eTEP sin utilización de balón espaciador 21
- Fijación de malla con sutura intracorporea en herniorrafia inguinal laparoscópica 18
- Herniorrafia inguinal laparoscópica no fijada - HIL-NOF 20
- Herniorrafia inguinal por laparoscopia con malla de autofijación en el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, seguimiento a 5 años. 19
- Manejo del abdomen abierto con terapia de presión negativa y tracción fascial para favorecer cierre temprano de pared abdominal. 20

Neumoperitoneo preoperatorio progresivo en reconstrucción de eventraciones y hernias inguinoescrotales con pérdida de dominio en Bogotá. 17

Reparación de hernias lumbares por laparoscopia, nuestra experiencia. 21

ENDOSCOPIA QUIRÚRGICA

Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del sangrado digestivo del intestino delgado23

Manejo mínimamente invasivo de pancreatitis necrotizante: Drenaje Endoscópico Percutáneo23

CIRUGÍA GASTROINTESTINAL

Análisis clínico de una serie de casos de pacientes con cáncer gástrico llevados a manejo quirúrgico en el Hospital Universitario Mayor (HUM), 2011-2018 24

Cirugía ambulatoria de hiato esofágico: el camino hacia el futuro. Experiencia de los primeros 30 casos en clínica universitaria Colombia. 26

Gastrectomía laparoscópica en el manejo del cáncer gástrico en el Hospital Universitario Erasmo Meoz, Cúcuta. 24

Manejo de pacientes con falla intestinal. Clínica Los Nogales de Bogota D.C.25

Utilidad de la laparoscopia versus Tomografía computadorizada para la detección de enfermedad peritoneal en pacientes con adenocarcinoma gástrico avanzado25

BARIÁTRICA

Barreras de acceso al paciente para cirugía bariátrica 29

Cambios en las variables de riesgo cardio/metabólico medidas por densitometría corporal total (DXA) en pacientes sometidos a gastrectomía vertical tipo manga por laparoscopia.27

Comportamiento de la pérdida de peso en los paciente intervenidos con cirugía bariátrica en un hospital de tercer nivel. Neiva, Huila 2013-2016..... 29

Conversión de minibypass gástrico y banda gástrica a bypass gástrico27

Disminución de la incidencia de hernia interna de Petersen en baipás gástrico para la obesidad mór-

bida en un hospital de tercer nivel en Medellín – Colombia 26

Experiencia en cirugía bariátrica y revisional robótica 28

Remisión de diabetes mellitus 2 en pacientes obesos llevados a bypass gástrico versus manga gástrica: seguimiento a 3 años posoperatorios 28

COLON Y RECTO

Guías de práctica clínica basadas en la evidencia para el diagnóstico y tratamiento de diverticulitis aguda complicada y no complicada 30

HEPATOBILIAR

Absceso Hepático: Características clínico epidemiológicas y manejo en la E.S.E. Hospital Universitario del Caribe. 2016 – 2017. 36

Cáncer de páncreas, descripción de una cohorte en la IPS universitaria35

Caracterización clínica y sociodemográfica de pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en el Hospital Universitario Erasmo Meoz de Cúcuta.....34

Diagnóstico y manejo laparoscópico de fistula colecistoduodenal: Una mirada desde la experiencia de un centro universitario.33

Experiencia en el manejo y comportamiento epidemiológico de la colangitis aguda supurativa en el Hospital Universitario del Caribe, entre 2014 y 201735

Exploración biliar más cierre primario y reconstrucción por laparoscopia en patología biliar benigna ..31

Factores asociados a fistula pancreática posterior a pancreatoduodenectomía en un centro de alto volumen de cirugía hepatobiliopancreática en Medellín32

Manejo laparoscópico de quistes del coledoco: serie de casos y revisión de la literatura 30

Pancreatoduodenectomía cefálica: experiencia de 6 años en un centro alto volumen de Cirugía Hepatopancreatobiliar 31

Relación de hallazgos de coledocolitiasis en colangiografía en pacientes clasificados con riesgo intermedio de coledocolitiasis en el Hospital Universitario Mayor de Mederi entre los años de 2015 y 2017.....32

Rendimiento diagnóstico de los criterios de Atlanta para clasificar la severidad en pancreatitis aguda, en pacientes del Hospital Universitario Mayor Méderi..... 33

METABOLISMO QUIRÚRGICO

Nutrición enteral y deuda calórica en cuidado crítico: identificando las causas y las oportunidades de cerrar la brecha37

ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA

Cirugía de citorreducción mas quimioterapia hiper-térmica intraperitoneal (CCR-HIPEC) por laparoscopia: descripción de desenlaces en un centro de excelencia..... 38

Desenlaces a largo plazo de cirugía de citorreducción (CCR) y quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) en carcinomatosis peritoneal: 10 años de experiencia de un centro de excelencia..... 38

Manejo de la pared abdominal en pacientes con patologías oncológicas.....37

Resección multivisceral en cáncer gástrico ¿cómo hacerlo mejor?.....39

TRAUMA

Caracterización del trauma vascular periférico en el hospital de Kennedy.....40

Factores pronósticos para perdida de extremidad en paciente con trauma arterial periférico atendidos en hospital de III nivel. Huila, 2014 – 2017..... 42

La depuración de lactato: marcador pronóstico en pacientes traumatizados39

Laparoscopia en trauma abdominal. Una opción si o no?40

Lesiones atendidas durante las protestas en municipio Baruta. Caracas, Venezuela. Abril-julio 201741

Mortalidad en protestas civiles en Venezuela, 2017. Análisis comparativo 42

Trauma cardíaco penetrante en el Cauca, ¿qué está pasando?41

MÍNIMAMENTE INVASIVA

Cirugía laparoscópica intragástrica para resección de tumor en cardias 43

Herniorrafia inguinal por laparoscopia con malla de autofijación en el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá. Seguimiento a 5 años 44

Manejo mínimamente invasivo de la pancreatitis aguda complicada: serie de casos en un centro de tercer nivel de Popayán 43

TRASPLANTES

Complicaciones biliares en trasplante hepático. Experiencia en Fundación Cardiovascular de Colombia (FCV)..... 44

Uso de catéter doble J en la prevención de fistulas urinarias dependiendo la funcionalidad vesical en trasplante renal. 45

CIRUGÍA GENERAL

Colecistectomía temprana versus tardía, decisión en pancreatitis severa de origen biliar. Seguimiento en 7 años de experiencia 45

Validación de criterios diagnósticos en coledocolitiasis de probabilidad intermedia en hospital de tercer nivel de Bogotá - Colombia..... 46

Eficacia de la colangiopancreatografía por resonancia magnética para el diagnóstico de coledocolitiasis de probabilidad intermedia 46

Rescate quirúrgico en un servicio de cirugía general de urgencia (CGU) de gran volumen mediante un registro electrónico automático47

La Mujer en la cirugía: perspectiva historica y retos para las nuevas generaciones47

Cáncer insospechado de vesícula biliar 48

Manejo del sangrado gastrointestinal agudo alto y bajo: guía de practica clínica 48

Diagnóstico de colecistitis acalculosa en pacientes previamente sanos 49

Factores asociados a mortalidad a treinta días post-apendicectomía en pacientes del régimen contributivo en Colombia..... 49

Clinical Outcomes and Healthcare Costs Associated with Laparoscopic Appendectomy in a Middle-Income Country with Universal Health Coverage 50

Manejo de colecistitis aguda en el adulto mayor . 50

Creación del grupo de interés en cirugía: una iniciativa estudiantil.....	51
Agnesia vesicular: reporte de caso	51
Evidencia actual en el manejo integral de la fistula enteroatmosférica: aplicación en hospital de IV nivel	52
Experiencia en el manejo quirúrgico del plastrón apendicular	52
Incidencia de apendicectomías negativas y apendicitis perforada cuando se usa tomografía computarizada versus abordaje clínico. Estudio de cohorte.....	53
Implementación del programa de apendicectomía ambulatoria en un hospital universitario de alta complejidad	53
Implementación de un modelo de atención de cuidado postoperatorio intrahospitalario basado en la semaforización según prioridad clínica del paciente quirúrgico	54
EDUCACIÓN	
Abriendo la caja de pandora: ¿Que contienen los instrumentos que miden el ambiente de aprendizaje en medicina?.....	57
Evaluación de las habilidades cognitivas y destrezas de resucitación en equipo de estudiantes de medicina con el curso trauma evaluation and management (TEAM®)	54
Evaluación del profesionalismo en estudiantes de medicina.....	56
Guía ATA 2015 de nódulo tiroideo: ¿Los estudiantes de último año las utilizan correctamente?	55
Guía de practica clínica basada en la evidencia para el diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda	56
Modelo de educación médica basado en competencias para estudiantes de la Universidad de los Andes, durante la rotación de Cirugía general en el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá	55
OTROS	
Daño corporal en cirugía general. Análisis de 100 casos de responsabilidad medica en cirugía general en el CENDES 2014-2017 en la ciudad de Medellín	57
Diseño e implementación de una herramienta electrónica de registro en smartphone para optimizar la	

vigilancia de la morbilidad y mortalidad posoperatoria en el departamento quirúrgico de un hospital universitario	58
Los diferentes perfiles epidemiológicos de pacientes con divertículo de Meckel, en un hospital pediátrico de referencia en Colombia. Estudio retrospectivo de 8 años	58

