



CASOS CLÍNICOS

TÓRAX

02-016

Tumor de células plasmáticas de la carina: reporte de un caso

Juan Camilo Ramírez, Luis Fernando Vélez, Carlos Millán

Hospital de San José

Bogotá, Colombia

luisfernandovelezmd@yahoo.com

Hipótesis. Se pretende demostrar la factibilidad de la resección de la carina en un paciente con sintomatología derivada de una lesión en esa localización.

Metodología. Es el reporte de un caso intervenido en el Hospital Universitario de San José de Bogotá.

Se trata de un paciente de sexo masculino, de 54 años, con obesidad tipo I, que consultó por un cuadro de múltiples episodios de infecciones de las vías respiratorias superiores, de seis meses de evolución (abril de 2008), sin pérdida de peso. Durante la evolución, presentó un episodio de hemoptisis, sin compromiso hemodinámico, sin disminución de la hemoglobina, Fue manejado por consulta externa de neumología y se decidió tomar una TAC de tórax.

Antecedentes. Fue fumador hasta dos años antes, presentaba obesidad tipo I y era sedentario.

En la TAC de tórax se encontró una lesión en la carina, con obstrucción casi total del bronquio fuente izquierdo. Se practicó fibrobroncoscopia, con la cual se localizó la lesión de la carina y se tomaron biopsias, que reportaron tumor carcinoide típico.

Fue remitido a nuestra institución, donde se realizaron estudios adicionales, fibrobroncoscopia virtual y gammagrafía pulmonar, y se encontró compromiso del pulmón izquierdo, con función del 17%, y del pulmón derecho, con función de 81%. Se presentó en junta quirúrgica y se decidió someterlo a resección y reconstrucción de la carina. El procedimiento se realizó sin complicaciones, después de lo cual el paciente mejoró su calidad de vida. El estudio de anatomopatología reportó un tumor de células plasmáticas.

Conclusión. Los tumores de este tipo y en esta localización son extremadamente raros. La experiencia que se tiene con este tipo de resecciones, aun en lugares de amplia experiencia, es poca. No hay reportes extensos en la literatura sobre este tipo de resecciones, por lo que pretendemos mostrar el enfoque con el que se analizó este paciente y los puntos clave en este tipo de procedimientos quirúrgicos.

02-027

Carcinoma adenoide quístico primario de bronquio lobar

Leonidas Tapias, Luis Felipe Tapias-Vargas,

Leonidas Tapias-Vargas, María Emma García,

Julio César Mantilla, Ernesto García.

Fundación Oftalmológica de Santander,

Clínica Carlos Ardila Lülle

Floridablanca, Colombia

ltapias@intercable.net.co

Introducción. Los tumores primarios de las vías aéreas son extremadamente raros, con una incidencia estimada de hasta 700 casos por año en los Estados Unidos.

Objetivo. Describir un caso de carcinoma adenoide quístico primario de bronquio lobar.

Caso clínico. Se trata de un paciente de 60 años con episodios recurrentes de hemoptisis y disnea de esfuerzos, desde dos años atrás. Tenía antecedentes de tabaquismo, dejado 35 años antes. Una tomografía de tórax evidenció una masa en el bronquio fuente derecho y neumonitis posobstructiva; en la fibrobroncoscopia se encontró que la masa provenía del bronquio lobar superior, de la cual se tomó una biopsia que se interpretó como tumor carcinoide. Se practicó una lobectomía superior derecha en mango.

Resultados. La histopatología reportó carcinoma adenoide quístico bronquial metastásico a ganglio peribronquial y compromiso microscópico del margen de resección. Recibió 61,2 Gy de radioterapia posoperatoria. Dos años después de la cirugía, no había evidencia de enfermedad recurrente o metastásica.

Discusión y conclusiones. Los tumores primarios de la vía aérea pueden provenir de la tráquea, los bronquios fuentes o el bronquio intermediario. La mayoría de los tumores de tráquea son carcinomas escamocelulares (46%) y carcinomas adenoides quísticos (26%).

El carcinoma adenoide quístico es un tumor de tipo salival que se ha reportado en múltiples localizaciones. El carcinoma adenoide quístico es más frecuente en la tráquea, por lo que los casos de los bronquios lobares son muy raros; representan 8% a 16% de los tumores glandulares bronquiales. El tratamiento consiste en resección total y radioterapia posoperatoria. En los tumores no resecaos la supervivencia es de 40% y 0%, a 5 y 10 años respectivamente, mientras que en los resecaos es de 91% y 76%.

02-028

Fístula traqueo-esofágica gigante secundaria a radioterapia

Leonidas Tapias, Leonidas Tapias-Vargas,

Luis Felipe Tapias-Vargas

Fundación Oftalmológica de Santander,

Clínica Carlos Ardila Lülle

Floridablanca, Colombia

ltapias@intercable.net.co

Introducción. Las fístulas traqueo-esofágicas adquiridas pueden producirse por neoplasias, trauma, infecciones granulomatosas, cirugía de la tráquea o esofágica, colocación de sondas, cánulas o *stents*, o asistencia respiratoria mecánica.

Objetivo. Describir el caso de una fístula traqueo-esofágica gigante, secundaria a radioterapia.

Caso clínico. Se trata de un paciente de 17 años, con diagnóstico de linfoma anaplásico, que recibió radioterapia, 10 dosis de 300 cGy hasta completar 3.000 cGy, en la región cérvico-clavicular. Desarrolló una fístula traqueo-esofágica gigante (4,2 cm), la cual causó rápido deterioro del paciente.

Luego del tratamiento médico sin mejoría, se decidió hacer reparación quirúrgica; consistió en esofagectomía total con ascenso gástrico por incisión cérvico-torácica en libro abierto y laparotomía. Se disecó la fístula traqueo-esofágica y se encontró parte del balón del tubo oro-traqueal herniado hacia el esófago. Parte de la pared del esófago se utilizó para reparar el orificio de la fístula en la tráquea y se reforzó con un injerto de *fascia lata*. Se realizó un ascenso gástrico transhiatal con anastomosis término-terminal en el cuello.

Resultados. Un esofagograma con bario demostró posteriormente una fístula pequeña persistente. Aproximadamente 1 mes después de la cirugía, el paciente sufrió una reactivación del linfoma y falleció.

Discusión y conclusiones. Las fístulas traqueo-esofágicas adquiridas secundarias a radioterapia son raras y representan un reto terapéutico por el mal estado de los tejidos y las condiciones nutricionales de los pacientes. El tratamiento depende del tamaño de la fístula y puede hacerse con *stents* o cirugía. En casos de fístulas traqueo-esofágicas gigantes secundarias a *stents* esofágicos, se ha utilizado, con éxito, la reparación con un parche de pared esofágica y ascenso gástrico.

02-031

Masa en el mediastino por actinomicosis en hombre de 18 años

Efraín Andrés Revelo, Jorge Herrera,

Germán Ruiz, Alexei Rojas

Universidad del Cauca, Hospital Universitario San José

Popayán, Colombia

andresrevelom@hotmail.com

Introducción y objetivos. La actinomicosis es una infección bacteriana causada por bacilos Gram positivos anaerobios, género *Actinomyces*, que forman abscesos, masas y fístulas subcutáneas en estadios avanzados, y afectan de manera típica las regiones cérvico-facial (50%), abdominal (30%), torácica (20%) y otras.

La actinomicosis del mediastino es infrecuente, En la mayoría de los casos se hacen diagnósticos hipotéticos por la similitud con tumores, razón importante para presentar este caso.

Caso clínico. Se trata de un hombre de 18 años del área rural del departamento del Cauca, sin enfermedades subyacentes, que ingresó a urgencias por un cuadro de seis meses de evolución de dolor torácico interescapular, astenia y adinamia. Veinte días antes del ingreso, le apareció una masa dolorosa en la zona anterior del hemitórax izquierdo, de crecimiento progresivo y con síndrome de vena cava superior, fiebre y leucocitosis.

En la tomografía cérvico-torácica con contraste se reportó la presencia de una masa paramediana izquierda del mediastino, de 11 cm por 11 cm por 15 cm, de contornos irregulares, con realce heterogéneo, compromiso de la reja costal, el músculo pectoral menor y el mayor, adenopatías axilares ipsilaterales y compresión de la vena cava superior. Se hizo el diagnóstico presuntivo de neoplasia o tuberculosis.

Se practicó biopsia abierta y se obtuvo tejido cartilaginoso y blanquecino, cuyo estudio histopatológico diagnosticó actinomicosis del mediastino. Se administró ampicilina intravenosa durante cuatro semanas con evolución favorable. El control tomográfico demostró disminución del 80% del volumen de la masa y se continuó el tratamiento con penicilina oral por seis meses.

Discusión y conclusiones. La actinomicosis del mediastino es un diagnóstico difícil e infrecuente. No presenta signos patognomónicos y debe incluirse en los diagnósticos diferenciales de neoplasia (linfoma) y tuberculosis, entre otros.

Ante una biopsia con infiltrado inflamatorio rico en neutrófilos, debe realizarse una búsqueda intencionada de este agente. El tratamiento prolongado con penicilina es efectivo.

02-032

Neumomediastino espontáneo

Jorge Herrera, Guillermo Vallejo

Universidad del Cauca, Clínica La Estancia

Popayán, Colombia

criaderourapanes@hotmail.com

Introducción. El neumomediastino espontáneo es una entidad rara y benigna de adultos jóvenes, sin factor definido para su aparición. Corresponde a 1% de todos los casos de neumomediastino y genera dificultades en el manejo.

Caso clínico. Se trata de una mujer de 20 años con dolor intenso y súbito en el cuello y el tórax antero-superior, con odinofagia y enfisema subcutáneo en las regiones laterales del cuello.

Ingresó normotensa, sin síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, con saturación de O₂ de 98% y con enfisema subcutáneo en áreas laterales del cuello y del tórax antero-superior. La auscultación cardiopulmonar fue normal.

En la radiografía de tórax se observó aire en el mediastino y en la TC, extenso neumomediastino con enfisema subcutáneo en los tejidos blandos del cuello y el tórax antero-superior, con pequeñas bulas apicales bilaterales.

Se hizo seguimiento clínico y radiológico y se obtuvo disminución del enfisema subcutáneo y resolución radiológica del neumomediastino. Al tercer día, egresó para seguimiento ambulatorio.

Discusión y conclusiones. Los casos de neumomediastino espontáneo generan controversia por su escasa frecuencia. La literatura informa un caso por cada 30.000 emergencias y en pacientes jóvenes son pocos los casos secundarios a ruptura de bulas. Su fisiopatología se describe como la disección de gas a través del espacio intersticial perivascular del hilio pulmonar, por un gradiente de presión entre el espacio alveolar y el mediastino. Los síntomas principales son dolor torácico, enfisema subcutáneo y disnea. El diagnóstico se inicia con la radiografía de tórax y se complementa con estudios específicos, como TC de tórax, esofagograma con medio hidrosoluble y, con menor frecuencia, con endoscopia de vías digestivas y ecocardiograma transtorácico. La mayoría de los casos

son manejados con observación clínica y se resuelven en pocos días, sin cirugía.

