



TRABAJOS LIBRES

CABEZA Y CUELLO

01-042

Disminución de la supervivencia al cáncer de laringe, análisis de la base de datos SEER

Álvaro Sanabria, Andre Carvalho,

Luiz P. Kowalski

Hospital do Câncer de Barretos, Barretos, SP, Brasil;
Departamento de Cirugía, Universidad de La Sabana,
Bogotá, Colombia;
Hospital A.C. Camargo,
São Paulo, SP, Brasil.

Introducción y objetivos. El cáncer de laringe tuvo una disminución de la supervivencia en los últimos años. Se pretende identificar las posibles causas de su disminución en los Estados Unidos.

Materiales y métodos. Es un estudio descriptivo de la base de datos del programa *Surveillance, Epidemiology and End Results* (SEER) del *National Cancer Institute* de Estados Unidos. Se tabularon las variables sitio anatómico específico, estadio y tipo de tratamiento, y se generó una variable para clasificar el nivel socioeconómico del centro de tratamiento inicial.

Resultados. Se analizaron 29.324 registros de pacientes en el SEER, entre 1974 y 1998, con diagnóstico de cáncer de laringe no metastásico, y se analizó su asociación con la supervivencia a 5 años.

Se observó una disminución estadísticamente significativa para: localización glótica (80,7% Vs. 75,5%; $p<0,001$); tratamiento quirúrgico (72,3% Vs. 63,4%; $p=0,019$); estadio localizado (80,2% Vs. 75,5%; $p=0,038$).

Hubo disminución de la supervivencia, así: estadio local y localización glótica (87,5% Vs. 81,9%; $p<0,001$), estadio local y localización supraglótica (66,9% Vs. 60,8%; $p=0,02$), y estadio regional y localización glótica (67,1% Vs. 64,2%; $p=0,03$).

Hubo disminución de la supervivencia, así: tratamiento quirúrgico y localización glótica (82,7% Vs. 75,0%; $p<0,001$), y radioterapia y localización glótica (80,0% Vs. 71,2%; $p=0,009$).

Hubo disminución de la supervivencia, así: centro de baja población/alto ingreso y localización glótica (82,0% Vs. 75,3%; $p<0,001$), y centro de alta población/bajo ingreso y localización glótica (79,1% Vs. 68,7%; $p=0,04$).

Discusión y conclusiones. La supervivencia a los tumores de laringe de localización glótica, estadios localizados y sometidos a cirugía ha disminuido progresivamente. Esto puede ser efecto de la generalización del tratamiento endoscópico, sin el debido entrenamiento quirúrgico.

01-048

Sarcoma laríngeo, presentación de un caso

Fernando Pereira, Sergio Zúñiga

Instituto de Cancerología Clínica Las Américas
Medellín, Colombia
drfernandopereira@gmail.com

Introducción. Los sarcomas son un grupo raro de neoplasias, que constituyen menos del 1% de las neoplasias de cabeza y el cuello en adultos. Son tumores que se derivan del tejido blando mesodérmico, con gran

variedad de formas clínicas debido a varios tipos de clasificaciones patológicas. Su causa no es bien conocida y puede tener relación con exposición a radiación ionizante en altas dosis; no se han determinado otras influencias, ya sean virales, hábito de fumar, mutaciones o amplificaciones genéticas, en su etiología. Asimismo, los sarcomas tienen un comportamiento variable, que depende de su tipo, variedad histológica, grado y sitio de presentación. Sin embargo, adquieren un patrón de diseminación local agresiva y a distancia por vía hemática, sobre todo hacia los pulmones.

Caso clínico. Se presenta un caso de sarcoma laríngeo en un paciente masculino de 60 años, con antecedentes de tabaquismo crónico, al cual le realizamos una cirugía conservadora de laringe y radioterapia posterior a la cirugía. En el momento, se encuentra con adecuada fonación, sin traqueostomía, con una buena calidad de vida y sin signos de recaída local ni regional.

Discusión y conclusiones. La cirugía es la piedra angular del tratamiento en estos casos. La resección radical del tumor, con radioterapia posoperatoria o sin ella, es el tratamiento más empleado. La quimioterapia se ha dejado para recidivas locales extensas y metástasis.