Casos clínicos

CABEZA Y CUELLO

Abordaje transhioideo para tumores de base de lengua: una opción quirúrgica en la era de la robótica	61
Deformidad de Andy Gump: enfoque y manejo. Experiencia Hospital San José de la ciudad de Bogotá.....	62
Swing maxilar como nuevo abordaje de cáncer con extensión a la nasofaringe. Reporte de dos casos en Colombia	62
Tumor maligno del glomus carotideo. Reporte de tres casos y revisión de la literatura	61

TÓRAX

Tumor de células gigantes en vertebras torácicas....	63
Luxación cardíaca: a propósito de un caso.....	63
Fecoptisis: A propósito de un caso.....	64

PARED ABDOMINAL

Eventrorrafia con técnica de separación de componentes en paciente inmunosuprimido	65
Fasciitis necrotizante de pared abdominal secundaria a apendicitis aguda perforada.	65
Tumor desmoide, un nuevo caso extraordinario	64

ENDOSCOPIA QUIRÚRGICA

Abordaje transhioideo para tumores de base de lengua: una opción quirúrgica en la era de la robótica	67
Adenoma vellosa en mucosa ectópica gástrica de esófago cervical, reporte de caso.....	66
Divertículo duodenal complicado, hallazgo endoscópico, sin reporte en imagen previa.	68
Doble gastrostomía: una alternativa para el manejo de la obstrucción en paciente paliativo	66

CIRUGÍA GASTROINTESTINAL

Angioma de células del Litoral. Reporte de caso ...	71
Apendicitis posterior a colonoscopia: Reporte de caso y revisión de la literatura	70
Ascitis quilosa como una complicación rara posterior a gastrectomía radical. Descripción de un caso y revisión de la literatura	74
Divertículo yeyunal perforado aislado: una etiología rara de abdomen agudo.....	73
Gastrectomía total en pacientes con esclerodermia y enfermedad por reflujo gastroesofágico candidatos a trasplante pulmonar	69
Gastrectomía total por lesión por IgG4 de la unión gastroesofágica	69
Isquemia gástrica, rol del manejo conservador. Reporte de caso.	73
Pancreaticoyeyunostomía laparoscópica y abierta en pacientes con pancreatolitiasis. Nuestra experiencia	75
Pancreatitis aguda severa por hipertrigliceridemia en el adulto: Presentación de caso clínico, diagnóstico y tratamiento.	74
Perforación gástrica secundaria a distensión gástrica aguda como complicación en funduplicatura tipo Nissen.....	72
Reparación de hernia hiatal tipo IV con esofagotomía y ascenso del yeyuno	68
Reporte de caso de GIST de intestino delgado	70
Síndrome de Boerhaave, manejo quirúrgico y endoscópico.	72
Uso de pericardio bovino en abdomen contenido	71

BARIÁTRICA

Dilema quirúrgico: incidentaloma hepático durante cirugía bariátrica.	75
Gastrectomía laparoscópica del remanente gástrico secundario a GIST gástrico.	76
Manejo de hernia de Petersen por vía laparoscópica en paciente con antecedente de bypass gástrico.	76

COLON Y RECTO

Sarcoma de Kaposi de compromiso gastrointestinal, reporte de caso	76
---	----

Tumor presacro; reporte de un caso de metástasis ginecológica.....	77
--	----

HEPATOBIILIAR

Linfoma cutáneo: diagnóstico inesperado en paciente con sospecha de fascitis necrosante de la pared abdominal. Reporte de caso	78
Manejo de hepatolitiasis por medio de tecnología Spyglass: a propósito de un caso	79
Manejo endovascular de Budd Chiari	78
Obstrucción intestinal por coágulos intraluminales en postoperatorio de una hepaticoyeyunostomía en Y de Roux.....	77

VASCULAR

Corrección abierta de aneurisma toracoabdominal en paciente con Síndrome de Marfán	84
Corrección de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal en paciente con VIH-SIDA. Reporte de un caso	81
Divertículo de Kommerell: embolias arteriales múltiples como complicación infrecuente. Presentación de un caso clínico y manejo	81
Infecciones del injerto vascular en trauma	83
Isquemia crítica del miembro superior como complicación tardía de radioterapia: presentación de un caso y manejo	80
Linfangioma, experiencia en el manejo actual en el servicio de Cirugía vascular periférica, hospital San José de Bogotá, Colombia	84
Quiste óseo aneurismático como causa de pseudoaneurisma de aorta abdominal.....	85
Reparación definitiva de arteria y vena femoral con injerto autólogo en paciente con trauma vascular 30 horas posterior al manejo inicial con shunt vascular.....	82
Resección y reconstrucción vascular mayor en cirugía resectiva de tumores renales	79
Síndrome de Wunderlich: a propósito de un caso ..	83
trauma de arteria subclavia: presentación de dos casos con abordaje quirúrgico abierto y abordaje endovascular	80

METABOLISMO QUIRÚRGICO

Caso de adaptación intestinal en intestino corto anatómico. Presentación de Caso 85

ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA

GIST duodenal: reporte de caso.....87

Intususcepción ileocolónica en adulto por neoplasia mucinosa del apéndice 86

Sarcoma sinovial de pared abdominal. Dos casos excepcionales 88

Tumor desmoide de pared abdominal: a propósito de un caso.87

Utilidad del ganglio centinela en cáncer gástrico, a propósito de un caso. 86

TRAUMA

Biliotórax secundario a trauma abdominal cerrado: presentación de un caso y revisión de la literatura 88

Diagnóstico y tratamiento tardío de una lesión ureteral traumática inadvertida. Reporte de un caso y revisión de la literatura. 89

Lesión de vena cava retrohepática: reparación primaria versus shunt atriocavo en la era del manejo endovascular de lesiones complejas 90

Manejo integral del trauma pélvico severo en una institución de IV nivel, a propósito de un caso 90

Perforación intestinal como lesión única en trauma cerrado 89

MÍNIMAMENTE INVASIVA

Cirugía de control de daños por rotura de hematomas hepáticos en trastorno hipertensivo del embarazo 93

Corrección robótica de hernia paraesofágica gigante 93

Esofagectomía transhiatal totalmente laparoscópica como manejo de acalasia refractaria a miotomía de Heller 92

Laparoscopia en obstrucción intestinal, serie de casos91

Primera pancreatoduodenectomía exitosa realizada por robot en Colombia 93

Tratamiento laparoscópico de diverticulitis Hinchey III 91

TRASPLANTES

Trasplante renal complejo: donante cadavérico con riñón en herradura. Reporte de dos casos y revisión de la literatura..... 94

CIRUGÍA GENERAL

Abordaje de la hernia diafragmática en fase obstructiva 98

Divertículo solitario del ciego: Reporte de caso....102

Divertículo yeyunal único verdadero como causa de obstrucción intestinal y abdomen agudo: reporte de caso y revisión de la literatura95

Drenaje de absceso retroperitoneal por laparoscopia cuando el abordaje abdominal no es una opción: innovación en técnica quirúrgica.97

Fistula enterocalicial espontánea: una etiología poco conocida 94

Hernia hiatal posterior a gastrectomía total por laparoscopia. Serie de casos en un centro de alta complejidad..... 104

Infarto esplénico: manifestación atípica de un rasgo drepanocítico desencadenado por la altura..... 100

Lesión de nervio femoral (crural) posterior a herniorrafia inguinal, un reto quirúrgico 106

Leucemia linfocítica de célula pequeña como hallazgo incidental en hernia inguinoescrotal operada de urgencia. Reporte de un caso y revisión de la literatura.....102

Manejo mínimamente invasivo para síndrome de Wilkie..... 99

Manejo quirúrgico de video cápsula retenida..... 96

Manejo temprano de la ruptura de arteria carótida común por ingestión de cuerpo extraño. Reporte de un caso 99

Melanoma gastrointestinal primario: reporte de caso y revisión de la literatura 101

Neumoperitoneo secundario a extensa neumatosis intestinal y aire en el sistema venoso portal tras colocación de gastrostomía abierta 98