02-037

Teratoma pulmonar: presentación de caso quirúrgico patológico

Edgar Julián Ferreira-Bohórquez,

Julio Alexander Díaz-Pérez

Grupo de Investigación en Cirugía y Especialidades,
Universidad Industrial de Santander

Bucaramanga, Colombia

gricesuis@yahoo.com

Introducción. Los teratomas pulmonares son neoplasias infrecuentes de las cuales se han descrito cerca de 65 casos en la literatura. En general, se considera que pueden ser derivados de tejido tímico aberrante, de un foco teratomatoso del mediastino o de la presencia de células pluripotenciales disgregadas en los primordios pulmonares.

Objetivo. Describir un caso clínico de teratoma pulmonar y discutir el tema.

Caso clínico. Se trata de un hombre de 26 años que consultó por tos con expectoración, disnea y fiebre de 6 meses de evolución, asociados a pérdida de peso y dolor pleurítico; por lo anterior, se realizó TC de tórax que mostró una masa en el lóbulo superior izquierdo, de densidad heterogénea. Con lo anterior, se hizo el diagnóstico de absceso pulmonar y se descartó enfermedad tuberculosa.

Se practicó resección del segmento pulmonar, por medio de toracotomía postero-lateral izquierda, y se encontró un tumor pulmonar lobulado, pardo amarillento, con presencia de formaciones quísticas en su interior, cuyo estudio histopatológico indicó un teratoma maduro con elementos cutáneos, musculares lisos y adiposos.

Discusión y conclusiones. Los tumores de origen germinal se pueden originar en cualquier parte del organismo, como consecuencia de la presencia de restos embrionarios y células pluripotenciales disgregadas. Los teratomas pulmonares se presentan en adultos jóvenes, sin predilección por sexo, se ubican casi siempre en los lóbulos pulmonares superiores y se clasifican en maduros e inmaduros, según la presencia de elementos bien diferenciados o primitivos, al igual que los demás

teratomas localizados en otras partes del cuerpo. Esta característica es la responsable de su comportamiento biológico, recurrencias y metástasis a distancia. En su estudio se debe tener en cuenta, en especial, la presencia de tricoptisis, asociada a síntomas sugestivos de absceso pulmonar, que pueden indicar su presencia.

02-044

Síndrome de la cilia inmóvil, reporte de un caso

Mauricio Figueroa, Gustavo Adolfo Valderrama

Hospital Universitario del Valle y Fundación Valle del Lili
Cali, Colombia

gvalderramah@yahoo.com

Introducción. El síndrome de la cilia inmóvil es un raro trastorno genético, caracterizado por movimiento ciliar anormal y eliminación mucociliar alterado/a ocasionado por defectos funcionales y ultraestructurales. Se manifiesta por infecciones respiratorias recurrentes o persistentes e infertilidad masculina. La frecuencia de esta enfermedad es de 1 en 2.500 y puede variar hasta 1 en 40.000; es más común en Japón. En 50% de los pacientes el síndrome de la cilia inmóvil se asocia a *situs inversus*, descrito en detalle por Kartagener, y la asociación de sinusitis, bronquiectasias e infertilidad se conoce como el síndrome de Young. Presentamos el caso de un paciente del Hospital Universitario del Valle.

Materiales y métodos. Se revisa un caso estudiado en el Hospital Universitario del Valle, que se manifestó con una infección respiratoria baja a partir de un episodio de sinusitis, con un curso grave y recuperación definitiva, en el cual los hallazgos de la historia clínica hicieron sospechar el síndrome, que se documentó, y se revisa la literatura.

Resultados. Se revisó la literatura relacionada con este caso, en vista de su baja incidencia, advirtiendo de sus manifestaciones más frecuentes, que permiten –basados en un alto índice de sospecha clínica– hacer el diagnóstico en edad temprana y así prevenir su progresión evitando serias complicaciones pulmonares.

Discusión y conclusiones. Aunque el diagnóstico final del síndrome se apoya en los hallazgos de microscopía electrónica que, en nuestro medio, no está fácilmente disponible, el conocimiento clínico del síndrome es la base de su diagnóstico. Su diagnóstico en las etapas

tempranas de la enfermedad produce un impacto importante sobre la evolución de la enfermedad al prevenir el desarrollo de bronquiectasias y las infecciones a repetición.

SENO Y TEJIDOS BLANDOS

02-041

Cáncer de seno en pacientes con implantes de aumento: descripción de una serie de 12 casos

Jaime Rubiano

Universidad del Valle, Hospital Universitario del Valle
Cali, Colombia
jrubiano123@hotmail.com

Introducción. El cáncer de seno es la primera causa de cáncer en las mujeres. Su presentación en mujeres jóvenes es cada día mayor. Al mismo tiempo, el porcentaje de mamoplastias de aumento con implante ha crecido exponencialmente en los últimos años, lo cual hace que cada día sea más frecuente ver estas tres variables juntas, es decir, jóvenes, implantes y cáncer.

Materiales y métodos. Se presentan doce casos de mujeres jóvenes con implantes mamarios que, posteriormente, desarrollaron cáncer de mama.

Se discuten su diagnóstico y manejo y se hacen recomendaciones en concordancia con la revisión actualizada de la literatura.

Se describen las siguientes variables: edad, tipo de tumor, tipo de implante, tiempo de aparición del tumor después del implante, clasificación TNM, histología y tipo de tratamiento quirúrgico. Se describe la forma de hacer el diagnóstico histológico.

Discusión y conclusiones. En 1960 aparecieron los implantes mamarios y hay cifras que indican un crecimiento de 533% entre 1992 y 2001. Se calcula que en los Estados Unidos hay más o menos 35.000 mujeres con implantes y cáncer de seno.

Se dice que la presentación de estos casos es tardía porque el implante retarda el diagnóstico por mamografía, por la retracción de la cápsula que produce.

En estos 12 casos, el diagnóstico fue hecho por la misma paciente, por la presencia de masa. Se confirmó con biopsia por aspiración con aguja fina en 11 casos y en un caso por resección de la masa que se pensó era benigna.

El tratamiento ha evolucionado de la mastectomía radical modificada a la cuadrantectomía más radioterapia con ganglio centinela vaciamiento axilar o ambos, como en los casos en que no hay implantes. Se discute el efecto deletéreo de la radioterapia en estos casos.

SISTEMA GASTROINTESTINAL

02-001

Síndrome del capullo abdominal: reporte de un caso

Antonio Caycedo, Jean Denis Yelle

The Ottawa Hospital
Ottawa, Canada
acaycedo@ottawahospital.on.ca

Introducción y objetivos. El síndrome de capullo abdominal (*cocoon syndrome*) es una entidad bastante infrecuente, cuya principal característica es el encapsulamiento parcial o total del intestino delgado por una capa gruesa de tejido fibroso y adherencias, que resulta, en una total aglutinación de las asas intestinales.

Materiales y métodos. Reportamos una paciente con obstrucción intestinal completa y síndrome de capullo, diagnosticada en el perioperatorio; asimismo, presentamos una breve revisión de la literatura y discutimos la etiología.

Discusión y conclusiones. El diagnóstico preoperatorio es particularmente difícil y, usualmente, se establece en el momento de la cirugía. La etiología todavía no es clara y se han descrito múltiples causas. No se han reportado más de 50 casos de síndrome de capullo, ninguno de estos en Norteamérica, y la mayoría de los reportes son casos de origen idiopático. Generalmente, los pacientes son mujeres jóvenes adolescentes de países del trópico o subtropical, quienes usualmente presentan obstrucciones intestinales. Los síntomas pueden manifestarse de manera crónica y larvada con episodios de agudización.

02-002

Torsión de epiplón: una causa inusual de abdomen agudo

Henry Uscátegui, Deivis López,

Juan Paulo Serrano

Hospital Universitario de Santander,
Universidad Industrial de Santander
Bucaramanga, Colombia
huscategui@hotmail.com

Introducción. La torsión primaria del epiplón es una condición clínica poco frecuente, que se debe considerar entre las causas de abdomen agudo. Se manifiesta con dolor abdominal, que puede simular otras afecciones quirúrgicas intraabdominales.

Se caracteriza por torsión del epiplón sobre su eje longitudinal, con compresión del pedículo vascular, congestión venosa, lesión isquémica del segmento distal y, finalmente, necrosis. El objetivo es presentar un caso clínico y revisar la literatura existente.

Materiales y métodos. Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura.

Resultados. Se trata de una paciente de 40 años, con dolor abdominal de ocho días de evolución, que se inició en el epigastrio y se irradiaba al flanco izquierdo.

En el examen, la paciente estaba estable y a la palpación del flanco izquierdo se encontró dolor y una masa indurada, móvil, sin signos de irritación peritoneal.

En la TAC de abdomen se observó una imagen de aspecto helicoidal, que se extendía desde la zona media del hipocondrio izquierdo en dirección ínfero-medial, hasta el plano supravesical, con una zona central de mayor densidad y escasa impregnación del medio de contraste, por lo cual se consideró el diagnóstico de torsión de epiplón.

Se realizó laparoscopia y se encontró torsión del epiplón desde su raíz, con necrosis. Se practicó resección de epiplón y la paciente evolucionó satisfactoriamente.

Discusión y conclusiones. La torsión de epiplón, aunque infrecuente, debe considerarse entre las causas de abdomen agudo. En nuestra paciente, al igual que lo reportado en la literatura, no se encontró una causa aparente; el diagnóstico se hizo mediante la TAC de abdomen. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica del segmento necrosado, con lo cual se logra resolución completa del cuadro.

02-003

Perforación espontánea del esófago: síndrome de Boerhaave

Henry Uscátegui, Deivis López
Hospital Universitario de Santander,
Universidad Industrial de Santander
Bucaramanga, Colombia
huscategui@hotmail.com

Introducción. La perforación espontánea esofágica es una entidad infrecuente. Se define como la ruptura de la pared esofágica sin una causa evidente, como traumatismos, instrumentación, afección del esófago o ingestión de cuerpos extraños. El pronóstico y la gravedad se incrementan con el tiempo entre su presentación y el manejo quirúrgico. El objetivo es presentar dos casos clínicos y una revisión de la literatura.

Materiales y métodos. Presentación de dos casos clínicos y revisión de la literatura.

Caso 1. Se trata de un paciente de 62 años con cuatro días de dolor en el hemitórax derecho y disnea. En la radiografía de tórax se encontró neumotórax derecho. Se practicó toracostomía con salida de material alimenticio. Se sometió a toracotomía postero-lateral derecha y se encontró una perforación de 6 cm que comprometía el tercio medio de esófago; se dejó toracostomía para drenaje. Se practicaron esofagostomía cervical y gastrostomía. Permaneció en la unidad de cuidados intensivos durante cinco días con adecuada evolución y, posteriormente, presentó un episodio de disnea súbita y falleció con diagnóstico de tromboembolismo pulmonar.

Caso 2. Se trata de un paciente de 81 años con un día de dolor retroesternal intenso y enfisema subcutáneo posterior a múltiples episodios de emesis. En la radiografía de tórax se encontró neumomediastino y en el esofagograma, perforación en el tercio distal esofágico izquierdo. Se sometió a toracotomía postero-lateral izquierda y se encontró una perforación puntiforme de esófago; se hizo rafia primaria y toracostomía cerrada. El paciente falleció en la unidad de cuidados intensivos.