SENO Y TEJIDOS BLANDOS

01-017

Justificación y creación de la Clínica de Manejo Avanzado de Heridas y Ostomías en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, Empresa Social del Estado

Germán Alfredo Ramírez, Niny Johana Méndez, Diego Losada Floriano
Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo,
Empresa Social del Estado
Neiva, Colombia
alfredojacobo@hotmail.com; aniris_25@hotmail.com

Hipótesis. ¿Se justifica como programa institucional?

Materiales y métodos. Es un estudio descriptivo, observacional y multifásico.

Fase 1. Se consideran como universo los casos llevados a quirófano; se hacen sumas y se calculan porcentajes de los pacientes diana, que son los pacientes de

tratamiento médico y quirúrgico con heridas complejas, lesiones terapéuticas, traumáticas, zonas cruentas, lesiones por presión, metabólicas y vasculares crónicas, de 1 de enero de 2007 a 30 de junio de 2008.

Fase 2. Se hace el diagnóstico de la situación antes del 1° de marzo de 2009.

Fase 3. Se evalúan el programa y el cambio de situación, del 1° de marzo al 31 de mayo de 2009.

Fase 4. Metas.

Resultados. Se practicaron 13.854 procedimientos en el periodo estudiado; de éstos, 2.078 (14%) eran pacientes diana. Los jefes y auxiliares de enfermería no tienen capacitación adecuada; se emplean sustancias e insumos poco acordes con el avance tecnológico y científico, y no se cuenta con instalaciones adecuadas.

En el periodo descrito, se atendieron 120 pacientes (1,61%) y los 433 procedimientos realizados corresponden al 9,65% de las intervenciones, de los cuales, 96% pertenecen al régimen subsidiado, 3% al contributivo y 1% particulares. Se cuenta con cirujano, jefe y auxiliar de enfermera, dos quirófanos exclusivos, técnicas y dispositivos acordes para la atención de pacientes diana. Hubo aumento del recurso humano y proyección extrainstitucional.

Discusión y conclusiones. Justificado y creado el programa, permite el acceso a manejos modernos, con amplia demanda y proyección, lo cual enriquece el portafolio del hospital y la calidad de los servicios.

01-018

Comportamiento de la clínica de manejo avanzado de heridas y ostomías en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, Empresa Social del Estado, Neiva

Germán Alfredo Ramírez, Niny Johana Méndez, Diego Losada
Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de
Neiva, Empresa Social del Estado
Neiva, Colombia
alfredojacobo@hotmail.com
aniris_25@hotmail.com

Objetivo. Describir el comportamiento del programa, nuevo en una Empresa Social del Estado, centro de referencia regional.

Materiales y métodos. Estudio descriptivo, observacional y prospectivo, en el cual se consideró como universo a los casos atendidos en el periodo del 1° de marzo de 2009 al 31 de mayo de 2009; mediante sumas y porcentajes, se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, grupo etario, servicio en donde se atendió, motivo de interconsulta, población hospitalaria, aseguradora y procedimientos.

Resultados. Se atendieron 120 pacientes, que representaron el 1,61% de todos los atendidos en la institución, 96% subsidiados, 3% contributivos y 1% particulares. La edad media fue de 32,5 años y 41,6% eran hombres. El 56,6% estaban hospitalizados: 69,1% de cirugía general, 20% de medicina interna y, en menores porcentajes, de otras especialidades.

Se solicitaron interconsultas por heridas abdominales (30,8%), por enterostomías (8,3%), por pie diabético (11,6%) y, en menores porcentajes, por otras condiciones. De las intervenciones, 433 correspondieron a procedimientos (9,65%): desbridamientos (54,5%), manejos de tejidos blandos (16,3%) y escarectomías (10,3%).

Discusión y conclusiones. La atención a pacientes con lesiones complejas es un importante y frecuente reto por sus repercusiones, y demanda un programa multidisciplinario de referencia para lesiones complejas de tejidos blandos y ostomías, como estrategia de apoyo, con altos estándares de calidad y de uso de tecnología. El programa de la Clínica de Manejo Avanzado de Heridas y Ostomías le ofrece a la población general el acceso a tratamientos modernos para lesiones complejas, de tejidos blandos y estomas; cuenta con amplia demanda, y enriquece el portafolio del hospital y la calidad de los servicios de la institución.