Neuroma apendicular, ¿qué hacer con el diagnóstico?	102
Pancreatoduodenectomía robótica en Colombia ..	103
Paraganglioma gangliocítico duodenal en un hombre de 24 años, una causa infrecuente de sangrado gastrointestinal. Reporte de un caso y revisión de la literatura.....	101
Quiste esplénico como causa de abdomen agudo: Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura.	105
Quiste mesentérico como causa de abdomen agudo.....	97
Reporte de caso inusual de obstrucción intestinal secundario a endometrioma	96
Reporte de un caso de hernia Garengot con apéndice cecal perforada, en el Hospital General de Barranquilla. Mayo 2018	104
Resección de tumor de estroma gastrointestinal duodenal diagnosticado por colonoscopia peroral	105
Síndrome post-polipectomía con “micro-perforación” y neumoperitoneo. Enfoque conservador para una causa rara de dolor abdominal agudo: Reporte de caso y revisión de la literatura	95
Teratoma extragonadal dependiente de epiplón: reporte de caso.	103

Videos

PARED ABDOMINAL

Corrección de hernia de Spiegel por laparoscopia con uso de malla autoadherente.	108
---	-----

ENDOSCOPIA QUIRÚRGICA

Disección endoscópica por tunelización submucosa para cáncer de esófago temprano proximal, una curación mínimamente invasiva	109
Manejo del divertículo de Zenker: miotomía cricofaríngea con endoscopio flexible.	109

Miotomía endoscópica peroral para el tratamiento de la acalasia	108
---	-----

CIRUGÍA GASTROINTESTINAL

Ascenso de colon como alternativa de reconstrucción esofágica en síndrome de Boerhaave	111
Cirugía laparoendoscópica cooperativa: Resección de lesión del estroma gástrico.	111
Corrección de hernia hiatal con parche bovino por laparoscopia	112
Resección ganglio periaórtico-celiaco asistido por robot en patología no ginecológica	110
Resección por laparoscopia de recaída de tumor retroperitoneal	112
SILS robótico	110

BARIÁTRICA

Cirugía de revisión posterior a cirugía bariátrica, con corrección de hernia diafragmática más vólvulo gástrico.....	113
Reflujo gastroesofágico intratable luego de manga gástrica: Reparación de hernia hiatal y conversión a bypass gástrico.....	113
Reversión de bypass gástrico por laparoscopia. ...	114

HEPATOBILIAR

Hepatectomía del sector posterior derecho (Segmentos VI y VII) por laparoscopia: abordando el surco de Rouvière	116
Hepatectomía derecha laparoscópica en el anciano: Una alternativa segura en pacientes seleccionados.....	115
Lobectomía lateral izquierda por laparoscopia en hígado cirrótico: una alternativa al manejo de hepatocolangiocarcinoma.....	114

Pancreatectomía distal laparoscópica por neoplasia papilar mucinosa intraductal del páncreas (IPMN) gigante con malignización	116
---	-----

Resección laparoscópica del carcinoma de vesícula: hepatectomía central mas linfadenectomía hilar..	115
---	-----

ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA

Adenocarcinoma del pouch gástrico posterior a bypass gástrico: resección en bloque por vía laparoscópica	117
--	-----

Proctomía laparoscópica.....	117
TRAUMA	
Telemedicina y enfoque multidisciplinario en un caso complejo de trauma	118
MÍNIMAMENTE INVASIVA	
Adenoma paratiroideo ectópico mediastinal con abordaje toracoscópico y cervical	119
Adrenalectomía laparoscópica por feocromocitoma gigante.....	131
Apendicectomía por laparoscopia.....	126
Cirugía antirreflujo de Hill modificada, una técnica efectiva para el manejo del reflujo gastroesofágico en pacientes sometidos a gastrectomía vertical tipo manga	122
Cirugía laparoscópica en abdomen hostil: resección de fístula biliodigestiva y exploración de la vía biliar	123
Cirugía laparoscópica por puerto único para el manejo de obstrucción intestinal.....	125
Colecistectomía enfisematosa, como la hacemos	122
Colecistectomía parcial con exploración de vía biliar y coledocoplastia en paciente con síndrome de Mirizzi Tipo III: Abordaje laparoscópico con cierre primario de vía biliar.....	118
Corrección de hernia diafragmática traumática por laparoscopia	120
Destechamiento de quiste hepático gigante más omentoplastia por laparoscopia: Una opción segura y efectiva.....	130
Esofagectomía laparoscópica transhiatal para Siewert-Stein II	127
Esofagectomía toracoscópica en prono, opción de manejo en patología esofágica	119
Fístula gastroyeyunal por banda gástrica de polipropileno extruida.	129
Gastrectomía total laparoscópica de emergencia por necrosis gástrica masiva.	121
Herniorrafia inguinal en paciente con síndrome adherencial	126
Manejo de la peritonitis aguda vía laparoscópica en pacientes menores de 11 años	125
Megaesófago en acalasia terminal: Esofagectomía mínimamente invasiva de tres campos con toracoscopia en decúbito prono.....	128
Mucocele apendicular más colecistectomía vía laparoscópica	121
Reparo de hernia hiatal gigante más cirugía antirreflujo tipo Collis-Nissen por laparoscopia.	120
Resección de adenoma adrenal por vía laparoscópica.....	127
Resección de fístula biliar Mirizzi grado IV y reconstrucción laparoscópica con técnica simplificada..	124
Revisión laparoscópica de cistogastrostomía endoscópica fallida.....	131
Revisión laparoscópica de funduplicatura tipo Nissen: caso de pseudoacalasia.....	128
Sigmoidectomía laparoscópica de emergencia por estallido de colon secundario a trauma abdominal cerrado.....	124
Síndrome del ligamento arcuato medio.....	129
Variantes anatómicas en nefrectomía bilateral por enfermedad de Dent	130
Vólvulo gástrico como complicación de hernia hiatal en paciente crítico	123
CIRUGÍA GENERAL	
Agenesia del lóbulo hepático derecho y colelitiasis: dificultades técnicas en colecistectomía laparoscópica.....	134
Apendicitis del muñón: Presentación de video	132
Esofagectomía en estenosis esofágica benigna refractaria a manejo con stent	133
Esplenectomía por laparoscopia en pacientes con esplenomegalia gigante: manejo del hilio vascular con diferentes técnicas quirúrgicas.	132
Experiencia de colecistectomía fenestrada en Hospital Universitario Clínica San Rafael.....	134
Plastrón apendicular tratado por laparoscopia	133

E-póster

CABEZA Y CUELLO

Carcinoma de glándula paratiroides: Un reporte de caso 137

Estrategia con análisis de PTH para evitar la hipocalcemia sintomática en tiroidectomía total y vaciamiento ganglionar nivel VI (TT+VGVI) por cáncer bien diferenciado de tiroides (CBDT)..... 137

Nervio laríngeo no recurrente, una variante poco frecuente, una lesión potencialmente evidente 136

Paraganglioma vagal, reporte de 2 casos..... 136

Resección de quiste braquial en paciente adulto. Reporte de un caso 138

MAMA Y TEJIDOS BLANDOS

Cáncer de mama papilar en hombre: una causa infrecuente 139

Carcinoma de mama oculto en hombre: un caso excepcional..... 138

Dos casos de sarcoma radioinducido después del tratamiento de cáncer de mama..... 139

TÓRAX

Diagnóstico y abordaje del quiste broncogénico en el adulto. 142

Hidrotórax a tensión: descompresión de emergencia de una causa pleural de taponamiento cardíaco.. 141

Manejo quirúrgico en condrosarcoma de esternón. Reporte de un caso. 142

Mucormicosis pulmonar: diagnóstico temprano y una propuesta de manejo agresivo. 143

Reporte De Caso: Tumor Fibroso Solitario De Pleura Gigante En Paciente Joven Y Su Manejo Quirúrgico..... 140

Técnica quirúrgica mínimamente invasiva en pectus carinatum..... 141

Tumor fibroso solitario de pleura gigante en paciente joven y su manejo quirúrgico. Reporte de caso 140

PARED ABDOMINAL

Características sociodemográficas, clínicas y quirúrgicas de la población con hernias incisionales laterales entre los años 2015 – 2018 144

Hernia obturatriz con obstrucción intestinal secundaria, manejada con prótesis..... 145

Leiomioma del canal inguinal. Reporte de caso 145

Manejo de eventración con pérdida de domicilio. propósito de un caso..... 144

Neumoperitoneo preoperatorio progresivo en reconstrucción de eventraciones y hernias inguinoescrotales con pérdida de dominio en Bogotá 143

Reconstrucción de pared abdominal en hernia ventral recurrente utilizando técnica de eventroplastia y colgajo de abdominoplastia..... 146