Discusión y conclusiones. La perforación esofágica es un evento devastador con altos índices de mortalidad y complicaciones infecciosas graves. Uno de nuestros casos es de presentación inusual, ya que comprometió un segmento de varios centímetros del tercio medio hacia el lado derecho.

02-011

Tumores duodenales

Maike Pacheco, Guillermo Aldana, Hedda Uribe
Hospital San José
Bogotá, Colombia
heddauribe@hotmail.com

Introducción y objetivos. Los tumores duodenales son una patología de baja frecuencia. El objetivo de este trabajo es presentar una serie de casos de seis pacientes con tumores duodenales, diagnosticados y manejados quirúrgicamente, durante un periodo de dos años en el Hospital San José y el Hospital Infantil de San José.

Resultados. A tres de estos pacientes se le hizo el diagnóstico de tumor del estroma gastrointestinal (*gastrointestinal stromal tumours*, GIST), a uno de tumor carcinoide y a dos pacientes de adenocarcinoma, uno de ellos no extirpable.

Discusión y conclusiones. Se exponen en este trabajo la presentación clínica, el manejo quirúrgico, el estudio anatomopatológico, la confirmación diagnóstica y el seguimiento posoperatorio, así como los factores de pronóstico en los pacientes con tumores duodenales.

02-012

Tumores del estroma gastrointestinal del duodeno

Guillermo Aldana, Carolina Díaz
Hospital San José
Bogotá, Colombia
caritodiazrivera@hotmail.com

Introducción. Los tumores del estroma gastrointestinal (*gastrointestinal stromal tumours*, GIST) de localización duodenal son extremadamente raros, con una frecuencia aproximada de 3% a 5% del total de ellos.

Resultados. Se presenta una serie de casos de tres pacientes con tumor del estroma gastrointestinal duodenal manejados quirúrgicamente durante un periodo de dos años en el Hospital San José, y se expone su presentación clínica, manejo quirúrgico, estudio anatómo-patológico, confirmación diagnóstica, manejo, seguimiento posoperatorio y factores de pronóstico.

02-015

Corrección de hernia hiatal gigante por laparoscopia con malla de polipropileno e hidroximetilcelulosa (Proceed®)

Juan Camilo Álvarez, Carlos Alberto Lopera, Jean Pierre Vergnaud
Universidad CES y Clínica SOMA
Medellín, Colombia

Introducción. La hernia hiatal gigante entra dentro de los orígenes del reflujo gastro-esofágico, a pesar de tener baja incidencia; la morbilidad extra que le confiere hace de suma importancia la necesidad de su manejo.

Dentro de la experiencia de manejo, se ha discutido si debe hacerse quirúrgicamente o de manera conservadora, esperando que se reserve el primero para los casos agudos y con complicaciones asociadas. También se ha discutido si el manejo quirúrgico se debe hacer por vía abdominal o por vía torácica y las opiniones se encuentran divididas. Existe experiencia por laparoscopia con cierres primarios y con prótesis biológicas de origen bovino, pero no con materiales protésicos sintéticos.

Materiales y métodos. Se analizaron 6 casos, en los cuales se usó malla de Proceed® para el manejo de la hernia hiatal gigante diagnosticada por endoscopia y esofagograma. Se revisó el tipo de cirugía realizado, el tiempo quirúrgico, la estancia hospitalaria y el resultado a mediano plazo con una nueva endoscopia y con la clínica.

Resultados. Técnicamente se pudo realizar la corrección del defecto en los 6 pacientes, con 2 complicaciones intraoperatorias y 1 en el postoperatorio; el tiempo quirúrgico promedio fue de 133 minutos, la estancia hospitalaria promedio, de 6 días y el éxito posoperatorio, del 100% comprobado con endoscopia, con un seguimiento promedio de 2 meses.

Discusión y conclusiones. La hernia diafragmática gigante es una condición que se puede corregir de forma segura por laparoscopia usando prótesis sintéticas; sin embargo, hacen falta estudios prospectivos con un número adecuado de muestras y seguimiento más prolongado para concluir sobre su efectividad.

02-029

Perforación de íleon distal y ciego por tuberculosis intestinal en un paciente con VIH

Leonidas Tapias-Vargas,
Luis Felipe Tapias-Vargas, Leonidas Tapias,
Claudia Marcela Santamaría,
Fundación Oftalmológica de Santander,
Clínica Carlos Ardila Lülle
Floridablanca, Colombia
ltapias@intercable.net.co

Introducción. La tuberculosis extrapulmonar puede involucrar virtualmente cualquier órgano. Las formas más diseminadas se observan en pacientes inmunocomprometidos.

Objetivo. Describir un caso de perforación del íleon distal y colon en un paciente positivo para VIH con tuberculosis intestinal.

Pacientes y métodos. Se trata de un hombre de 51 años, con antecedente de ser positivo para VIH (ELISA) y con tuberculosis 5 años antes, aparentemente sin tratamiento suficiente.

Presentaba cuadro clínico de seis meses de astenia, adinamia, tos seca, pérdida de peso, deposiciones líquidas y fétidas y, el último día, distensión abdominal con signos evidentes de abdomen agudo.

En una radiografía de tórax se observó neumoperitoneo y signos de tuberculosis pulmonar apical bilateral. Fue sometido a laparotomía exploratoria y se encontró peritonitis generalizada fecal, perforaciones en íleon distal en un segmento de 70 cm, secundarias a lesiones caseosas perforadas, y múltiples lesiones caseosas en mesenterio y pared intestinal. Se practicó ileo-colectomía derecha con íleo-transverso anastomosis.

Resultados. El paciente ingresó a la unidad de cuidados intensivos en choque séptico grave; se le dio asistencia respiratoria e inotrópica, pero falleció al tercer día. En el estudio anatómo-patológico de la pieza quirúrgica se encontró perforaciones de íleon distal y del ciego, con múltiples granulomas con necrosis de caseificación y coloración de Ziehl-Nielsen positiva (tuberculosis masiva).

Discusión y conclusiones. Cuando existe enfermedad tuberculosa abdominal, el intestino es el órgano más frecuentemente afectado (49% a 58%), especialmente, la región ileocecal. En hasta 64% de los casos de tuberculosis abdominal, hay evidencia de enfermedad pulmonar. Hasta 30% de los pacientes con tuberculosis abdominal son positivos para VIH. El abdomen agudo quirúrgico en los pacientes con VIH/sida se caracteriza por ileotiflitis con ulceración y perforación intestinal, etiología tuberculosa y alta mortalidad.

COLON Y RECTO

02-017

Adenoma aserrado del apéndice cecal: reporte de un caso

Fernando Arias, Luis Fernando Vélez
Fundación Santa Fe de Bogotá
Bogotá, Colombia
luisfernandovelezmd@yahoo.com

El adenoma aserrado del apéndice cecal es un hallazgo incidental de la anatomopatología, generalmente, después de una apendicetomía. La incidencia se desconoce y es una entidad recientemente descrita; en la literatura universal hay escasos reportes aislados de no más de 10 casos de esta entidad. Se sabe que es una displasia que se deriva de las células basales de las criptas de Lieberkühn y es más frecuente en el colon derecho.

Se trata de una paciente de sexo femenino, de 25 años, que consultó con un cuadro de dolor en fosa iliaca derecha sugestivo de apendicitis aguda. Se estudió con TAC abdominal, según el protocolo de la institución, y se confirmó una alteración aguda en dicha localización. Se sometió a apendicetomía por laparoscopia por puerto único, técnica ¿¿SILS???. El procedimiento no tuvo complicaciones. En el estudio anatómo-patológico se informó un adenoma aserrado del apéndice cecal, con bordes libres de lesión, por lo que se llevó a junta quirúrgica multidisciplinaria. Se decidió continuar un manejo expectante y hacer seguimiento con colonoscopia.

Conclusión. Este tipo de tumores se comportan como un «incidentaloma»; dada su baja incidencia, se desconocen muchos aspectos de su entorno. Tiene un potencial maligno que requiere manejo adicional y, por lo tanto, es importante realizar estudios anatómo-patológicos a todas las piezas que se obtengan en el acto quirúrgico.

Se pretende mostrar el caso, así como el seguimiento necesario y los reportes de la literatura sobre esta entidad.

02-036

Poliposis adenomatosa familiar asociada a adenocarcinoma y múltiples adenomas de colon

Edgar Julián Ferreira-Bohórquez,
Julio Alexander Díaz-Pérez
Universidad Industrial de Santander
Bucaramanga, Colombia
gricesuis@yahoo.com

Introducción. La poliposis adenomatosa familiar es una enfermedad autosómica dominante caracterizada por la presencia de múltiples pólipos adenomatosos en colon y recto. Esta enfermedad es responsable del 1% de todos los carcinomas colorrectales. Se define como la presencia de más de 100 pólipos sobre la superficie de la mucosa del colon.

Objetivo. Presentar un caso de poliposis adenomatosa familiar asociada a carcinoma del colon y discutir el tema.

Caso clínico. Se trata de una mujer de 21 años que consultó por deposiciones líquidas y sanguinolentas de tres años de evolución, asociadas a pérdida de peso. Refirió antecedentes de padre fallecido por adenocarcinoma de colon a los 41 años.

Se realizó TC abdominal que mostró engrosamiento concéntrico del recto sigmoide, sugestivo de neoplasia. En la colonoscopia se observó gran cantidad de pólipos que tapizaban por completo la mucosa del colon, de diferentes tamaños, sésiles y pediculados. El informe histopatológico de las biopsias reportó adenomas tubulares múltiples con displasia de bajo grado.

Se consideró el diagnóstico de poliposis adenomatosa familiar y se practicó proctocolectomía total. En el estudio anatómo-patológico de la pieza quirúrgica se observó gran cantidad de pólipos, con una densidad de 23 por cada 5 cm², que distorsionaban por completo la mucosa del colon, Eran de tamaño variable, de 0,3 mm a 4,8 cm; se tomaron muestras de los pólipos mayores de 2 cm y los demás se mapearon cada 5 cm. En el estudio anatómo-patológico se encontró un adenocarcinoma intestinal convencional moderadamente diferenciado, invasor hasta la muscular propia, asociado a múltiples pólipos túbulo-vellosos con displasia de alto y bajo grado.

Discusión y conclusiones. La poliposis adenomatosa familiar es una enfermedad genética, en la que se han descrito mutaciones en los genes *APC* y *MUTYH*, y en otros. Ante la presencia de estas mutaciones, se debe realizar un seguimiento minucioso con el fin de evitar el desarrollo de carcinoma, para lo cual se recomienda la realización de una sigmoidoscopia anual para evaluar la mucosa del colon y establecer la mejor estrategia terapéutica según las lesiones encontradas.

HIGADO Y VÍAS BILIARES

02-014

Absceso hepático: aún un desafío diagnóstico

Roosevelt Fajardo, Saskia Margarita Prasca, Johnny Fuentes

Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá
Bogotá, Colombia
roosevelt.fajardo@fsfb.edu.co

Introducción. Globalmente, el absceso hepático es una entidad potencialmente letal, de mayor incidencia en los hombres y de característica polimicrobiana que, generalmente, se ubica en el lóbulo hepático derecho y que, en algunas ocasiones, requiere intervención quirúrgica de urgencia. Se presenta el caso de un paciente referido con el diagnóstico imaginológico de tumor hepático izquierdo metastásico a mesenterio y signos de obstrucción intestinal, que hizo necesario el manejo quirúrgico de urgencia.