01-025

¿Cómo debemos enseñar el examen clínico del seno en las facultades de medicina?

Lilian Torregrosa, Mauricio Tawil,
Juan Carlos Ayala, Sergio Andrés Acuña,
Fernando Angarita
Pontificia Universidad Javeriana,
Hospital Universitario San Ignacio
Bogotá, Colombia
lilian.torregrosa@javeriana.edu.co

Introducción. A pesar de las recomendaciones educativas sobre el uso del examen clínico del seno y la enseñanza del autoexamen mamario, el uso de estas herramientas es pobre.

Objetivo. Este estudio pretende evaluar el estado actual de conocimientos y destrezas de los estudiantes de pregrado en una facultad de medicina expuestos a la enseñanza tradicional en el examen clínico del seno, y comparar estos resultados con los obtenidos después de la implementación de una nueva estrategia de instrucción estructurada.

Materiales y métodos. Se aplicó un cuestionario a una muestra aleatoria de estudiantes (n=342) con preguntas sobre la técnica y la justificación de realizar el examen clínico del seno. Posteriormente, se compararon el grupo entrenado mediante enseñanza tradicional y el expuesto a una estrategia estructurada.

Resultados. Aunque los estudiantes refieren conocer la técnica del examen clínico del seno en 88,2% de los casos, se encontró que 75,2% desconoce pasos fundamentales, especialmente cuando se encuentran iniciando sus rotaciones clínicas.

Se encontró, también, que existe un pobre conocimiento sobre las indicaciones actuales para practicar un examen clínico del seno, y un adecuado conocimiento sobre las razones teóricas que fundamentan el examen.

El 60% de los estudiantes considera que el entrenamiento ofrecido durante la carrera fue «insuficiente», a la vez que 70% cree que ésta es una habilidad «muy necesaria» para el médico general.

En términos de habilidades, el 100% de aquéllos que recibieron el entrenamiento propuesto en el estudio, completaron de manera satisfactoria la evaluación de competencias.

Conclusión. El entrenamiento clásico ofrecido durante la carrera de medicina provee un conocimiento insuficiente del examen clínico del seno, el cual es percibido por el estudiante y se refleja en su conocimiento. El conocimiento y la habilidad al terminar la carrera pueden mejorar si se emplean estrategias estandarizadas de enseñanza, como la propuesta.

01-026

Caracterización de las pacientes con diagnóstico de cáncer de seno de la Unidad de Cancerología del Huila, 1 de enero de 2005 a 31 de diciembre de 2008

Angélica María Gutiérrez, Justo Germán Olaya, Sandra Milena Rojas, Yeison Chavarro, Carolina Hermida

Hospital Universitario de Neiva,
Universidad Surcolombiana
Neiva, Colombia
anmaguta1410@yahoo.com
jolayaramirez@yahoo.com

Introducción. El cáncer de seno es actualmente una enfermedad de salud pública, dada su alta incidencia y mortalidad. La utilización de métodos de tamización y detección temprana permiten un diagnóstico oportuno. El conocimiento de los factores de riesgo, los factores pronósticos y las opciones terapéuticas, permite un manejo adecuado y multidisciplinario. Por lo tanto, es importante caracterizar la población femenina del sur de Colombia con este diagnóstico, para establecer pautas en el manejo y seguimiento de las pacientes.

Materiales y métodos. Se realizó un estudio de corte transversal; se incluyeron 370 pacientes con diagnóstico de cáncer de seno tratadas integralmente en la Unidad de Cancerología del Huila del 1 de enero del 2005 al 31 de diciembre del 2008, en quienes se analizaron variables sociodemográficas, clínicas y terapéuticas, propias del manejo del cáncer de mama.

Resultados. Se encontró que el 56,48% de la población era menor de 55 años. La mayoría de las pacientes tenía algún grado de obesidad. El tipo ductal infiltrante fue el más frecuente (88,37%). Predominaron los estadios avanzados (73,43%). El 24,05% de las pacientes presentaron compromiso ganglionar masivo. La cirugía conservadora se practicó en 47,30% y la hormonoterapia se administró en 48,66% de los casos.