ENDOSCOPIA QUIRÚRGICA

Aplicación de stent biliar metálico autoexpandible parcialmente cubierto a través de trayecto fistuloso de derivación transparietohepática para el manejo de estenosis biliar por cáncer gástrico avanzado 146

CIRUGÍA GASTROINTESTINAL

Causas inusuales de obstrucción intestinal 147

Incidencia de hernias internas posteriores a gastrectomía laparoscópica en Clínica Universitaria Colombia 150

Manejo de la apendicitis aguda durante la gestación 147

Manejo quirúrgico de divertículos en intestino delgado: a propósito de un caso. 149

Manejo quirúrgico de la ascitis quillosa. Presentación de un caso y revisión de la literatura..... 150

Prevalencia de sobreexpresión de receptor HER2 en pacientes con cáncer gástrico en la Clínica Universitaria Colombia..... 149

Recurrencia de anemia hemolítica postesplenectomía. Pancreatectomía distal por laparoscopia para manejo de bazo accesorio: reporte de caso 148

Reporte de caso de GIST con una presentación urgente 151

Resección trans gástrica asistida por robot 148

Tumor del estroma gastrointestinal (GIST) en intestino delgado como causa de anemia crónica 151

BARIÁTRICA

Comportamiento de la pérdida de peso en los paciente intervenidos con cirugía bariátrica en un hospital de tercer nivel. Neiva – Huila (2013 y 2016) ... 152

Hernia ventral en pacientes con obesidad mórbida: una serie de 9 casos..... 152

COLON Y RECTO

Cáncer colorrectal: características clínico epidemiológicas en la E.S.E. Hospital Universitario del Caribe. 2017 154

Fistulografía por tomografía en el diagnóstico de fistulas perianales complejas 154

Resultados de la implementación del protocolo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) en cirugía colorrectal: Clínica Reina Sofía. 153

Reversión del procedimiento Hartmann: serie de casos con enfoque en la experiencia en cirugía abierta y laparoscópica en el Hospital Militar Central 153

HEPATOBIILIAR

Colecistectomía posterior a colecistostomía: reporte de caso y revisión de la literatura..... 155

Experiencia en el manejo quirúrgico del hepatocarcinoma gigante en el hospital de San José en la ciudad de Bogotá 158

Experiencia en el manejo y comportamiento epidemiológico de la coledocolitiasis en el Hospital Universitario del Caribe entre 2014 al 2017 157

Hematoma subcapsular hepático posterior a CPRE, reporte de caso en hospital de cuarto nivel de Bogotá, Colombia. 155

Lesión vascular biliar. Experiencia en la Fundación Cardiovascular de Colombia (FCV) 156

Manejo conservador del Síndrome de Mirizzi tipo V: Un reporte de caso. 156

Quiste del colédoco Todani IA en hombre adulto joven..... 157

VASCULAR.....

Pseudoaneurisma de arteria femoral posterior a cateterismo: manejo con inyección de trombina..... 158

Reconstrucción de vena cava inferior con vaina posterior de los rectos abdominales: reporte de caso.....159

METABOLISMO QUIRÚRGICO

Insulinomas de difícil diagnóstico y ubicación anatómica por imágenes 159

ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA

Adenocarcinoma mamario en hombre 161

Fibromatosis mesentérica: Reporte de un caso 161

Infiltración linfovascular como factor predictor de metástasis ganglionares en adenocarcinoma gástrico 162

Tumor de colisión: adenocarcinoma de colon y tumor urotelial de alto grado de vejiga 160

TRAUMA

Abordaje laparoscópico en la cirugía de trauma.. 162

Bala milagrosa: trauma transmediastinal no mortal. Reporte de caso. 164

Experiencia y caracterización clínica de pacientes llevados a toracotomía de resucitación en el Hospital Occidente de Kennedy. Bogotá, 2017 163

Hepatotórax traumático 165

Lesión transfixiante por trauma penetrante del tronco braquiocefálico - reporte de caso 164

Manejo no quirúrgico de trauma esplénico AAST Grado 4: Reporte de Caso..... 165

Obstrucción intestinal secundaria a hernia diafragmática derecha traumática, reporte de caso 167

Pancreatitis postraumática y fistula pancreática en paciente con páncreas divisum. Reporte de caso y revisión de la literatura. 166

Síndrome de Morel-Lavallée como predecesor de la fascitis necrotizante en el trauma grave de pelvis y miembros inferiores. Reporte de un caso. 163

Terapia VAC® y fijador externo en fractura fémur abierta: a propósito de un caso 166

MÍNIMAMENTE INVASIVA

Abordaje mínimamente invasivo video asistido de la necrosis pancreática por pancreatitis aguda..... 167

Pancreaticoyeyunostomía, abordaje laparoscópico..... 168

CIRUGÍA GENERAL

Auditoria RIFT (right iliaca fossa pain treatment) y resultados obtenidos entre países participantes...170

Colecciones aéreas intraabdominales anormales ..177

Choque hipovolémico secundario a varices ectópicas ileales en paciente cirrótico 173

Evaluación del impacto económico en el tratamiento de la apendicitis aguda: ¿puede el endoloop ofrecer una mejora económica de forma segura?.....169

Experiencia del manejo de pacientes con sepsis intraabdominal manejados en laparostomía contenida en el Hospital Luis Vernaza176

Experiencia en el manejo y comportamiento epidemiológico de la colecistitis aguda en el hospital universitario del caribe entre 2014 al 2017 180

Experiencia en esplenectomías no secundarias a trauma en el servicio de Cirugía general de la Clínica Universitaria Colombia. 2013-2017.171

Experiencia en manejo quirúrgico de tumores adrenales en el servicio de Cirugía general Clínica Universitaria Colombia. 2013-2017170

Experiencia en manejo quirúrgico de tumores retroperitoneales en el Servicio de cirugía general Clínica Universitaria Colombia. 2016-2017 177

Hallazgo incidental de páncreas ectópico en íleon, durante apendicectomía laparoscópica 176

Hernia de Garengot con hernia de Littre concomitante, como consecuencia de obstrucción intestinal 175

Hernia pericecal vs apendicitis aguda: reto diagnóstico y quirúrgico 174

Íleo biliar como causa de obstrucción intestinal..179

Ileo biliar con necrosis intestinal, un hallazgo inusual..... 172

Íleo biliar. Nuestra experiencia en el manejo quirúrgico. Reporte de casos..... 172

Indicaciones de manejo quirúrgico en los body-packers.....171

Inercia colónica..... 181

Manejo quirúrgico de tumor de estroma gastrointestinal (GIST) dependiente de glándula adrenal izquierda. Reporte de un caso 175

Osificación mesentérica heterotópica 179

Rendimiento de los criterios predictivos de la ASGE en el diagnóstico de coledocolitiasis en una clínica en Medellín, Colombia 174

Síndrome abdominal de Cocoon: inusual y rara causa de obstrucción intestinal mecánica.....169

Síndrome de arteria mesentérica superior en paciente con leucemia linfocítica aguda: manejo conservador..... 173

Síndrome de Cocoon abdominal diagnosticado en un cuadro de apendicitis aguda178

Tasa de conversión de colecistectomía laparoscópica a abierta en un hospital de tercer nivel en Bogotá – Colombia168

Trauma hepático grado I secundario a terapia neural..... 180

Una causa extraña de perforación rectal 178

Uso de la omentoplastia como prevención de hernia interna..... 181

EDUCACIÓN

Effectiveness of the Global Surgery in Latin America Symposium Using the Kirkpatrick Framework.....182

Registro de evaluación de competencias quirúrgicas en residentes de cirugía general mediante el uso de Smartphone 183

Rotaciones quirúrgicas internacionales: la perspectiva de los cirujanos latinoamericanos..... 182

OTROS

Esplenectomía por laparoscopia: Experiencia de 10 años en el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá..... 183