Materiales y métodos. Se hizo el análisis de la historia clínica del paciente en el sistema HIS-ISIS del Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá y se revisó la literatura.

Resultados. Se practicó una laparotomía exploratoria, en la cual se encontró peritonitis generalizada por ruptura de un absceso hepático multilobulado dependiente del lóbulo izquierdo. Se hizo lavado peritoneal y se dejó abdomen abierto (laparostomía) y protección con VAC; la evolución posquirúrgica fue satisfactoria. En los cultivos del líquido peritoneal y del absceso, creció estreptococo del tipo *anginosus constellatus*; los hemocultivos fueron negativos.

Discusión y conclusiones. El absceso hepático se asocia con significativas tasas de morbilidad y mortalidad por sus complicaciones; requiere diagnóstico y manejo quirúrgico tempranos, con seguimiento de la respuesta inflamatoria sistémica.

Se presenta un caso en que el diagnóstico imaginológico por TAC de un proceso tumoral no correspondió con los hallazgos quirúrgicos. La frecuencia de abscesos hepáticos piógenos ha alcanzado cifras similares, o superiores, a las de los abscesos hepáticos amebianos.

02-019

Hemangioma hepático gigante pediculado

*Arturo Hernández, Nair Yanet Bobadilla,
Efrén Alfonso Cantillo, Wilmer Manuel Tovio*

Universidad de Cartagena,
Hospital Universitario del Caribe
Cartagena, Colombia
nair83@hotmail.com

Introducción. El hemangioma es el tumor hepático benigno más frecuente. Se reporta una incidencia en la literatura mundial de 0,4% a 20%, aproximadamente, en reportes de autopsias. Existen formas de presentación atípica, como el hemangioma pediculado, el cual es una entidad rara con pocos reportes en la literatura.

Caso clínico. Se trata de una paciente de sexo femenino de 47 años de edad, sin antecedentes médicos de importancia, que consultó por un cuadro clínico de tres meses de evolución consistente en dolor abdominal difuso de predominio en el hipocondrio derecho, asociado a sensación de plenitud y pérdida de peso.

El examen físico fue normal. En la ecografía abdominal se reportó la presencia de una masa retroperitoneal de bordes definidos, de 98 mm por 91 mm, de consistencia sólida y con aspecto en panal de abejas. En la TAC abdominal se reportó un tumor retroperitoneal de 10 cm por 14 cm, aproximadamente, de localización subhepática. Los marcadores tumorales normales.

Fue llevada a cirugía con impresión clínica de tumor retroperitoneal. Se encontró un tumor hepático de 11 cm por 12 cm por 9 cm, pediculado, que comprometía los segmentos 2 y 3, y hemoperitoneo de 100 ml. El tumor se resecó en su totalidad, abarcando los segmentos 2 y 3, sin complicaciones. El reporte final de anatomopatología fue de hemangioma cavernoso subcapsular pediculado, con cambios de trombosis. La paciente evolucionó satisfactoriamente, con resolución del cuadro abdominal.

Discusión. Los hemangiomas pediculados son raros. Pueden ser asintomáticos o complicarse con infarto o torsión. Son más frecuentes en mujeres, Su diagnóstico preoperatorio representa un desafío, ya que es difícil de reconocer con el ultrasonido. Se indica el

tratamiento quirúrgico en caso de duda diagnóstica o sintomatología.

02-020

Trauma de colédoco por cornada de toro

*Reynel Meza, Efrén Alfonso Cantillo,
Nair Yanet Bobadilla, Asdrúbal Miranda,
Vivian Miranda*

Universidad de Cartagena,
Hospital Universitario Del Caribe
Cartagena, Colombia
ecantillo81@gmail.com

Introducción. El trauma de la vía biliar se presenta entre el 1% y el 3% de todas las lesiones por trauma abdominal penetrante. Se presenta un caso de arrancamiento de la porción supraduodenal del colédoco producida por cornada de toro.

Caso clínico. Se trata de un paciente masculino de 27 años, con trauma abdominal penetrante por cornada de toro, que presentaba evisceración de colon e intestino delgado en el flanco derecho, laceración hepática grado II en la de inserción del ligamento falciforme, arrancamiento del tercio distal del colédoco en su inserción duodenal.

Se practicaron rafia de la lesión del colon en espejo, hepática y derivación bilio-digestiva colédoco-yeyunal término-lateral con asa isoperistáltica a 40 cm del ángulo de Treitz sobre un tutor interno, más colecistostomía. A los siete días del posoperatorio, la colangiografía confirmó la permeabilidad del reimplante de colédoco y se retiró la sonda de colecistostomía. Dos años después de la cirugía, el paciente continúa asintomático y anictérico.

Discusión. El trauma de la vía biliar extrahepática (por trauma taurino) es una lesión inusual.

Su omisión ocurre hasta en 12% de los casos en la laparotomía inicial. Su manejo es quirúrgico y la técnica de elección depende de la condición clínica y la anatomía del paciente y de los conocimientos teóricos y prácticos del cirujano. Se presenta una variante simplificada de reimplante de colédoco no dilatado.

SISTEMA VASCULAR

02-007

Manejo endovascular de aorta, una opción de vida para los pacientes de alto riesgo

Juan Guillermo Barrera, Camilo Espinel,
Ligia Cecilia Mateus, Juliana Quiroga,
José Saaibi, Sebastián Balestrini, Laura Quiroga,
Víctor Castillo, Antonio Figueredo,
Santiago Machuca
Fundación Cardiovascular de Colombia
Floridablanca, Colombia
drjuangbarrera@yahoo.com

Introducción. El avance en el tratamiento endovascular de la patología de la aorta permite el manejo de pacientes con alta morbilidad con cirugía abierta convencional que son considerados de alto riesgo. Se reportan los casos de patología de la aorta torácica, abdominal o de ambas, llevados a reparo endovascular en la Fundación Cardiovascular de Colombia.

Materiales y métodos. Cohorte de pacientes llevados a reparo endovascular de aorta torácica o abdominal en la Fundación Cardiovascular de Colombia, experiencia a 6 años. El análisis de los datos se hizo con Stata/8.0 S.E

Resultados. Sesenta pacientes fueron incluidos para manejo endovascular en los últimos 6 años, con edad media de intervención de 62 años, 43 pacientes (73,3%) eran hombres. Se intervinieron 16 (26,6%) aneurismas de aorta abdominal, 6 (10%) disecciones aórticas agudas tipo B, 14 (23,3%) disecciones crónicas tipo B, 4 (6,6%) aneurismas de aorta torácica, 2 (3,3%) aneurismas de aorta toraco-abdominal, 2 (3,3%) secciones transversales traumáticas de aorta, 5 (8,3%) aneurismas anastomóticos, 3 (5%) disecciones aórticas tipo A, 1 (1,6%) aneurisma de aorta ascendente, 4 (6,6%) úlceras penetradas, 2 (3,3%) aneurismas rotos, y 1 (1,6%) corrección de endofuga.

La mortalidad hospitalaria fue de 12 (20%), 50% correspondía a disección aórtica tipo B; la mortalidad a los 30 días fue de 0%. Las complicaciones postoperatorias fueron las siguientes: 9 (31%) como consecuencia de la intervención, 2 (6,8%) por insuficiencia renal aguda por diálisis y 25 (86,3%), otras. El seguimiento de la mortalidad fue de 4 (9%) por causa no relacionada con el procedimiento.

Discusión y conclusiones. El cirujano vascular con el conocimiento de la patología y de las técnicas en el manejo de la aorta torácica y abdominal debe liderar y estar capacitado para el manejo de las situaciones de alto riesgo, con la participación de un grupo interdisciplinario que garantice resultados satisfactorios y adecuados.

La experiencia lograda con esta técnica ha ampliado las opciones terapéuticas en pacientes de alto riesgo, inclusive en aquellos sin opción quirúrgica convencional. Actualmente, la cirugía convencional, híbrida y endovascular son opciones posibles de tratamiento en nuestra institución.

02-008

Manejo endovascular de lesiones tardías en vasos de miembros inferiores

Camilo Espinel, Ligia Cecilia Mateus,
Juan Guillermo Barrera, Laura Juliana Quiroga,
José Saaibi, Sebastián Balestrini, Laura Quiroga,
Víctor Castillo, Antonio Figueredo,
Santiago Machuca
Fundación Cardiovascular de Colombia
Floridablanca, Colombia
espino@yahoo.com

Introducción. El manejo convencional de las lesiones vasculares tardías, como los pseudoaneurismas, ha sido el reparo abierto; sin embargo, dada su dificultad por la presencia de hematomas o de sangrado durante la cirugía después de ella, se ha iniciado la utilización de técnicas mínimamente invasivas, como la formación de émbolos con espirales (*coils*) mediante técnica endovascular, lo cual las ha convertido en el procedimiento preferido para esta y otras alteraciones.

Objetivos. Reportar el caso de un paciente con complicación vascular tardía por trauma que requirió tratamiento endovascular.

Materiales y métodos. Se presenta un caso de herida traumática por arma cortopunzante con lesión inadvertida de la arteria femoral profunda, complicada con un pseudoaneurisma.

Se trata de un hombre de 35 años con herida por arma cortopunzante en el muslo derecho con crecimiento progresivo de una masa; se le tomó biopsia tres meses

antes de la consulta por el incremento del tamaño y la presencia de dolor. En la TC de vasos se evidenció un pseudoaneurisma de la arteria femoral profunda.

Se practicó la formación de émbolos y la oclusión de la arteria con exclusión del pseudoaneurisma y trombosis completa del mismo. En la evolución postoperatoria se formó un hematoma inguinal y escrotal que requirió drenaje y cistostomía; en el seguimiento a dos meses se le encontró asintomático con importante regresión del trombo residual y del diámetro del muslo.

Resultados. Se presenta el caso de un trauma de miembro inferior con lesión vascular inadvertida con complicación tardía (pseudoaneurisma) que se manejó con técnica endovascular con excelentes resultados angiográficos y seguimiento clínico satisfactorio con control de su sintomatología.

Discusión y conclusiones. Las técnicas endovasculares constituyen la mejor alternativa para el manejo de las lesiones vasculares tardías ya que permite un diagnóstico preciso y el manejo específico de la lesión, evitando las complicaciones derivadas del acceso quirúrgico que se requiere para la exploración, ya que estas lesiones generan cambios en la anatomía normal de los tejidos blandos y del sistema vascular.

02-009

Stent carotídeo, una alternativa real en Colombia para los pacientes de alto riesgo

Camilo Espinel, Juan Guillermo Barrera, Ligia Cecilia Mateus, Jaime Amarillo, José Saabi, Sebastián Balestrini, Laura Juliana Quiroga, Víctor Castillo, Antonio Figueredo, Santiago Machuca
Fundación Cardiovascular de Colombia
Floridablanca, Colombia
espino@yaho.com

Introducción. La angioplastia con *stent* carotídeo es una opción para el manejo de la estenosis, especialmente en pacientes de alto riesgo, ya que evita la incisión quirúrgica y la necesidad de usar anestesia general, comparada con endarterectomía. Se busca demostrar

que la angioplastia con *stent* carotídeo con filtro de protección distal es un procedimiento altamente efectivo y seguro en pacientes que se consideran de alto riesgo o que han sido rechazados para endarterectomía.