Discusión y conclusiones. El cáncer de seno cobra mayor importancia al presentarse más frecuentemente en mujeres menores de 55 años y en estadios avanzados, lo cual orienta sobre la necesidad de ampliar los mecanismos de tamización y detección temprana en este grupo etario. La obesidad, como factor de riesgo, constituye una alerta en la necesidad de modificar el estilo de vida en las pacientes del sur de Colombia.

01-027

Infección del sitio operatorio en cirugía oncológica de seno: potenciales factores de riesgo

Fernando Andrés Angarita, Sergio Andrés Acuña, Álvaro Ruíz, Lilian Torregrosa, Mauricio Tawil
Pontificia Universidad Javeriana,
Hospital Universitario San Ignacio
Bogotá, Colombia
lilian.torregrosa@javeriana.edu.co

Introducción. Las cirugías de la glándula mamaria se catalogan como procedimientos limpios pero, aun cuando los *Centers for Disease Control and Prevention* estipulan que el riesgo de infección del sitio operatorio para este tipo de herida llega hasta 5%, se han observado cifras superiores en pacientes con patologías oncológicas. El desarrollo de esta complicación retrasa el inicio del manejo adyuvante, predispone a nuevas intervenciones, y genera malos resultados estéticos y mayores costos.

Objetivo. Determinar los factores perioperatorios que permiten predecir un aumento en la probabilidad de infección del sitio operatorio posterior a la cirugía oncológica de seno.

Materiales y métodos. Es un estudio observacional descriptivo del tipo corte transversal, en pacientes con cáncer de seno que recibieron manejo quirúrgico entre enero de 2005 y agosto de 2008 en el Hospital Universitario San Ignacio, de los cuales se recolectaron datos perioperatorios relacionados en la literatura con las tasas de infección. La información fue analizada mediante estadísticos descriptivos y las pruebas t de Student, ji al cuadrado y Fisher.

Resultados. Se recopilaron 201 casos con una tasa global de infección del sitio operatorio de 16,9%. Los factores asociados con mayor riesgo de infección ($p < 0,05$) fueron: IMCe ≥ 25 ; antecedentes de diabetes, tabaquismo, consumo de alcohol y enfermedades de la piel; intervalo corto entre la biopsia y la cirugía (33,1 Vs. 91,6 días), terapia neoadyuvante, mayor puntaje de ASA, manejo quirúrgico con mastectomía o reconstrucción inmediata, días transcurridos hasta el control postoperatorio (14,6 Vs. 11,4 días), peso de tejido removido ≥ 300 g y número de ganglios resecaados (15,8 Vs. 9,5 ganglios).

Discusión y conclusiones. Los factores con mayor asociación para el desarrollo de infección del sitio

operatorio son los relacionados con cirugías más agresivas y antecedentes clásicamente descritos que alteran la capacidad de respuesta del tejido.

01-065

Incidencia de bordes positivos en cuadrantectomías realizadas en los últimos 5 años en el Hospital Universitario del Valle

Jaime Rubiano, Uriel Cardona, Xavier Moyón, Mónica Jaramillo

Hospital Universitario Evaristo García
Cali, Colombia

Introducción. Las tasas de recurrencia del cáncer de mama se relacionan con edad, tipo histológico, grado de diferenciación y presencia de síntomas; sin embargo, la anchura del borde libre de tumor se considera como el factor más importante de recurrencia.

Materiales y métodos. Se realizó un análisis retrospectivo de todos los informes anatomopatológicos de las cuadrantectomías realizadas en el Hospital Universitario del Valle, en los últimos cinco años.

Se calcularon las tasas de márgenes positivos para las cuadrantectomías y se analizaron otras variables, como edad y margen más frecuentemente comprometido.

Resultados. Se reportan 34 cuadrantectomías con bordes positivos, de 202 realizadas en los últimos 5 años. El tipo histológico más frecuente fue carcinoma ductal infiltrante, el borde más comprometido fue el inferior y el promedio de edad fue de 51 años.

Discusión y conclusión. El porcentaje de márgenes positivos está por encima del estándar internacional. Es el primer estudio en Colombia sobre márgenes positivos en cáncer de mama y sirve de punto de partida para establecer controles de calidad, así como para realizar estudios sobre márgenes y recurrencia local.

01-078

Factores de riesgo epidemiológicos en cáncer de seno

William Sánchez, Diego Vanegas, Taira Pinto, Daniel Gómez, Diego Peña, Daniel García.