Índice de Autores

A

Abiyomaa, Akram Kadamani, 98
 Acevedo, Gilmar, 34
 Acevedo, Hanner, 34
 Acevedo Betancur, Andres, 57, 166
 Acevedo Mantilla, Juan Javier, 176
 Acosta Navas, Gabriela, 24
 Agamez Fuentes, José Eduardo, 81, 88, 129, 163
 Aguirre, Diego A., 86
 Aguirre, Fernando, 102
 Aguirre Bermúdez, Gustavo Adolfo, 39, 110, 119, 147,
 148
 Alarcón Del Agua, Isaías, 167
 Albornoz, Andrea Carolina, 61
 Alférez Cruz, Luis Fabián, 78
 Alfonso Gamba, Martha Milena, 64, 178
 Alfonso Valderrama, Osman Osvaldo, 173
 Álvarez Jiménez Jarid, 117, 131
 Álvarez Morales, Alma Vanesa, 180
 Álvarez Tamayo, Andres, 14, 15, 16
 Amaris Molina, Lina Giselle, 180
 Amaya-Dueñas, Camilo Andrés, 140
 Ángel, Manuel, 91
 Angulo Ganem, Jorge Enrique, 158
 Aparicio Martínez David, 152
 Arango, Alberto, 168
 Arango Molano, Lázaro, 146
 Arango Pinilla, Margarita María, 146
 Arenas-Rueda, Juan Carlos, 70, 79, 102, 103, 156
 Arévalo Novoa, Joel Fawiany, 11, 136
 Arias, Eduardo Javier, 161
 Arias Amézquita, Fernando, 38, 43, 92, 125
 Ariza, Anibal, 54
 Arrieta Castaño, Jorge, 14
 Arrieta Segura, Daniella Valentina, 180
 Arrieta García, Manuel, 23, 111, 125
 Arroyave Gabriel, 18, 91

Arroyo, Alex, 47
 Arteaga Oviedo, Maria Alejandra, 172
 Ascuntar, Johana, 39
 Avella Molano, Camilo Andrés, 50
 Ávila, Maritza, 138
 Ayala, Bernardo, 154, 166
 Ayala, Juan Carlos, 20, 25
 Azuero, Jorge, 84
 Azula, Maria Camila, 101

B

Baquero García, Rogers Leonardo, 15, 19, 37, 62, 84
 Barajas, Jaime Fernando, 148
 Barco Manrique, Andrés Guillermo, 76
 Barrera, Lizeth, 34
 Barrera Lozano, Luis Manuel, 31, 32, 34, 35, 45, 114, 115,
 116
 Barrera, Oscar, 23, 111
 Barreto, Dhayra Kareem, 43
 Barrios, Arnold José, 22, 153
 Barrios Castellar, Diego, 14
 Barthelemy, Ernest, 182
 Bastidas Santacruz, Alexandra, 125
 Bautista, Ileana Rocio, 87, 90
 Bayona, Álvaro J., 118, 133
 Bayter, Eduardo, 174
 Becerra Gonzalez, Luis Fernando, 100
 Bejarano, Evaristo Carlos, 23, 30, 48, 56
 Bejarano, Luis, 47
 Beleño, Nicanor, 102
 Beltrán García, Tatiana Carolina, 17, 140, 143
 Benítez Navarrete, Elkin Eduardo, 155
 Bermeo Rodríguez Lina Andrea, 146
 Bermon Angarita, Andersson, 44, 156
 Bermúdez Sagre, Mauricio, 64, 87
 Bernal, Felipe, 96

- Bernal, Jorge Alberto, 86, 117
 Blanco, Carlos, 94
 Bolaño Arrieta, Sebastián, 117
 Bolívar Mendoza, Luis Napoleón, 88
 Bonilla Ardila, Giovanni, 145
 Bonilla Castañeda, Ana Deise, 39
 Botache, Wilmer Fernando, 42
 Brasel, Karen, 54
 Breton Gomez, Carlos Alberto, 158
 Borda, Felipe, 47
 Borraez, Bernardo, 119
 Buitrago, Giancarlo, 49, 50
 Burgos Sánchez, Rodrigo Antonion, 80, 104
 Bush, Stephen, 54
 Bustos, Alexander, 84
 Bustos, Ashley O., 86
 Bustos Guerrero, Ada Mercedes, 157, 173
- C
- Cabra, Alejandra, 86
 Cabrera, Ronald, 168
 Cabrera Rivera, Paulo Andrés, 65, 68, 69, 97, 98, 102, 108, 132
 Cabrera Vargas, Luis Felipe, 26, 28, 30, 31, 45, 46, 54, 76, 93, 95, 96, 99, 103, 121, 123, 124, 141, 155, 168
 Cáceres, Sergio, 38, 43
 Cáceres Prada, Cristian Fabián, 146
 Cáceres Prada, Jonathan, 146
 Cadena Gutiérrez, Manuel Enrique, 51
 Cagua, Jennifer, 57
 Caicedo, Nicolás, 168
 Calvo Corredor, Oscar Fernando, 87
 Calderón Salazar, Carlos, 177
 Calderón Sierra, Diana, 65
 Calvache Burbano, Alejandra, 63, 71, 176
 Camacho, Diego, 89
 Camargo, Miguel, 144, 172
 Camargo, Nicolás F., 118, 133
 Camargo Becerra, Miguel Ángel, 78
 Camacho Marente, Violeta, 147, 162, 167, 169
 Camelo Pilonieta, Yaneth, 94, 169
 Canal Daza, Fermin Alonso, 94
 Cardona, Andrés F., 38
 Cardona López, Paula Alejandra, 100
 Cardona Núñez, Uriel Ovidio, 21
 Carranza, Paola, 14, 70
 Camacho, Víctor Andrés, 111
 Carrillo Bayona, Jorge Alberto, 16
- Carroll Pardo, Jorge Arturo, 91
 Carvajal, Miguel, 168
 Casadiego Castro, Fernanda, 170, 171
 Casas Jaramillo, Felipe, 65, 68, 69, 97, 98, 102, 111, 132
 Castilla Barbosa, Andrés, 44, 156
 Castilla Tarra, Jorge, 139
 Castro, Laura, 76
 Castro, William, 88, 137, 162
 Castro Álvarez, Pablo Armando, 35
 Castro Cuaran, Maria Fernanda, 53
 Castrillón, Andrea, 166
 Caycedo, Ruben, 49, 50
 Ceballos, Oswaldo, 84
 Ceballos Muriel, Catalina, 23, 30, 46, 48, 56
 Cervera Bonilla, Sergio, 183
 Cerquera, Sebastián, 84
 Cetares, Camilo, 38
 Chala, Marco, 127
 Chala Galindo, Andrés Ignacio, 12, 13, 61, 62, 67
 Chaves, Melissa Catherine, 43
 Chica Yanten, Julián, 90
 Chona, Mauricio, 74
 Coba Barrios, Hernando, 68
 Colmenares, Daniel, 47
 Combita, Hugo Alberto, 105
 Conde, Luis Fernando, 24, 34
 Conde Monroy, Danny, 47, 52
 Concha, Alejandro, 93, 103
 Contreras Contreras, Martin Felipe, 145, 146, 151, 159
 Contreras Páez, Sebastián, 111
 Correa Restrepo, Julieta, 39, 86, 113, 128, 129, 130
 Cortes Fonseca, Hernán Felipe, 103, 159, 163
 Cortes, Natalia, 38, 92
 Corzo Villamizar, Maria Paula, 51
 Cristancho Torres, Laura, 108, 109, 138
 Cruz, Alejandro, 71
 Cruz, Jaime Andrés, 37
 Cruz Moya, Jairo Alejandro, 158
 Cuadrado Nieves, Katty Carolina, 121
 Cuellar, Maria, 132
 Cubillos, Maria Juliana, 122
 Cuesta Nova, Antonio José, 99
- D
- Daza Fernandez, Maria Laura, 52
 De Francisco Zambrano, Juan, 15, 62
 De La Hoz, Fernando, 24
 Delgado López, Carlos Andrés, 81, 129, 163

Delgado Mateus, Laura Juliana, 87
 Devia Arias, Maria Camila, 75, 102, 171, 181
 Díaz, Carlos Eduardo, 54
 Díaz, Francisco Javier, 132, 183
 Díaz Carrascal, Mauricio David, 35
 Díaz Cuervo, Francisco, 50
 Díaz Granados Goenaga, Esteban, 136
 Díaz Mescias, Juan Sebastián, 27, 32, 121, 122
 Díaz Rincón, Camilo, 76, 91, 152, 181
 Díaz-Rojas, Camilo, 177
 Diazgranados Goenaga, Esteban, 15, 136
 Domínguez, Javier Alexander, 23, 30, 48, 56
 Domínguez, Luis Carlos, 56, 57
 Donoso, Wilfredo, 89
 Donoso-Samper, Andrea, 159
 Drago, Monique, 54
 Duque, Andrés Felipe, 163
 Duque, David 106
 Duque Villalobos, Mauricio Francisco, 31, 32, 34, 45,
 114, 115, 116

E

Ensuncho Hoyos, Cesar Rafael, 35, 157, 180
 Escobar, Rene Marcelo, 128
 Escobar Arias, Nicolas, 118, 133
 Escobar Galarza, Johaney, 157
 Eslava-Schmalbach, Javier, 49, 50
 Espinosa Bautista, José Luis, 25
 Espitia, Omar, 155
 Esquivia Pinzón, Carlos Manuel, 125, 127
 Estrada Torres, Adhara Marina, 82