Materiales y métodos. Cohorte de pacientes con indicación de intervención por estenosis carotídea, sintomática y asintomática, de alto riesgo para endarterectomía a quienes se les realizó angioplastia con *stent* carotídeo con filtro de protección distal.

Resultados. En los últimos 10 años se han intervenido en nuestra institución 120 pacientes con problemas de carótida, 57 con angioplastia con *stent* carotídeo implementada por la alta incidencia de patología cardiovascular que requiere intervención. La edad promedio fue de $70 \pm 7,8$ años.

El 37% se encontraba sintomático por isquemia cerebral; 51% por enfermedades cardiovasculares, con tres o más factores de riesgo cardiovascular; 51% tenía lesión bilateral; 73,6%, compromiso de la carótida interna y 23% de la carótida común e interna. Había úlcera en 40,3%. Veinte (35%) pacientes fueron llevados a remplazo de válvula mitral solo, 5 (8,7%) a remplazo de válvula mitral más cambio valvular, y 1 (1,8%) a cambio de válvula aortica

Las complicaciones que se presentaron a las 48 horas fueron: 2 pacientes ataque isquémico transitorio con resolución total a las 24 horas, un paciente con bajo gasto y bradicardia que requirió marcapaso. En el seguimiento a los 30 días no se encontraron complicaciones secundarias al procedimiento ni nuevas estenosis; la mortalidad fue de un paciente, por causa que no era neurológica.

Discusión y conclusiones. La angioplastia con *stent* carotídeo con filtro de protección distal es una opción terapéutica segura en pacientes con enfermedad cerebrovascular sintomática o asintomática. Se demuestra su efectividad y seguridad al realizar este procedimiento, ya que los resultados de morbimortalidad son similares a los que se reportan en la literatura mundial. En nuestra institución es la primera opción, especialmente, en pacientes que requieren cirugía de revascularización del miocardio.

02-010

Tratamiento endovascular de la sección transversal traumática de la aorta torácica

Ligia Cecilia Mateus, Juan Guillermo Barrera, Camilo Espinel, José Saaibi, Sebastián Balestrini, Laura Juliana Quiroga, Víctor Castillo, Antonio Figueredo, Santiago Machuca
Fundación Cardiovascular de Colombia
Floridablanca, Colombia
ligiaceciliamateus@hotmail.com

Introducción. El abordaje endovascular es una opción en el tratamiento de emergencia de la sección transversal traumática de la aorta torácica. Se reporta el caso de dos pacientes con trauma de alto impacto y ruptura de la aorta torácica descendente, tratados de forma exitosa por vía endovascular. Se pretende demostrar que el tratamiento endovascular es una técnica segura para el manejo de la patología traumática de la aorta torácica.

Materiales y métodos. El primer caso es el de una mujer de 49 años, con politraumatismo en accidente de tránsito; se encontraba estable desde el punto de vista de la hemodinamia, con hemotórax izquierdo, fracturas múltiples de cráneo y de huesos largos. En la TC y en la arteriografía se observó disección de la íntima de la porción caudal del cayado de la aorta descendente, con extravasación del medio de contraste a nivel de T6.

Se realizó tratamiento endovascular de emergencia con exclusión del segmento comprometido. No hubo complicaciones en el seguimiento clínico, de la angiogramografía y de la resonancia a 4 los años.

El segundo caso es el de un hombre de 23 años, con politraumatismo por accidente de tránsito, estable desde el punto de vista de la hemodinamia. En la TC de vasos de tórax se encontró sección transversal de la aorta torácica descendente, distal a la subclavia izquierda, y hemotórax; además, presentaba, fractura del fémur derecho.

Se realizó tratamiento endovascular de emergencia con exclusión del segmento comprometido y toracostomía cerrada; evolucionó sin complicaciones en el seguimiento clínico y por angiogramografía a los 8 meses.

Resultados. Se presentan dos casos de trauma cerrado de la aorta torácica descendente con exclusión del sitio de ruptura por vía endovascular. No hubo

morbimortalidad temprana ni complicaciones tardías en el seguimiento clínico y paraclínico, hasta la fecha.

Discusión y conclusiones. El manejo de emergencia de la sección transversal de la aorta torácica descendente por vía endovascular, ha demostrado una acentuada disminución de la morbimortalidad, al compararla con la cirugía convencional, razón por la cual es el método de elección en nuestra institución para esta afección.

02-013

Indicaciones precisas de manejo del trauma vascular por vía endovascular

Oswaldo Ceballos, José Mercado, Carlo Vallejo, Giovanni Ríos
Hospital de San José
Bogotá, Colombia

Introducción. El trauma vascular a cualquier nivel se convierte en una entidad potencialmente mortal, con un gran número de casos en nuestra sociedad y en población joven.

La cirugía abierta genera gran morbilidad y mortalidad debido a los diferentes tipos de abordaje y procedimientos adicionales requeridos, como circulación extracorpórea, pinzamiento de grandes vasos. La terapia endovascular ha permitido controlar lesiones de la arteria subclavia, la carótida y los vasos innominados, sin necesidad de toracotomía.

Muchos traumas de aorta cursan con causas de mortalidad agudas, como exanguinación y choque hipovolémico, y tardías, como pseudoaneurismas y fístulas arteriovenosas, en las cuales el uso de *stents* y endoprótesis se impone como una herramienta de manejo con resultados adecuados. Es así como ya existen pequeñas series de casos de trauma aórtico penetrante sometidos a manejo endovascular.

En el trauma vascular cervical, las lesiones ubicadas en la zona I y la zona III pueden representar dificultad técnica para su abordaje mediante la técnica convencional y la mayoría de series reportan colocación de *stent* (Palmaz o de politetrafluoroetileno) o la formación de émbolos para el manejo de pseudoaneurismas y fístulas arteriovenosas.

En el abdomen, se pueden manejar mediante la técnica endovascular casos seleccionados de trauma de la arteria

ilíaca, como pseudoaneurismas, fístulas arterio-venosas o daños mayores de la íntima.

Materiales y métodos. Se presentan casos específicos de manejo de trauma vascular mediante la técnica endovascular, en los cuales, la elección ha tenido resultados favorables desde el punto de vista de funcionalidad y disminución de la morbilidad.

Se presenta el manejo de tres casos de pseudoaneurisma traumático de la aorta torácica, posterior a trauma cerrado de tórax a nivel del ligamento arterioso, manejados con endoprótesis, con adecuada evolución posterior clínica y radiológica, con adecuado flujo a nivel del miembro superior, manejo de trauma de la arteria vertebral cortopunzante con creación de fístula arteriovenosa mediante *stent* recubierto secuencial con el cual se logró el restablecimiento del flujo vertebral y excluir totalmente la fístula. Se presenta el manejo de tres casos. Uno fue un pseudoaneurisma de la aorta torácica, posterior a trauma cerrado de tórax a nivel del ligamento arterioso, manejado con endoprótesis, en el que se obtuvo una adecuada evolución posterior, clínica y radiológica, con buen flujo sanguíneo en el miembro superior. Otro correspondió a un trauma cortopunzante de la arteria vertebral, con formación de fístula arteriovenosa, tratado mediante un *stent* recubierto secuencial, con el cual se logró el restablecimiento del flujo vertebral y excluir totalmente la fístula. El tercero es un caso de trauma vascular de la arteria subclavia, manejado por técnica abierta toda vez que no era susceptible de manejo endovascular.

Discusión y conclusiones. En el manejo de la patología vascular existen nuevos avances que han permitido un mejor resultado en cuanto a la funcionalidad, menor morbilidad, menor mortalidad y disminución de la estancia hospitalaria, sin olvidar que el manejo quirúrgico abierto continúa siendo una opción en casos seleccionados.

Los casos que se presentan fueron elegidos con criterios anatómicos y clínicos, y contando con la infraestructura óptima para su realización, apoyados en estudios serios internacionales. Se obtuvieron excelentes resultados, con lo cual el servicio de Cirugía Vascular Periférica del Hospital San José se vincula a las instituciones que han desarrollado la cirugía endovascular en el país.

ENDOCRINO

02-034

Carcinoma folicular mínimamente invasivo de tiroides en edad pediátrica

Alfredo Ernesto Romero, Julio Alexander Díaz, Oscar Alberto Messa, Sandra Isabel Chinchilla, Ligia Inés Restrepo, María Constanza Gómez
Grupo de Patología, Instituto Nacional de Cancerología
Bogotá, Colombia
gricesuis@yahoo.com

Introducción. Los carcinomas de la glándula tiroides son neoplasias poco frecuentes en la edad pediátrica, que han aumentado en frecuencia en los últimos años, posiblemente debido al incremento de la irradiación de la región de la cabeza, cuello y mediastino superior. Entre estas neoplasias, el carcinoma papilar es el más frecuente, observándose esporádicamente la variante folicular, anaplásica y medular.

Objetivo. Realizar una revisión de la literatura y describir un caso de carcinoma folicular de tiroides mínimamente invasivo diagnosticado en un paciente en edad pediátrica.

Caso clínico. Se trata de una adolescente de 13 años de edad de sexo femenino, con un nódulo tiroideo localizado en el polo inferior del lóbulo izquierdo, de seis meses de evolución.

En el examen físico se identificó un nódulo de 5 cm de diámetro en el polo inferior del lóbulo izquierdo. La gammagrafía evidenció un nódulo hipocaptante y en la punción por aspiración con aguja fina se encontró una lesión de células foliculares sospechosa de neoplasia.

Se practicó lobectomía tiroidea izquierda, con estudio por congelación reportado como neoplasia de células foliculares encapsulada y con reporte final de histopatología de un carcinoma folicular mínimamente invasivo.

Discusión y conclusiones. El carcinoma folicular de tiroides es una neoplasia maligna infrecuente derivada de las células foliculares, asociada a bocio endémico, alteraciones genéticas, exposición a radiación y al incremento de los niveles séricos de la hormona tiroestimulante. Sus características citológicas e histopatológicas son particulares, lo cual ayuda a su adecuado diagnóstico, el cual ha sido redefinido en años recientes.

02-039

Insulinoma, presentación de caso clínico

Jaime Rubiano, Uriel Cardona, Xavier Moyón

Hospital Universitario Evaristo García

Cali, Colombia

urielcardona24@yahoo.com

Introducción. Los insulinomas constituyen el 60% de los tumores endocrinos del páncreas. Su incidencia es de 1 a 3 casos por millón de habitantes, casi siempre son benignos y en su mayoría son lesiones solitarias pequeñas, menores de 2 cm.

Su presentación clínica consiste en síntomas neuroglucopénicos y a síntomas relacionados con la liberación de catecolaminas. Para su diagnóstico se realizan exámenes bioquímicos y de imágenes.

Su tratamiento es prioritariamente quirúrgico. Durante la cirugía, la localización del tumor se logra con la palpación y la ayuda de la ecografía transoperatoria, para los tumores de difícil palpación.