Hospital Militar Central
Bogotá, Colombia

Introducción. Son múltiples los factores relacionados con la etiopatogenia del cáncer de seno. Algunos de ellos, como la menarquia precoz, el primer embarazo tardío, la hormonoterapia en la postmenopausia, los antecedentes familiares y otros, se considerados en las escalas de cálculo de riesgo. Evaluamos dichos factores epidemiológicos y otros de tipo conductual de una manera aleatoria en una población colombiana.

Objetivo. Determinar los factores epidemiológicos generales que están directamente relacionados con la presencia de cáncer de seno en una población colombiana.

Materiales y métodos. Estudio prospectivo y analítico de casos y controles (1:1) conformado por dos grupos: uno con cáncer ductal de seno, confirmado por histopatología, y otro control conformado por mujeres sanas sin antecedentes de cáncer o de enfermedades mamarias. Los datos epidemiológicos recolectados se analizaron con el programa SPSS 11.1. Se efectuó análisis bivariado con la prueba exacta de Fischer y la de ji al cuadrado, y el multivariado con regresión logística y prueba de disparidad, con una p significativa mayor de 0,005.

Resultados. Fueron dos grupos con 186 casos en cada uno y edades que oscilaron entre los 18 y los 80 años. Los factores epidemiológicos que no presentaron diferencias significativas entre los dos grupos fueron: a) obesidad, $p=0,144$, b) número de embarazos, $p=868$, c) uso de anticonceptivos, $p=0,946$, d) tabaquismo, $p=0,99$; e) consumo de alcohol, $p=0,496$; f) consumo de café, $p=0,550$, y g) consumo de carnes rojas y asadas, $p=0,421$.

Los factores epidemiológicos que representaron diferencias significativas entre los dos grupos fueron: a) menarquia, $p=0,006$; b) edad al primer embarazo, $p=0,015$, c) terapia hormonal posterior a la menopausia, $p=0,008$, y d) consumo de enlatados y embutidos, $p=0,029$.

Conclusiones. Para el grupo de estudio comparativo de la población colombiana, los factores de riesgo más significativos relacionados con el cáncer de seno fueron: la menarquia temprana, la edad tardía del primer embarazo, el antecedente de reemplazo hormonal posterior a la menopausia y, en menor significancia, el consumo de alimentos enlatados y de embutidos.

SISTEMA GASTROINTESTINAL

01-011

Detección temprana de la filtración intestinal

Juan Pablo Flórez, Jaime Rubiano, Ivo Siljic

Hospital Universitario del Valle

Cali, Colombia

jpflorenz@hotmail.com

Introducción. La filtración intestinal es una complicación que se presenta en 5% a 30% de los pacientes sometidos a cirugía gastrointestinal, con una mortalidad mayor del 50% cuando la filtración se detecta después del quinto día de cirugía, lo cual incrementa los costos de hospitalización y la estancia en la unidad de cuidados intensivos.

En la actualidad, no existe una prueba diagnóstica exacta que detecte esta complicación de forma temprana. Se han utilizado diferentes pruebas de imaginología, como la prueba de bario, con una sensibilidad de 70% y una detección de 30% de las filtraciones clínicamente no significativas, y la TC helicoidal, con una sensibilidad de 60% para lesiones de vísceras huecas e identificación de alteraciones que pueden estar presentes en el posoperatorio normal, como el neumoperitoneo y el líquido libre, hasta el día 30 posoperatorio.

Objetivos. Identificar variables clínicas y paraclínicas de predicción de filtración intestinal. Analizar la asociación estadística de cada una de las variables con filtración. Desarrollar un modelo de regresión logística que permita inferir o predecir tempranamente las filtraciones intestinales.

Materiales y métodos. Realizamos un estudio prospectivo, doble ciego, con seguimiento de una cohorte de 103 pacientes adultos sometidos a cirugía gastrointestinal por enfermedades neoplásicas malignas, en tres centros de Cali (el Hospital Universitario del Valle, la Clínica de los Remedios y la Clínica Farallones), de noviembre de 2007 a enero de 2009. Se identificaron cuatro variables de predicción de filtración, se estudió su fuerza de asociación y se desarrolló un modelo de predicción de filtración mediante un análisis de regresión logística.