F

Fajardo, Roosevelt, 49
 Falla Quiñonez, Andrés Ricardo, 147
 Fernández, Daniel Alejandro, 98
 Fernández, Melissa, 122
 Ferrada, Paula, 182
 Fierro, Stefania, 49, 132, 183
 Figueroa Bohórquez, David Mauricio, 58, 89
 Fino Velásquez, Laura Marcela, 16
 Flórez Arango, Natalia, 18
 Flórez Dussan, Gloria, 18
 Fory Viveros, Lina Fernanda, 153
 Franco Castañeda, Ximena, 51
 Freire-Holguín, Katherine, 45
 Fuentes, Carlos, 137, 162

G

Galindo Velásquez, Hather Andrés, 157
 Galvis Castillo, David Ricardo, 72, 75, 106, 151, 168
 García, Giovanni, 81
 García, Luis Fernando, 80
 García Erazo, Alejandra, 66
 García Giraldo, Ana María, 99, 73, 178
 García Marín, Alberto Federico, 90
 García Mora Mauricio, 139
 García Sierra, Andrés Mauricio, 19, 44, 27, 120, 122
 Garzón, J.C., 141
 Giraldo, Lina Maria, 62
 Giraldo Garay, David, 93, 161, 165, 175, 180
 Girón Arango, Felipe, 19, 32, 33, 40, 44, 52
 Godoy Forero, Omar, 126
 Gómez, David, 73
 Gómez, Diego, 124
 Gómez, Efraín José Isaac, 79
 Gómez, José Fernando, 13
 Gómez Ibañez, Lucas, 145, 165, 181
 Gómez, María Tereza, 55
 Gómez Bernal, Liliana Carolina, 51, 182
 Gómez Garnica, David Guillermo, 138, 169
 Gómez Gómez, Daniel, 28, 30, 31, 76, 79, 93, 103, 121,
 123, 124
 Gómez González, Mónica, 142, 143
 Gómez Ibáñez, Lucas, 89, 145, 165, 181
 Gómez González, Mónica, 142, 143
 Gómez Pineda, Óscar Andrés, 128
 Gómez Vera, Carlos, 61
 Gómez Villadiego, Edgardo Antonio, 104
 González, Mario Enrique, 89
 González A., Maria Cristina, 47
 González Alférez, Álvaro Andres, 151, 179, 178, 181
 González Dorado, Mauricio, 20
 González Durán, Bayrol Andrés, 161, 176
 González Higuera, Luis Gabriel, 145, 160
 González Muñoz, Alejandro, 101, 118, 133
 González Núñez, Daniel, 89, 165, 167
 Granada, Julio Cesar, 143
 Granada Camacho, Julio, 16
 Granados Calixto, Álvaro Eduardo, 15, 62
 Granda, Julio Cesar, 142
 Granobles Molina, Juan David, 90
 Guataquira, Nidia, 14
 Guerra, José Daniel, 38, 43, 92
 Guerrero, Ivan Mauricio, 101
 Guerrero Macías, Silvia Ines, 173
 Guerrero Tapias, Mariana Paola, 161, 176

Guerrero Serrano, Pedro Alexander, 148
 Guevara Castro, Raul Enrique, 25, 26, 74, 104, 149, 150
 Guevara, Romeo, 82
 Gutiérrez, Jorge Andres, 74, 94, 130
 Gutiérrez, Pablo Camilo, 33, 105
 Gutiérrez Santoya, Carlos, 122, 123
 Gutiérrez Infante, Fernando, 32, 52, 150, 155
 Guzmán Arango, Carolina, 174
 Guzmán Arango, Natalia, 174
 Guzmán Gómez, José Joaquín, 64, 67, 87
 Guzmán, Ruddy, 82

H

Hamdan Perez, Julian Andres, 41
 Hamilton, Charles, 182
 Hanna, Joseph, 182
 Henry, Sharon, 54
 Hernández, Hender, 24, 34
 Hernández, Stanley, 64
 Hernández, Juan David, 19, 27, 44, 120, 122
 Hernández Perilla, Dary Luz, 139
 Hernández Salgado, Arturo, 180
 Herrera Almario, Gabriel Eduardo, 38, 86, 182
 Herrera Chaparro, Jorge Augusto, 83, 98
 Herrera Sáenz, Francisco, 14, 139
 Herrera Z., Luis E., 139
 Herrera L., Sandra, 139
 Higuera Clavijo, Maria Camila, 106
 Hinojosa, Susana, 83
 Holguin Henao, Juan Guillermo, 70, 85
 Hoyos Valdelamar, Juan Carlos, 154, 157

I

Ibarra Gómez, Sebastián, 14
 Incorvia, Joseph, 182
 Isaza Restrepo, Andrés, 47, 53, 54, 70, 144

J

Jaimes, Fabian A., 39
 Jaimes Lizcano, Sonia Fernanda, 161, 176
 Jaimes Santamaria, Laura Victoria, 64, 67, 83, 87
 Jaller, Daniel, 119
 Jaramillo Rojas, Erika Tatiana, 13, 146
 Jiménez, Andres Felipe, 20
 Jiménez, Cesar, 78
 Jiménez, Cristina, 95

Jiménez Gomez, Rodrigo Alberto, 104
 Jiménez Ramírez, Lia Jasmin, 164
 Jiménez Sánchez, German, 26, 33, 74, 104, 150
 Jiménez, Hector Conrado, 17, 29, 42, 74, 152
 Jiménez, Maria Fernanda, 47, 54, 182
 Jiménez, William A., 134
 Junca, Edgar German, 20, 49, 50, 58
 Jurado Muñoz, Paula Andrea, 120, 163
 Jurado Gomez, Daniel Alberto, 104

K

Kadamani Abiyomaa, Akram, 65, 68, 69, 97, 102, 111,
 132
 Kowalski, Luiz P, 12

L

Labrador, Guillermo, 24, 34
 Larios Beltrán, Gabriela Lucia, 50
 Lasprilla, Natalia, 82
 Lasso, Andrés David, 33, 74
 Leal Angarita, Luis Carlos, 49, 50
 Leal Buitrago, Carlos Alberto, 46
 León, Jimmy Paul, 39
 León Díaz, Adriana Maritza, 157
 Lievano Barreto, Javier Gregorio, 51
 Linares, Juan David, 19, 44, 120, 122
 Linares Ramírez, Juan David, 27
 Lizcano Gonzalez, Deisy Katherine, 63, 73
 Llano Sánchez, Adriana Patricia, 88
 Loaiza, Laura, 38, 43, 92
 Loaiza, Julián Andrés, 104
 Logreira Lavalle, Mauricio José, 104
 Londoño-Schimmer, Eduardo, 38, 65
 Lopera, Carlos, 26, 112, 114
 López, Alejandra, 103
 López, Deyvis, 24
 López, Lina, 74
 López, Mario Andrés, 141, 142, 143
 López, Paula, 102, 112, 114
 López Baldiris, Katerine, 122, 123
 López Ramírez, Juan Felipe, 182
 López Ruiz, José Antonio, 162
 López Ordoñez, Mario, 16, 140, 142
 Lora Aguirre, Alejandro, 18, 22
 Lora, Leonardo, 154
 Lotero, Juan David, 134
 Lozano De Avila, Carlos, 122, 123, 125, 127

Luna, Camila, 28
 Luna, Ruben Daniel, 28, 76, 93, 103
 Luna Jaspe, Carlos, 28, 45, 76, 93, 95, 96, 103
 Luque, Eduardo, 154, 166
 Lutz, Juan Ricardo, 64

M

Macías Jara, Betsy, 63
 Macías Jara, Luver Alexi, 63, 176
 Maldonado, Javier, 106
 Manrique, Alexis Rene, 118, 133
 Marín, Juliana, 74
 Marín Castro, Andrés Eduardo, 137, 161, 180
 Marín Marmolejo, Juan Carlos, 73, 78
 Márquez, Juan Manuel, 97
 Márquez Ustariz, Alfonso, 27, 53, 183
 Márquez, Jorge Adalberto, 84
 Marroquín, Luis, 168
 Martín Mojica, Pedro Antonio, 148
 Martínez, Carlos Mauricio, 17
 Martínez, Carlos, 42
 Martínez, Carolina, 119
 Martínez Moreno, Efraín Felipe, 180
 Martínez, Henry, 99
 Martínez, Mariagracia, 57
 Martínez López, Luis Eduardo, 65
 Martinez, Juan Arturo, 169
 Martínez, Juan Sebastián, 76, 96, 99
 Martínez Villacres, Juanita, 119
 Mayo, David, 182
 Mayorga Gonzalez, Alejandra, 128
 Medina, Oscar, 103
 Medina, Rolando, 29, 42, 152
 Medellín Abueta, Anwar Yair, 95, 153
 Mejía, Alejandro, 81
 Mejía, David Alejandro, 163
 Mejía Tobón, Catalina, 16, 19, 44, 54, 142, 177
 Mejía Villate, Gabriel Fernando, 80, 85
 Mejía Campillo, Marlon, 88
 Melo Botina, Adnry Dilena, 41
 Mendivelso, Fredy Orlando, 22, 25, 153
 Mendoza, Ardi Knobel, 182
 Mendoza Díaz, Sara, 139
 Mercado Díaz, María Fernanda, 35, 157, 180
 Merchán, Johan Sebastián, 84
 Messier, Juliana, 84
 Metke Jiménez, Ricardo, 27
 Meyer, Alberto, 57