La enucleación del tumor puede ser curativa en la mayoría de los casos.

Nuestro objetivo es presentar un caso de insulinoma con dificultad para localizarlo por palpación durante la cirugía y revisar la literatura al respecto.

Materiales y métodos. Se presenta el caso de un varón de 29 años con signos neuroglucopénicos, con pruebas bioquímicas positivas, en el cual la localización preoperatoria del tumor en el proceso uncinado fue posible mediante tomografía. Fue llevado a cirugía y la localización durante la misma se realizó por ecografía transoperatoria.

Resultados. Se logró la enucleación de forma satisfactoria. Después de la cirugía presentó remisión de su sintomatología e hiperglucemia posoperatoria transitoria.

Conclusiones y discusión. El insulinoma es una patología muy infrecuente. Para su diagnóstico se necesita un alto índice de sospecha y un equipo multidisciplinario. El apoyo de técnicas de imagen para su localización es fundamental para un adecuado tratamiento quirúrgico, en especial, en casos en los que la palpación no define la ubicación exacta del tumor.

02-040

Pancreatitis autoinmune: un dilema diagnóstico

Jaime Rubiano

Universidad del Valle, Hospital Universitario del Valle

Cali, Colombia

jrubiano 123@hotmail.com

Introducción. La pancreatitis autoinmune es una entidad nueva descrita recientemente y que, por esta razón, se empieza a ver cada día más entre las afecciones pancreáticas.

Una vez hecho el diagnóstico, su tratamiento es médico a base de esteroides. Hasta ahora, la mayoría de los diagnósticos se hacen en el espécimen, después de la pancreatoduodenectomía.

El objetivo es sensibilizar a los cirujanos para evitar procedimientos quirúrgicos de mucha morbilidad.

Materiales y métodos. Se describen dos casos tratados quirúrgicamente con pancreatoduodenectomía y en los cuales no se pensó en ese diagnóstico antes de la cirugía. Un caso tenía todos los exámenes descritos en el estudio de una masa pancreática (colangiopancreatografía retrógrada, ecografía endoscópica, biopsia, TC con múltiples cortes, ecografía, etc.).

Resultados. Se describen y se presentan los procedimientos diagnósticos, el tratamiento y la evolución de los dos casos. Además, se revisa la literatura actualizada, dando las características clínicas de la enfermedad, cómo diagnosticarla y tratarla.

Si se conoce el diagnóstico antes de la cirugía, se evitarían cirugías de la magnitud de una operación de Whipple.

Discusión y conclusiones. La pancreatitis autoinmune fue descrita en 1995 por Yoshida. Se presenta como una masa en la cabeza del páncreas, remediando un cáncer de páncreas. Su característica histopatológica es la infiltración linfoplasmocitaria y, serológicamente, la IgG4 es el marcador que sirve para su diagnóstico. El tratamiento se hace con base en esteroides y, si hay ictericia, se coloca un *stent* biliar.

Cuando no se piensa en ella, como en estos casos, los pacientes terminan siendo operados con todos los altos riesgos y costos de estos procedimientos.

TRAUMA

02-026

Viaflex cardiaco, a propósito de un caso

Arbey Ruano, Guillermo Julián Sarmiento, Jorge Herrera

Universidad del Cauca
Popayán, Colombia
arbeyruga@hotmail.com
jorgehecha@hotmail.com

Introducción. El trauma es un problema de salud pública, y es la primera causa de muerte en las personas de edad productiva en nuestro país. El 25% de las muertes son consecuencia de lesiones torácicas y las penetrantes representan el 96%. Las heridas por arma de fuego tienen una mortalidad de 14% a 20% y, por arma blanca, de 3% a 10%. En Estados Unidos es la tercera causa de muerte y el 10% se atribuye a trauma cardiaco penetrante.

La apertura extensa o ruptura traumática del pericardio puede ocasionar herniación cardiaca; se ha observado en menos de 1% de todos los traumas, con alta mortalidad. Para cerrarla, se recomienda sutura primaria, parches autólogos o sintéticos. En la literatura mundial no se describe la utilización y seguimiento con polivinilo (bolsa Bogotá).

Caso clínico. En el 2004, un paciente de 44 años sufrió una herida por arma cortopunzante en área precordial. Ingresó al servicio de urgencias del Hospital Universitario San José (Popayán), con inestabilidad hemodinámica. Se trasladó a la sala de cirugía por el hemotórax y por herida de forma estrellada del ventrículo izquierdo y se le practicó toracotomía antero-lateral izquierda y cardiografía. Presentó dilatación cardiaca aguda que impidió el cierre primario del pericardio; se utilizó un *viaflex* para cerrar el defecto del mismo.

Discusión y conclusiones. Con buena evolución y sin aceptación del paciente para su retiro, se le hizo seguimiento clínico, ecocardiográfico y tomográfico durante cinco años, sin que mostrara alteraciones cardiacas.

02-042

Herida de la arteria femoral superficial por proyectil de arma de fuego de 13 horas de evolución, reporte de un caso

Mauricio Zuluaga, Ivo Siljic
Hospital Universitario del Valle
Santiago de Cali, Colombia
mauriciozuluagaz@yahoo.es

Justificación. El trauma penetrante de las extremidades presenta una alta tasa de complicaciones y riesgo de pérdida de la extremidad. El abordaje de las lesiones vasculares con diagnóstico y manejo tardío (después de 6 horas del trauma), puede traer consecuencias locales y sistémicas.

Objetivo. Se presenta un caso de trauma vascular periférico de la arteria femoral superficial y su manejo después de 6 horas de haber ocurrido.

Caso clínico. Se trata de un paciente de 17 años de edad que recibió una herida por proyectil de arma de fuego en el tercio medio del muslo derecho. Ingresó 13 horas después del trauma con signos de isquemia crítica, por lo que se decidió llevarlo a cirugía para exploración vascular.

Se hizo fasciotomía de la pierna derecha y se encontró musculatura pálida viable; se hizo exploración vascular de la lesión de la arteria y la vena femoral superficial derecha; se hizo ligadura venosa e injerto invertido de la safena en la arteria femoral superficial derecha.

El paciente evolucionó con gran edema de la extremidad, con elevación de la función renal y de creatin-kinasa total. El cierre de la fasciotomía se logró al octavo día. Estuvo hospitalizado por 2 semanas y se dio salida por buena evolución.

Discusión y conclusiones. El abordaje diagnóstico y el tratamiento temprano de las lesiones vasculares son de vital importancia para la prevención de complicaciones y disminuyen el riesgo de pérdida de la extremidad.

02-045

Trauma complejo de pulmón, ¿qué pasa después del control de daños?

Gustavo Adolfo Valderrama, Carlos Ordóñez, Adolfo González, Manuel Méndez, Alain Herrera, Alden Pool Gómez

Hospital Universitario del Valle y Fundación Valle del Lili
Cali, Colombia
gvalderramah@yahoo.com

Introducción. El manejo del trauma pulmonar complejo es un reto para el equipo que lo enfrenta. Diversas publicaciones han descrito la técnica del control de daños, que se puede resumir en la colocación de pinzas en el hilio pulmonar, torsión del hilio, tractotomía o empaquetamiento de la cavidad torácica. Sin embargo, no hay literatura que reporte qué sigue a esta primera fase del manejo y qué consecuencias tiene.

En esta pequeña serie de casos se describe la evolución y el manejo de siete pacientes, inicialmente, con control de daños y que, posteriormente, requirieron nuevas intervenciones para el manejo definitivo, y se presentan sus resultados.

Materiales y métodos. Se revisa una serie de 7 casos atendidos en el periodo comprendido entre el 2002 y el 2009 en dos instituciones universitarias, compuesta por pacientes de trauma que, por su condición clínica, requirieron abordaje con control de daños y, posteriormente, se manejaron por cirugía de tórax para el control definitivo de sus lesiones.

Dos pacientes ingresaron en paro cardiorrespiratorio y cinco en estado de choque hipovolémico. El primer abordaje fue realizado por cirujanos con alta experiencia en trauma y el segundo abordaje para los siete pacientes por un cirujano de tórax, uno de ellos se intervino nuevamente en conjunto con cirugía cardiovascular.

El manejo inicial incluyó cuatro pacientes con pinzamiento del hilio pulmonar, dos con tractotomía y uno con empaquetamiento. Sobrevivieron 6 pacientes y uno falleció. El manejo por cirugía de tórax incluyó una rafia pulmonar, una lobectomía, una bilobectomía, dos neumonectomías y un reemplazo valvular con arteria pulmonar.

Resultados. Seis de los siete pacientes sobrevivieron a pesar de la complejidad de sus lesiones y de su estado hemodinámico. A todos se les aplicaron una o dos de las

técnicas descritas como control de daños, y todos los pacientes requirieron un segundo abordaje por otra especialidad, definitivo para el control de las lesiones.

Discusión y conclusiones. Hubo complicaciones posteriores a la intervención lo cual sugiere que el cirujano de trauma debe familiarizarse con la anatomía, lo cual permite prever el efecto de las maniobras de control de daños y planear el manejo definitivo de acuerdo con la primera intervención.

TUMORES

02-004

Carcinoma del maxilar inferior: mandibulectomía y reconstrucción

Andrés Ignacio Chala, César Munar, Bernardo Castrillón, Jorge R. Villamizar, Carlos R. Villegas

Facultad de Ciencias para la Salud, Universidad de Caldas
Manizales, Colombia
andreschalag@hotmail.com

Introducción. El carcinoma de cavidad oral y maxilar inferior es una afección muy compleja, cuyo manejo oncológico implica extensas cirugías que comprometen la función deglutoria y la de fonación, al igual que causa implicaciones cosméticas. Es importante el manejo multidisciplinario en busca de los mejores resultados en cuanto a baja morbilidad y mejor supervivencia con calidad de vida,

Caso clínico. Se presenta una serie de 15 pacientes tratados por el grupo en los últimos tres años, con estados avanzados de carcinoma de la cavidad oral y del maxilar inferior, que requirieron hemimandibulectomía como parte del manejo, vaciamiento de cuello y procedimiento de reconstrucción del maxilar inferior.

Los tipos histológicos comprendieron carcinoma escamocelular, mucoepidermoide y adenoide quístico, entre otros. El procedimiento reconstructivo inicial implicó una placa de reconstrucción mandibular mientras se completaba su manejo oncológico definitivo y, cuando fue posible, un segundo tiempo para la reconstrucción con fíbula libre. Se evaluaron la morbilidad, la mortalidad, la recurrencia y calidad de vida de los pacientes.

Discusión y conclusiones. El carcinoma de maxilar inferior, cavidad oral y piso de boca, implica un reto

quirúrgico y oncológico con el ánimo de obtener curación oncológica y producir las menores secuelas posibles para conseguir un paciente vivo sin dificultad para la deglución. Para ello, se han diseñado y propuesto diferentes técnicas de reconstrucción, que incluyen placas de reconstrucción, injertos libres microvascularizados de fíbula, injertos de cresta iliaca, colgajos neurovasculares de avance y otras diferentes técnicas reconstructivas que le permitan al paciente optimizar su calidad de vida.