Se siguió la cohorte de pacientes a un mes posoperatorio y, además, se identificaron las variables demográficas y del estadio tumoral, las variables clínicas, en especial el balance de líquidos y la diuresis del tercer día, y las variables paraclínicas, como la presencia de cayados y

la base exceso de los gases arteriales del tercer día, y se midió la incidencia de filtraciones.

Se realizó un análisis estadístico de cada una de las variables estudiadas con la prueba t de Student y la de Mann-Whitney, y se construyó un modelo matemático de predicción de filtración mediante un análisis de regresión logística.

Resultados y conclusiones. Las cuatro variables propuestas son factores de predicción tempranos de filtración con un riesgo relativo 8,5 e IC95%: 3,14 - 23,01, que, en presencia de la variable fuerte balance, las otras variables no modifican el poder de detección. Se puede utilizar el balance y el exceso de base como factores de predicción con un nivel de significancia de 0,05.

01-013

Controversias en el manejo del hiato esofágico en hernias paraesofágicas: visión del residente

Luis Fernando Vélez, Luis Eduardo Martínez

Hospital de San José

Bogotá, Colombia

luisfernandovelezmd@yahoo.com

Antecedentes. Durante mi práctica como residente, tuve la oportunidad de asistir como ayudante a un número importante de correcciones laparoscópicas de hernias del hiato. En ese tiempo presencié la utilización de diferentes tipos de reparo, desde el primario hasta el uso de injertos protésicos, buscando realizar procedimientos libres de tensión. En la actualidad no existe la malla ideal, por lo tanto, pretendo con esta presentación mostrar los distintos tipos de reparación que presencié durante mi práctica en algunos de los hospitales de nivel IV de Bogotá.

Metodología. Se analizó un promedio de 10 hernias paraesofágicas de tres instituciones de Bogotá, las cuales requirieron manejo del hiato esofágico con malla. Al no existir la malla ideal, se analizaron las características de estos pacientes para determinar si había diferencias entre la utilización de una u otra prótesis. Se analizaron variables como edad, tamaño del defecto, tipo de reparación, tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria y evolución en el siguiente año.

Resultados. Las diferencias encontradas respecto al tipo de reparación, tiempo quirúrgico y estancia hospitalaria,

no variaron por el tipo de material usado. Estos materiales se manejaron según los protocolos de manejo de cada una de las instituciones analizadas. El tipo de reparo varió en todos los casos dependiendo del tamaño del defecto.

Conclusiones. No existe el injerto ideal. Las alternativas actuales brindan una opción viable para el manejo del hiato en los pacientes con hernias paraesofágicas. Se deben continuar las investigaciones encaminadas a encontrar el material ideal.

01-014

Experiencia en el manejo de hernias paraesofágicas en los últimos 5 años en la Fundación Santa Fe de Bogotá

Ricardo Nassar, Luis Fernando Vélez, Nimia Pardo
Fundación Santa Fe de Bogotá
Bogotá, Colombia

Hipótesis. Con el creciente incremento de casos de enfermedad por reflujo gastroesofágico, se han estudiado a fondo las hernias paraesofágicas y, con los avances en la laparoscopia, el tratamiento de las mismas ha disminuido la morbilidad. En el momento realizamos en la institución una reducción de la hernia, con cierre del defecto y un procedimiento antirreflujo tipo Nissen-Rossetti flojo.

Materiales y métodos. Se hace una descripción retrospectiva, en los casos llevados a cirugía en la Fundación Santa Fe de Bogotá en los últimos 5 años, de las variables edad, sexo, síntomas principales, tiempo de evolución de la sintomatología, hallazgos intraoperatorios, tipo de manejo instaurado, tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria en días, complicaciones y evolución en las consultas de control.

Resultados. Los pacientes habían recibido manejo médico sin adecuada respuesta al mismo, lo cual los llevó a consultar nuevamente. El tiempo quirúrgico fue de 60 minutos, aproximadamente, según el tipo de defecto y de reparación practicada. Los pacientes refirieron mejoría de los síntomas en las consultas de control; no se presentaron complicaciones derivadas del procedimiento y no fue necesario hacer conversión de ningún procedimiento.

Resultados. Hemos obtenido buena respuesta al manejo instaurado con complicaciones mínimas y mejoría de la calidad de vida de nuestros pacientes.