Millán Cortes, Carlos Alberto, 71, 158
 Molano Chavarría, Ovidio Fernando, 70, 77, 79
 Molina, Isabel, 91
 Mompean, Fernando Oliva, 162
 Moncada Osorio, Venus, 122
 Moncayo Valencia, Carmen, 71, 176
 Montaña, Daniel, 38
 Montaña Rozo, Andrés, 152
 Montbrun Centeno, Andrea Valentina, 41, 42, 154, 166
 Montbrun Molina, Enrique Eduardo, 41, 42, 154, 166
 Montealegre, Giovanni, 62
 Montenegro, Ricardo, 23, 30, 48, 56
 Montoya, Jaime, 110, 148
 Montoya, Oscar, 93
 Montoya Barrera, Julio Manuel, 145, 160
 Mora, Martha, 38
 Mora Lozada, Adriana Patricia, 146, 159
 Morales, Adriana, 42
 Morales, Carlos Hernando, 39, 113, 128, 129, 130, 131
 Morales Gutiérrez, Diana Angélica, 144, 172
 Morales Morales, Javier Andres, 134, 138, 141, 142, 175
 Moreno, Andrey, 111
 Moreno, Maria Fernanda, 51
 Moreno, Nicole, 82
 Moreno, Osiris, 95
 Moreno Díaz, Susan Julieth, 104
 Moreno Salas, Maria Fernanda, 182
 Mosquera Paz, Manuel Santiago, 65, 68, 69, 97, 98, 102, 111, 132
 Mulett Vasquez, Edelberto, 72
 Munar Aguirre, Cesar, 11, 62
 Muñoz, Cristian, 112
 Muñoz Delgado, Edison, 172
 Muñoz-Cruzado, Virginia Durán, 147, 162, 167, 169
 Muñoz Hoyos, Alberto, 80, 81, 158
 Muñoz Meza, Juan Fernando, 82
 Muñoz Ordoñez, Nohelia, 67
 Muñoz Prieto, Paula, 51
 Murcia Carmona, Ciro Andrés, 65, 68, 69, 97, 98, 102, 111, 132
 Murillo, Gerson, 61, 67
 Muskus, Jaime Andres, 33, 75, 105, 168

N

Nassar Bechara, Ricardo, 19, 27, 44, 120, 122
 Nevado Infante, Antonio, 167, 169
 Navarro Alean, Jorge Alberto, 17, 143
 Navas, Ángela Maria, 153

Niño Torres, Laura, 24, 76, 96, 127
 Noy, Estefanía, 142
 Núñez, Jhon Jader, 43
 Núñez Rojas, Gian, 83, 139

O

Ocampo, Maribel, 91
 Ojeda León, Paulina, 16
 Olarte, Patricia, 106
 Olaya, Hector, 168
 Oliveros, Guillermo, 159
 Oliveros, Ricardo, 110, 119, 148
 Ordoñez, Claudia Paola, 81
 Ordoñez Mosquera, Juliana Maria, 89, 93, 134, 137, 151, 161, 165, 175, 180
 Orozco Martín, Viviana, 70, 144, 156
 Ortega, Jairo Hernán, 175
 Ortega, Jhonatan, 168
 Ortega Niño, Dauris Jhoana, 46
 Ortiz Espinel, Douglas Omar, 159
 Ortiz Parra, Magally Andrea, 34, 35
 Ortiz Rueda, Belisario, 44, 156
 Osorio Covo, Carlos, 14
 Osorio, Marcela, 17
 Otero, Jorge, 38
 Oviedo, Maria Mercedes, 68

P

Pacheco, Maikel Adolfo, 19, 37
 Padilla, Cristina, 26, 106
 Padillo Ruíz, Javier, 147, 162, 167, 169
 Padrón, Oscar Luis, 33, 75, 168
 Páez Cancelado, Christian Camilo, 182
 Palacios Rodríguez, Helmer Emilio, 41, 90, 118
 Pantoja Burbano, Sandra, 45
 Pantoja Montenegro, Camila, 67
 Pareja Ciuró, Felipe, 147, 162, 167, 169
 Parra, Juan Fernando, 174
 Pardo, Julián, 89
 Parra, Patricia, 102
 Parra Puentes, Juan Sebastián, 134, 141, 142
 Parrado Delgado, Mónica, 24
 Patiño Remolina, Pedro Leonardo, 105
 Peck, Gregory, 182
 Pedraza Ciro, Mauricio, 26, 30, 31, 45, 46, 75, 93, 99, 121, 123, 124, 155
 Peña Navarro, Maria Alejandra, 182
 Peñafiel Ruiz, Jorge Wladimir, 99

Perdomo Tejada, Darío Fernando, 94
 Pérez, Maria Camila, 108
 Pérez Arias, Luisa Fernanda, 12, 62, 72
 Pérez Calderón, Darwin Daniel, 145, 165, 167
 Pérez Rivera, Carlos Jose, 65, 68, 69, 97, 98, 102, 108, 132
 Petano, Francisco, 26
 Peterson, Tim, 95, 141
 Pico Álvarez, Efraín, 131
 Pineda, Manuela, 101
 Pineda, Vivian, 153
 Pinilla, Raúl, 110, 119, 148
 Pinillos Pilar Carola, 20, 49, 50, 80, 81, 158
 Pino Oliveros, Luis Fernando, 23, 30, 48, 56
 Pinto Carta, Renzo, 79
 Pinto Lesmes, Ernesto, 19, 27, 44, 120, 122
 Pinzón, Pablo, 52
 Pinzón Cepeda, Fabio Eduardo, 101
 Pizarro Herrera, Mike Fernando, 104
 Plata Mora, Javier Fernando, 157
 Polania, Valentina, 155
 Posada Viana, José Carlos, 35, 67, 157, 180
 Prado Reina, Andrés Felipe, 137
 Priarone, Carlos Maximiliano, 43
 Prieto Ortiz, Robín Germán, 48, 138
 Puentes, Gerardo, 37
 Pulido, Felipe, 159
 Pulido Segura, Jean A., 30, 121, 123, 124
 Puyana, Juan Carlos, 47, 182

Q

Quintana Montejo, Natalia, 50
 Quintero Ladino, Diego Fernando, 145, 160
 Quintero, Laura, 112, 114
 Quintero, Marco Tulio, 17, 143
 Quintero Portillo, Roberto, 40

R

Ramallo Solís, Irene Maria, 147, 167
 Ramírez, Claudia Marcela, 74
 Ramírez, Efraín, 83
 Ramírez, Julián Alejandro, 43
 Ramírez Arbeláez, Jaime Alberto, 31, 32, 34, 35, 45, 114, 115, 116
 Ramírez Ceballos, Mariana, 174
 Ramírez Giraldo, Camilo, 70, 79, 144
 Ramírez Sánchez, Nathaly Alexandra, 65, 68, 69, 97, 98, 102, 108, 132