02-005

Linfoma no Hodgkin de tiroides: reporte de un caso y revisión de la literatura

Andrés Ignacio Chala, Hernán Darío Salazar, Rafael Pava, Humberto Ignacio Franco.

Facultad de Ciencias para la Salud, Universidad de Caldas Manizales, Colombia
andreschalag@hotmail.com

Introducción. El linfoma no Hodgkin primario de la tiroides se presenta en menos de 1% de todas las neoplasias malignas de la glándula. Su curso clínico es similar al de un bocio multinodular, en ocasiones, asociado a tiroiditis de Hashimoto. Existe controversia en su manejo y hay discusión sobre el impacto de la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia con el ánimo de mejorar la supervivencia, la cual no supera el 65% a cinco años en los estadios iniciales.

Caso clínico. Se trata de una paciente de 82 años con un bocio crónico quien, por crecimiento rápido progresivo y obstructivo de la vía aérea y digestiva, es evaluada con biopsia por aspiración con aguja fina que resultó sugestiva de neoplasia maligna. Se le practicó tiroidectomía total y vaciamiento de cuello. El informe de anatomo-patología fue indicativo de linfoma no Hodgkin B difuso de célula grande. Se manejó concomitantemente con oncología con radioterapia y quimioterapia, y tuvo una evolución satisfactoria.

Revisión de la literatura. El linfoma no Hodgkin de tiroides es una neoplasia poco frecuente. Para los estadios I y II, la terapia recomendada ha sido tradicionalmente la cirugía. Los diferentes avances en la terapia multimodal asociados a la quimioterapia

y la radioterapia combinada, han mejorado la supervivencia en estados más avanzados de la enfermedad. Tiene un curso favorable con la terapia adecuada, dependiendo del estado clínico y de la edad de presentación.

02-006

Sarcoma alveolar de nasofaringe: presentación de un caso y revisión de la literatura

Andrés Ignacio Chala, Jorge R. Villamizar,

Álex Pava, Luz H. Naranjo, Juan P. Cardona

Facultad de Ciencias para la Salud, Universidad de Caldas Manizales, Colombia
andreschalag@hotmail.com

Introducción. El cáncer de nasofaringe es poco prevalente en nuestra región y su abordaje terapéutico es complejo debido a su ubicación anatómica. El sarcoma en dicha área es aún más exótico. La incidencia de sarcoma alveolar en partes blandas es menor del 1% y, de ese total, en nasofaringe se encuentra en menos de 1% de los casos.

Caso clínico. Se trata de un paciente de 16 años, quien consultó por epistaxis y obstrucción nasal. La tomografía axial computadorizada reveló una gran masa de la nasofaringe con extensión al paladar blando y al duro. La biopsia inicial sugería ser benigno. Se completaron los estudios, que incluyeron nasosinúscopia, arteriografía y resonancia magnética. Se le practicó resección tumoral por vía transpalatina y Lefort I, con buena evolución posoperatoria. La anatomopatología reveló un sarcoma alveolar de nasofaringe. Se dio tratamiento adicional con radioterapia y quimioterapia.

Discusión y conclusiones. El sarcoma alveolar de partes blandas es un tumor raro que se presenta en menos del 1% del total de los sarcomas y en menos del 1% en cada sitio específico del cuerpo. Su especial pico de incidencia ocurre en pacientes jóvenes, con frecuentes metástasis a cerebro y recurrencia relacionada con la localización y resección. Debido a su rareza, el abordaje diagnóstico y terapéutico aún sigue siendo un reto, dada la poca información y conocimiento del mismo en la literatura existente.

02-018

Insulinoma de la cabeza del páncreas: reporte de un caso

Guillermo E. Aldana, Andrea del Pilar Betancourt
Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud,
Hospital de San José
Bogotá, Colombia
galdana@hotmail.com

Los insulinomas son los tumores endocrinos activos más frecuentes, derivados de los islotes pancreáticos. Presentan un amplio espectro de síntomas neurovegetativos que requieren de una alta sospecha clínica y la disponibilidad de herramientas diagnósticas para identificarlos. En su gran mayoría, estos tumores son solitarios, benignos, esporádicos, pequeños (menos de 2 cm) y están confinados al tejido pancreático. Su tratamiento es quirúrgico y la enucleación del tumor es el procedimiento de elección; con éste se logra el control total de las cifras de glucemia de forma inmediata, con tasas de recidiva muy bajas.

Se hace la descripción de un caso de un paciente masculino de 44 años, con antecedentes de obesidad mórbida e hipertensión arterial, que consultó por episodios recurrentes de alteración del estado de conciencia asociados a hipoglucemia y elevación de la insulina sérica, y relacionados con periodos de ayuno prolongados y estados de gran estrés emocional.

Su diagnóstico se confirmó con la ayuda de una ultrasonografía endoscópica en la que se encontró una masa de 2 cm de diámetro en la cabeza del páncreas, en directa relación con el conducto pancreático.

Se practicó la enucleación de la masa descrita guiada por ecografía intraoperatoria, sin complicaciones. En el postoperatorio inmediato, se logró el control de las cifras de glucemia, sin evidencia de recidiva en controles posteriores.

02-021

Pancreatectomía distal: serie de casos

*Manuel Mosquera, Akram Kadamani,
Gabriel Sánchez, Carlos Felipe Chauz,
Carlos Alfredo Sánchez*
Fundacion Cardioinfantil
Bogotá, Colombia
mmosquera@cardioinfantil.org

En la actualidad, el uso de técnicas menos invasivas para procedimientos quirúrgicos de gran complejidad ha cobrado importancia a medida que se ha ido adquiriendo experiencia y habilidad para acceder a lugares que previamente no se creían accesibles por laparoscopia.

Hoy en día, el tratamiento quirúrgico de tumores pancreáticos, tanto de la cabeza como del cuerpo y la cola, se realizan de forma abierta, con una incidencia alta de complicaciones posoperatorias. Entre las ventajas del procedimiento por laparoscopia se encuentran: menor dolor posoperatorio, íleo ¿menos frecuente? y regreso a la actividad normal de forma más temprana. Según la habilidad quirúrgica, el uso de una visión con aumento permite una mejor exposición de las estructuras críticas, aunque se incurre en un mayor tiempo quirúrgico. En cuanto al costo-beneficio, hace falta mayor experiencia.

En el presente trabajo presentamos una serie de casos de pacientes de diferentes grupos etarios, con diagnóstico preoperatorio de tumores pancreáticos variados, que van desde insulinoma hasta tumor quístico mucinoso del páncreas como presentación más común en dos casos. Los resultados posoperatorios demuestran que un abordaje mínimamente invasivo por laparoscopia permite un adecuado tratamiento con una incidencia baja de complicaciones.

Se revisó la literatura y se presentan los casos clínicos de pancreatectomías realizadas por laparoscopia en la Fundación Cardioinfantil, de octubre de 2008 a junio de 2009, de forma retrospectiva. Se analizan los desenlaces y las complicaciones posoperatorias, con resultados favorables.

02-023

Sarcoma cervical, una patología poco común

Adonis Tupac Ramírez
Hospital Universitario de Neiva,
Universidad Surcolombiana
Neiva, Colombia
adoracu74@hotmail.com

Introducción. Los sarcomas representan menos del 1% de todas las neoplasias malignas de cabeza y cuello en adultos. Presentan un crecimiento y una agresividad variables que dependen, directamente, del grado histológico. El objetivo clínico de este estudio es reportar un caso de esta enfermedad poco frecuente y describir su manejo.

Metodología. Reporte de caso clínico.

Resultados. Se trata de un paciente con cuadro clínico de un año de evolución, de una masa en la región lateral izquierda del cuello, que comprometía el músculo esternocleidomastoideo, con posterior ulceración. Se hizo biopsia con *trucut*, que reportó carcinoma mal diferenciado. Posteriormente, se realizó resección local amplia, con informe de anatomopatología definitivo de sarcoma fusocelular de alto grado. Recibió tratamiento complementario con radioterapia, con seis meses de seguimiento libre de enfermedad.

Discusión y conclusiones. Los sarcomas de cabeza y cuello son tumores poco frecuentes, con diversa presentación clínica y agresividad que dependen de su grado de diferenciación. El tratamiento principal es quirúrgico, con resección amplia en bloque, con bordes microscópicos sin compromiso, y con radioterapia posterior.

02-024

Tumor miofibroblástico inflamatorio de íleon, presentación de un caso y revisión de la literatura

Charles Elleri Bermúdez, Sergio Cervera, Aura María Rivera

Hospital Universitario San Ignacio,
Pontificia Universidad Javeriana
Bogotá, Colombia
cebermudez@husi.org.co
chebermud@yahoo.com.co

Introducción. El tumor miofibroblástico inflamatorio es una neoplasia de carácter pseudosarcomatoso e inflamatorio, de presentación infrecuente, que, a menudo, afecta a niños y jóvenes, y cuyo compromiso de íleon es inusual.

Objetivo. El objetivo de esta presentación es dar a conocer una enfermedad de baja incidencia, de localización atípica y de importante morbilidad para el paciente.

Caso clínico. Se trata de una joven de 15 años que ingresó al Hospital Universitario San Ignacio por dolor abdominal de una semana de evolución, asociado a signos de respuesta inflamatoria sistémica y con hallazgo imagiológico de colección pericecal con aire en su interior.

Se practicó laparotomía exploratoria y se encontró una masa en el íleon terminal perforada, con peritonitis generalizada. Se hizo drenaje de la peritonitis, hemicolectomía derecha, ileostomía y fístula mucosa. El informe anatómo-patológico reportó un tumor miofibroblástico inflamatorio de 5 cm en el íleon distal.

Discusión y conclusiones. Se realizó una búsqueda de la literatura en PubMed, utilizando los términos «*inflammatory myofibroblastic tumor*» (no existen términos MeSH para esta entidad) y se encontraron, aproximadamente, 40 publicaciones; al limitar la búsqueda al íleon, se redujo el número a 20. Todos eran reportes de caso, de los cuales puede concluirse que este tumor es una lesión benigna, con pico de presentación entre los 3 meses y los 40 años de edad, más frecuente en mujeres, con mayor frecuencia de localización pulmonar y gastrointestinal; se reporta que hasta en 45% de los casos se presenta en epiplón y yeyuno proximal. Su etiología se ha relacionado con infección por el virus de Epstein-Barr y se caracteriza por su crecimiento rápido y por su tasa de recurrencia elevada.

02-025

Osteoma de laringe, una rara entidad Reporte de caso clínico

Adonis Tupac Ramírez
Hospital Universitario de Neiva,
Universidad Surcolombiana
Neiva, Colombia
adoracu74@hotmail.com

Introducción. Los osteomas son tumores óseos comúnmente encontrados en los huesos largos y los huesos cráneo-faciales. Son neoplasias de crecimiento lento con proliferación de hueso compacto que, generalmente, causan alargamiento del área afectada sin síntomas. Sólo se han reportado pocos casos de osteomas de laringe proveniente de áreas de metaplasia de los cartílagos laríngeos y un caso originado en una falsa cuerda vocal.

Metodología. Reporte de caso clínico.

Resultados. Se trata de un paciente de 42 años de edad, con disfonía y odinofagia. En la nasofibrolaringoscopia se encontró una masa poliploide subglótica y en la TC

se confirmó que la lesión se asociaba a calcificaciones y estaba relacionada con el cartílago cricoides.