01-030

Utilidad del drenaje profiláctico en gastrectomía total en el Hospital Universitario San José de Popayán entre 1996 y 2005

Juan Pablo Martínez, Jorge Felipe Tobar,
Carlos González, Jorge Herrera
Hospital Universitario San José
Popayán, Colombia

Introducción. En Colombia, el cáncer gástrico constituye la principal causa de muerte por cáncer. La resección quirúrgica es la única forma de tratamiento curativo; en caso no curativo, la resección es el mejor método de paliación.

Objetivo general. Describir el comportamiento de los pacientes sometidos a gastrectomía total en relación con el uso de drenaje profiláctico.

Materiales y métodos. Estudio descriptivo tipo serie de casos; se revisaron 147 pacientes del Hospital Universitario San José del periodo entre 1996 y 2005, con gastrectomía total; 69 pacientes cumplían con todos los criterios. Los datos se analizaron con el programa SSPS, versión 11.0.

Resultados. El promedio de edad fue de 61,4 años (rango, 22 a 82 años). El 72,5% eran hombres y 56,5% procedían del área rural; 97,1% presentaba carcinoma gástrico avanzado.

A 95,3% se le hizo reconstrucción en Y de Roux; se utilizó drenaje en 40,6% y en 78% se dejó un solo drenaje. La duración del drenaje estuvo entre 3 y 20 días, con un promedio de 9,8 días.

Se presentaron complicaciones en 159% de los casos, necesidad de nueva intervención en 10,1%, fístulas en 5,2% y sepsis abdominal en 2,9%. La mortalidad fue de 43%.

Discusión. El uso rutinario de drenaje profiláctico no tiene ningún beneficio sobre aquéllos que no lo usan; sin embargo, se justifica la utilización del drenaje por el riesgo de mediastinitis (3% a 11%) y para poder detectar precozmente la fuga de la anastomosis o las complicaciones abdominales.

Conclusión. No es posible determinar la utilidad del drenaje profiláctico en este estudio. El criterio de dejar drenaje varía según el cirujano y se requieren estudios con mayor poder estadístico para poder definir esta conducta.

01-051

Bolsa de íleon: complicaciones inflamatorias en una serie de 50 pacientes

*Amy del Mar Piñeres, Cristina Isabel Martínez,
Juan Darío Puerta, Rodrigo Castaño*
amypineress@yahoo.com

Introducción. La construcción de bolsas del íleon posterior a proctectomía total, debido principalmente a cáncer y enfermedad inflamatoria intestinal, se ha realizado durante más de 20 años, con el fin de mantener la función de reservorio y un adecuado control en la absorción de líquidos y solutos que se encuentran en el intestino delgado y que, finalmente, en condiciones generales, son absorbidos durante su paso por ambos intestinos delgado y grueso, con el fin de evitar complicaciones hidroelectrolíticas y metabólicas.

Se han descrito varias técnicas quirúrgicas: reservorios en J, W y Z. En la literatura hay estudios bien diseñados que muestran la superioridad funcional del reservorio en J; ésta fue la técnica realizada en nuestra serie

Una de las complicaciones más importantes y que aún continúa siendo de difícil manejo es la inflamación de la mucosa de la bolsa del íleon, la cual se considera un síndrome y una entidad aislada, descrita por primera vez en 1978.

Objetivo. Describir la evolución de la complicación inflamatoria de la bolsa del íleon de los pacientes llevados a proctectomía y bolsas de íleon con anastomosis íleonano, durante el periodo de 3 años, en dos centros hospitalarios de Medellín.

Materiales y métodos. Evaluación de los resultados del seguimiento a los pacientes que fueron llevados a cirugía, descripción de sus complicaciones, principalmente inflamatorias y el manejo recibido.

Cincuenta pacientes fueron llevados a cirugía con un promedio de edad de 49 años de edad. Se les realizó la técnica de bolsa tipo J. Los pacientes fueron operados por dos cirujanos, subespecialistas en cirugía gastrointestinal y coloproctología.