- Ramos, Juan Guillermo, 161
 Redondo De Oro, Katherine, 14
 Rehman, Shahyan, 182
 Rengifo, Dayana Sofia, 144, 172
 Rendón Hernández, Juliana, 145, 160
 Rentería, Nelson Ricardo, 163
 Restrepo, Carolina, 86
 Restrepo Restrepo, Hernán, 18
 Restrepo, Hernán, 91
 Restrepo Castrillón, Jasson, 130
 Restrepo, Jorge, 57
 Restrepo, Juliana, 23, 30, 48, 56
 Restrepo Moreno, Monica, 130
 Restrepo Rendón, Santiago, 129
 Rey Chaves, Carlos Eduardo, 144
 Rey Robledo, Samuel, 27, 121, 122
 Ricardo Sagra, Michael, 84
 Ricaurte, Alberto Enrique, 19, 44, 122, 150
 RIFT Study Group on behalf of the West Midlands
 Research Collaborative, 170
 Rincón, Carlos Javier, 49
 Rincón, Sara, 89
 Rincón Santos, David, 99
 Ríos, Giovanni, 84
 Ríos, William, 84
 Ríos Cadavid, Angela Cristina, 24, 32, 33, 40
 Rivas Zuñiga, Giovanna Marcela, 122, 123, 125, 127
 Rivera, Aura Lucia, 177
 Rivera, Ingrid, 155
 Rivera, Jairo, 134
 Rivera Rincón, Natalia Andrea, 15, 85
 Riveros, Manuel, 153
 Roa, Alberto, 99, 111
 Roa, Lina, 182
 Robledo, Daniela, 89
 Rodríguez Albarracín, Mario Andrés, 50
 Rodríguez, Álvaro, 84
 Rodríguez Fajardo, Jesús, 108, 109
 Rodríguez Monclue, Camilo, 106, 111
 Rodríguez Narváez, José Gabriel, 144
 Rodríguez, Julio Cesar, 21
 Rodríguez García, Erwin, 178
 Rodríguez Prada, Diego, 153
 Rodríguez Reyes, Carlos, 93, 103
 Rodríguez Rosales, Natalia, 134, 138, 141, 142, 175
 Rodríguez Vargas, Carolina, 65, 174
 Rojas, Alexei, 164
 Rojas, Santiago, 182
 Rojas, Susana, 178
 Rojas Gutiérrez, Andrés Felipe, 11, 12, 136
 Rojas López, Susana, 24, 32, 40, 96
 Rojas Rojas, Edwin Leonardo, 146
 Roldán Chica, Adolfo León, 68
 Roldán Zapata, Luis Felipe, 120
 Roman, Alejandro, 131
 Roman, Carlos Fernando, 65, 68, 69, 97, 98, 102, 109,
 132
 Romero, Edwin, 42
 Romero, Hernando, 98
 Romero, Rafael, 119
 Romero Espinosa, Andrés, 133
 Romero Triana, Diego Alejandro, 136
 Romo, Julián Andrés, 103, 175
 Romo Romero, William O., 67
 Rosso Bayona, Jesus David, 53
 Rubiano, Andrés, 182
 Rueda, Cindy, 33
 Rúgeles, Saúl, 37
 Ruiz, Andrés, 66
 Ruiz Pineda, Juan Pablo, 18, 22
- S
- Sabatino, Marlena, 182
 Sáez Martínez, Anuar, 113
 Salamanca Chaparro, William Hernando, 105, 106,
 151, 170, 171, 177
 Salazar, Juan Manuel, 178, 179
 Salazar, Oscar, 61, 67
 Salazar García, Andrés Felipe, 27, 29
 San Juan, Juan, 42
 Sanabria, Álvaro, 11, 12, 13, 56
 Sanabria Quiroga, Álvaro Enrique, 136
 Sánchez Arteaga, Alejandro, 147, 162, 167, 169
 Sánchez, Elio Fabio, 52, 183
 Sánchez, Leidy Cristina, 29, 152
 Sánchez Jiménez, Wanda, 94
 Sánchez, Gonzalo, 17, 143
 Sánchez Ussa, Sebastian, 26, 45, 46, 93, 155
 Sánchez, Sebastian, 30, 31, 75, 76, 99, 121, 123, 124
 Sánchez, William, 88, 137, 162
 Sandoval, Pablo, 132
 Santander Molina, Elsy Liliana, 112, 114
 Santibáñez Palomino, Juan José, 150
 Sarmiento Fontalvo, Ferney, 117, 131
 Sarmiento Gutiérrez, Michelle, 14
 Sarmiento Robinson, Karen, 85, 177
 Sarmiento Samaca, Luis Antonio, 73, 78

Sarzosa Varona, Fernando, 83
 Saza Caicedo, Veronica, 136
 Scott, Michael, 182
 Senejoa, Nairo, 153
 Senosiain, Julián, III
 Serna Arbeláez, Carlos, 18
 Serrano De Castro, Javier, 57, 149
 Serrano Gamboa, María Adriana, 148
 Serrano Rodríguez, Mayerlin, 151, 178, 179, 181
 Siado, Sergio Andre, 17
 Siljic Bilicic, Ivo, 21
 Silva, Álvaro, 102
 Silva, Lorena, 34
 Silva, Stephanie, 122
 Solana Tinoco, José Belisario, 35
 Solarte Pineda, Herney, 63, 100, 144, 172
 Solorzano Loo, Wilson, 71, 176
 Stewar, Ronald, 54
 Suárez, Andrea, 69
 Suárez Olarte, Liliana Maria, 18, 25, 26, 72, 74, 104, 149, 150

T

Tabares, Raquel, 52
 Tallón Aguilar, Luis, 147, 162, 167, 169
 Tamayo, Jaider, 113
 Tamayo López, Maria Jesús, 147, 167, 169
 Tarazona Bautista, Camilo Andrés, 31, 32, 34, 35, 45, 114, 115, 116
 Tarazona León, Cristian, 44, 156
 Táutiva García, Margarita, 109
 Téllez, Diego, 101
 Téllez Beltrán, Diego Felipe, 183
 Timaran, Rene Fernando, 81
 Tinoco González, José, 147, 162, 167, 169
 Tinoco Guzmán, Laura, 18, 149
 Jorge Felipe Tobar, 83
 Toro Vasquez, Juan Pablo, 113, 128, 129, 130, 131
 Toro Calle, Jerónimo, 149, 174
 Toro Naranjo, Ana Maria, 52
 Torregrosa Almonacid, Lilian, 53, 54
 Torres, German Rodrigo, 127
 Torres, Paula, 156
 Torres, Yolanda, 53
 Torres España, Nicolás Felipe, 63, 73, 100, 144, 172
 Torres González, Valentina, 35
 Torres Velasco, Fabián, 118
 Triana, Héctor Mauricio, 43
 Trujillo, Elena Maria, 55

Trujillo Vidal, Jorge Hernan, 23, 30, 48, 56
 Turizo Agamez, Álvaro, 131
 Turizo Farias, Jorge Luis, 102, 175, 182

U

Ulloa Gordon, Fernando Mauricio, 15, 20, 136
 Uran, Mercedes, 163
 Uribe, Gabriel, 15
 Uribe Munera, José Andres, 81
 Urrutia, Andrés, 31

V

Vailati, Juan, 154
 Velandia, Victor, 54
 Valbuena, Diego, 76
 Valdivieso Rueda, Eduardo, 23, III
 Valencia Ángel, Laura Isabel, 90
 Valencia Ferro, Julio Andrés, 136
 Valencia Salazar, Juan Carlos, 21, 23, 30, 48, 56
 Valencia, Mauricio, 13
 Valenzuela Vanegas, Sebastián, 164
 Valero, Juan, 58
 Viana, Einstein, 119
 Villarreal, Ricardo, 30, 31, 95, 96, 121, 123, 124, 141
 Vanegas, Diego, 138
 Vanegas Ballesteros, Mauricio, 44, 156
 Vargas, Ana Maria, 32
 Vargas, John Ricardo, 126
 Vargas Arango, Elizabeth, 100
 Vargas-Parada, Isabella, 140
 Vargas Rodríguez, Jorge Isaac, 26, 74, 104, 149, 150
 Vásquez, Jesús, 112, 129
 Vega Peña, Neil Valentin, 22, 56
 Velásquez, Diana, 32
 Velásquez, Maria Rocelly, 113, 128
 Velásquez Acosta, Maria Elena, 49, 55
 Velásquez Cuasquen, Braulio Giovanni, 67
 Velásquez García, María Rocelly, 130
 Velásquez Jiménez, Orlando Alberto, 25, 137
 Velásquez Rodríguez, Juan Camilo, 157
 Vergara Osorio, Giovanni, 63, 144, 172
 Vergara Suárez, Fabio Alejandro, 31, 32, 34, 35, 45, 114, 115, 116
 Vergnaud, Jean, 26
 Villadiego Gómez, Andrea Paola, 157
 Villalobos, Mauricio Francisco, 35
 Villegas Bonilla, Cesar Augusto, 163, 170, 171, 177
 Vinck, Eric E., 30, 31, 95, 121, 123, 124, 141

Y

Yépez Yépez, David Cipriano, 63, 71

Z

Zakrison, Tanya L., 182

Zambrano, Alejandra, 28, 93, 96

Zamudio Portilla, Jorge Enrique, 146

Zapata, Andrés, 111

Zapata, Carlos Manuel, 20, 167, 171, 179

Zapata Uribe, Felipe, 57, 166

Zarate, Eduardo, 153

Zuluaga Zuluaga, Mauricio, 21

Zuñiga, Laura, 132

Zurita Medrano, Nayib, 113, 121, 122, 123, 125, 126, 127, 133