Se realizaron múltiples biopsias por microlaringoscopia que mostraron epitelio normal. Posteriormente, se practicó laringofisura y se encontró una masa pétreo subglótica sin relación con el cartílago, la cual se reseccó totalmente. El examen anatómico-patológico mostró características indicativas de osteoma. Actualmente, después de 8 meses de seguimiento, está asintomático.

Conclusiones. Los osteomas son tumores benignos de crecimiento lento, localizados comúnmente en el área craneo-facial y muy raros en la laringe. Su etiología es desconocida y se asume que pueden ser de origen embriológico o secundario a trauma o episodios infecciosos. La escisión quirúrgica está recomendada únicamente en casos sintomáticos. La laringofisura es un procedimiento útil para el diagnóstico y la resección de tumores subglóticos.

02-030

Sarcoma retroperitoneal, presentación de caso

Miguel Ángel Moyón, Jaime Rubiano,

Carlos Zapata, Miguel Moyón

Hospital Universitario La Samaritana

Quito, Ecuador

mmoyon@javeriana.edu.co

Introducción. Los sarcomas de tejidos blandos son tumores infrecuentes y en los Estados Unidos se presentan cerca de 9.200 casos de sarcomas al año. Corresponden al 1% de todos los tumores malignos. Con tan pocos casos, es complicado conocer con precisión su historia natural y las terapias más efectivas.

Materiales y métodos. Presentamos cuatro casos en los cuales se analizan la presentación clínica, el diagnóstico, el manejo, las complicaciones y la evolución.

Además, se trata de recopilar la bibliografía más actualizada sobre el tema, para enfocar el manejo con terapias adyuvantes y establecer su validez a la luz de los resultados obtenidos.

Discusión. Los hallazgos clínicos son: dolor abdominal (80%), masa palpable (70%) y síntomas neurológicos (30%).

Para hacer el diagnóstico se debe descartar síntomas de linfoma, buscar adenopatías periféricas, hacer examen

testicular y obtener tomografía de abdomen y biopsia por punción en pacientes con clínica dudosa.

Para el tratamiento, la cirugía es la única alternativa terapéutica curativa. La mejor oportunidad se da en la primera cirugía. El uso de tratamientos adyuvantes no ha reportado beneficios estadísticamente significativos.

En cuanto al pronóstico, la supervivencia a los cinco años es de 15% a 50%. La mayoría de las recidivas aparecen en dos años. El grado histológico determina la posibilidad de metástasis.

Conclusiones. Por ser tan infrecuente, es complicado conocer con precisión la historia natural de esta enfermedad y las terapias más efectivas, ya que no hay experimentos clínicos controlados sobre estos tumores. La cirugía es el tratamiento más efectivo para los sarcomas primarios y recurrentes. La resección casi siempre es marginal, debido a las estructuras adyacentes, e incluye otros órganos abdominales, por lo que debe ser realizada por cirujanos expertos. El tratamiento adyuvante se recomienda según el grado histológico.

02-033

Mesotelioma primario del pericardio

Anderson Julián Remolina,

Lucero del Pilar Quiroga, Carlos Mario Rangel,

Julio Alexander Díaz-Pérez

Universidad Industrial de Santander

Bucaramanga, Colombia

gricesuis@yahoo.com

Introducción. El mesotelioma primario de pericardio es una neoplasia extremadamente rara, que se origina de las células que conforman el pericardio. Este tumor tiene la capacidad de invadir estructuras adyacentes y de originar metástasis a ganglios linfáticos y órganos a distancia; sin embargo, por su localización, generalmente es mortal en forma precoz. Hasta el momento se han informado alrededor de 200 casos en el mundo, sin encontrarse casos informados en Colombia.

Objetivo. Describir un caso de mesotelioma primario de pericardio atendido en el Hospital Universitario de Santander, Colombia, y discutir el tema.

Caso clínico. Se trata de una mujer de 56 años de edad, que ingresó remitida de un centro de atención primario, por anorexia, pérdida de peso, disfagia y disnea de un año de evolución que, posteriormente, se acompañaron de masa cervical supraclavicular derecha. Tenía antecedentes de diabetes mellitus tipo II, síndrome anémico crónico y tabaquismo de 10 cigarrillos diarios desde hace 40 años.

En el examen físico se observó una paciente en muy malas condiciones generales, emaciada, con frecuencia cardiaca de 100 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 30 por minuto, presión arterial de 82/48 mm Hg. En el cuello se encontró una masa supraclavicular derecha, acompañada de múltiples adenopatías. Además, se observó importante esfuerzo respiratorio. Se consideró un posible carcinoma avanzado con tumor primario desconocido.

Se tomaron radiografía y TC de tórax, en las que se observó ensanchamiento del mediastino, masas en el mediastino, y derrame pleural y pericárdico. El estudio citológico del aspirado con aguja fina de la masa cervical y la citología de líquido pleural fueron indicativos de neoplasia maligna. La paciente presentó deterioro progresivo y muerte.

Estudio de autopsia. Se observó el corazón disminuido de tamaño, encarcelado totalmente por una masa tumoral multinodular, blanquecina, con múltiples áreas de necrosis, sin infiltración del pericardio visceral, la cual correspondió a un mesotelioma pericárdico en el estudio anatómo-patológico.

Discusión y conclusiones. El mesotelioma primario de pericardio es una neoplasia poco frecuente, la cual con frecuencia es fatal debido a la sensibilidad de los órganos que compromete. Por este motivo, generalmente este tumor se diagnostica en la autopsia, posterior a una muerte producida por taponamiento cardiaco, en la mayoría de los casos.

02-035

Rabdomiosarcoma primario de corazón en paciente adulto con diagnóstico pre mórtem

*Julio Alexander Díaz-Pérez,
Diego Gómez-Arbeláez, Gabriel Eduardo Pérez,
Jairo Andrés Paredes*
Universidad Industrial de Santander
Bucaramanga, Colombia
gricesuis@yahoo.com

Introducción. Las neoplasias cardiacas pueden ser primarias o secundarias. Las formas secundarias son 20 a 40 veces más frecuentes que las primarias; estas últimas constituyen un grupo diverso de alteraciones histopatológicas que pueden comprometer tanto el endocardio, como el miocardio y el epicardio.

Objetivo. Describir un caso de rabdomiosarcoma primario del corazón diagnosticado en el Hospital Universitario de Santander por medio de biopsia endomiocárdica en una mujer de 45 años.

Caso clínico. Se trata de una mujer de 45 años con síncope a repetición de un año de evolución, posteriormente, acompañados de palpitations y dolor torácico.

Se le realizó un ecocardiograma Doppler transtorácico, con el cual se logró identificar una pequeña masa de 2,1 cm por 1,8 cm en la aurícula izquierda. Se tomó biopsia endomiocárdica que, en el estudio histopatológico, evidenció la presencia de un rabdomiosarcoma primario de corazón. Un año después, la paciente ha seguido presentando síncope a repetición, y se ha documentado hasta la fecha una supervivencia de 14 meses.

Discusión y conclusiones. Presentamos un caso de esta rara enfermedad, la cual es una neoplasia maligna que usualmente afecta el corazón en edad pediátrica, pero es muy inusual en edad adulta, la cual ha presentado una supervivencia prolongada gracias a un diagnóstico y tratamiento precoz.

02-038

Tumores gigantes del tórax

Evis Durango, Gustavo Valderrama
Universidad del Valle
Cali, Colombia
evisdq@hotmail.com

Caso clínico. Se presenta el caso de una mujer de 50 años con cuadro clínico de un año de evolución consistente en tos seca, manejada con broncodilatadores. Se le realizó una radiografía de tórax en la que se observó una gran masa torácica localizada en el mediastino posterior. Se decidió tomar una tomografía de tórax, la cual reportó una masa en el mediastino posterior, con una densidad de 36 Unidades Hounsfield (líquido). Se continuó su estudio con una endoscopia de vías digestivas altas, la cual fue normal.

Materiales y métodos. Se evaluó el caso clínico en junta de tumores y se decidió llevarla a cirugía. A través de toracotomía derecha, se extrajo una masa encapsulada de aspecto quístico del mediastino posterior, adherida o en contacto con el esófago y las estructuras vasculares.

Resultados. El estudio de anatómo-patología mostró una lesión benigna, neurogénica, con áreas fusiformes y densas, con núcleo en empalizada y áreas mixoides con células ocasionales; se observaron vasos sanguíneos y cambios quísticos, atipia nuclear y ausencia de figuras mitóticas.

Se hizo diagnóstico de schwannoma antiguo (“*ancient*”) con degeneración quística. Éste es un tumor neurogénico de origen neuroectodérmico (vaina de Schwann) con pocos casos publicados en la literatura. Su localización torácica es poco frecuente (0,8%), entre los tumores neurogénicos del mediastino posterior.

Discusión y conclusiones. Este tipo de neoplasia tiene una variedad benigna y otra maligna que es sumamente agresiva. Su diagnóstico es histopatológico y la decisión quirúrgica se toma ante los hallazgos clínicos y radiológicos de cambios degenerativos, calcificaciones y formaciones quísticas. Se puede diagnosticar en forma errónea como un tumor maligno del mediastino, por su presentación con características atípicas.

OTROS

02-043

Cirugía de cambio de sexo de hombre a mujer

Reinel Mesa

Universidad de Cartagena,
Hospital Universitario del Caribe
Cartagena, Colombia
rmesac@gmail.com

Introducción. Ésta es una cirugía del área genital de cambio de sexo pues el sexo, o la identidad de sexo, reside en algún lugar del cerebro.

El concepto de sexo de las personas está determinado por factores biológicos, fisiológicos, psicológicos y sociales, de cuya interacción resultan patrones de comportamiento, costumbres y disfunciones propias del ser humano.

La transexualidad es distinta de la orientación sexual. Los criterios de diagnóstico del DSM-IV son:

- una fuerte y persistente identificación equivocada del sexo, sensación de «estar en cuerpo ajeno»,
- incomodidad persistente con el sexo natal y asociado al rol de género y
- ausencia de cualquier condición de intersexualidad (hermafroditismo, síndrome de Klinefelter, etc.).

Presentación del caso. Se trata de un paciente de 20 años, remitido con impresión clínica de “pseudohermafroditismo”. Al ingreso, se observó un fenotipo femenino en sus caracteres sexuales secundarios, sin afeminamientos. No tenía antecedentes clínicos, biológicos ni quirúrgicos de importancia.

En el examen físico, se encontró que presentaba discreto crecimiento mamario (automedicación irregular de estrógenos) y genitales externos masculinos; su cariotipo era XY, con exámenes de extensión dentro de parámetros normales.

Se hizo el perfil psicológico y la verificación de la historia sociológica y conductual de superación de la prueba de la vida, y se reafirmó el diagnóstico de transexualismo.

Se practicó orquidectomía bilateral y se inició el proceso de feminización hormonal con estrógenos por vía intramuscular, el cual se suspendió dos meses antes de la fecha propuesta, para realizar la cirugía de cambio de sexo de hombre a mujer, consistente en clítoris, uretra y construcción de una vagina con colon. Tres años después, la paciente lleva una vida sexual satisfactoria.