Para la evaluación se tuvo en cuenta las patologías de base, las indicaciones de la proctectomía total y las condiciones nutricionales de los pacientes. Se evaluó la forma de presentación, el tiempo posoperatorio en el cual se presentaron las manifestaciones locales y sistémicas, y, además, las complicaciones mayores que

se presentaron secundarias a la respuesta inflamatoria de los pacientes

Discusión y conclusiones. De los 50 pacientes operados, 15 presentaron inflamación de la bolsa de íleon (32%), y de los 15 pacientes, dos murieron por respuesta inflamatoria sistémica y enfermedades asociadas.

En la literatura se describe una incidencia de 44% de inflamación de la bolsa de íleon, incluso hay estudios que presentan una incidencia hasta del 65%, lo cual nos demuestra que tenemos resultados similares o un poco por debajo de otros estudios.

COLON Y RECTO

01-003

Tratamiento quirúrgico de fístulas complejas de recto mediante transposición del músculo gracilis

*Carlos E. Martínez, Heinz O. Ibáñez,
Jorge I. Sierra, Luis F. Díaz, Javier Carrera,
Gloria P. Saldarriaga, Pedro E. Pabón,
Lina M. Mateus, Nairo J. Senejoa*
Grupo de Cirugía Colorrectal, Hospital Militar Central
Bogotá, Colombia
jorge.ivan62@hotmail.com

Introducción. Las fístulas complejas de recto tienen una baja incidencia, cerca del 3%; no obstante, representan un verdadero reto para el tratamiento quirúrgico de colon y recto. Una de las principales causas de fístulas son las cirugías y la radioterapia en pacientes con cáncer de próstata y de cuello uterino.

Objetivo. Presentar la experiencia del Servicio de Coloproctología del Hospital Militar Central de Bogotá en el manejo de las fístulas complejas de recto utilizando la transposición del músculo recto interno (*musculus gracilis*).

Materiales y métodos. Se presenta una serie de casos de pacientes con diagnóstico de fístula compleja de recto a quienes se les practicó tratamiento quirúrgico entre mayo de 2006 y mayo de 2009 con la técnica de transposición del músculo *gracilis*.

Resultados. Se encontraron seis casos, 4 hombres con fístula recto-uretral y 2 mujeres con fístula recto-vaginal posteriores a radioterapia por cáncer de próstata y de

cuello uterino, respectivamente. Se presentó una falla en el intento de reparación en una paciente con diagnóstico de cáncer invasor de cuello uterino.

Conclusión. La trasposición del músculo *gracilis* se constituye como la mejor alternativa para el manejo de las fístulas complejas de recto.

01-007

Manejo de la enfermedad hemorroidal con hemorroidopexia en dos centros hospitalarios

Carlos Martínez, Sandra L. Avendaño, Juan Carlos Reyes, Nairo Senejoa, Pedro Pabón, Lina María Mateus, Heinz Ibáñez, Javier Carrera, Jorge Sierra, Jorge Rodríguez
Hospital Militar Central
Bogotá, Colombia
sanavendano@hotmail.com

Introducción. La enfermedad hemorroidal es la enfermedad proctológica más frecuente. Entre 10% y 20% de los pacientes necesitan cirugía. La hemorroidectomía es el tratamiento de elección; se asocia con intenso dolor posoperatorio y recuperación prolongada. La hemorroidopexia con el procedimiento para prolapso y hemorroides ha demostrado producir menos dolor posoperatorio y una recuperación más rápida.

Objetivo. Presentar la experiencia del Hospital Militar y la Clínica Nueva en la hemorroidopexia con el procedimiento para prolapso y hemorroides bajo anestesia local y en forma ambulatoria, evaluando el dolor posoperatorio, las complicaciones, la recurrencia y el retorno al trabajo y a las actividades normales.

Materiales y métodos. Es un estudio prospectivo, en un periodo de 45 meses (mayo de 2005 hasta febrero de 2009), de pacientes con hemorroides grado II, III y IV, prolapso rectal mucoso y hemorroides mixtas. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, diagnóstico, síntomas, tiempo quirúrgico, dolor postoperatorio, recuperación y recurrencia.

Resultados. Se incluyeron 163 pacientes, con tiempo quirúrgico promedio de 14 minutos; el 79% de los pacientes no refirió dolor o fue leve el día de la cirugía y, al quinto día de la misma, el 97,5% no presentaban dolor. El 100% de los pacientes se manejaron

ambulatoriamente. Se presentaron complicaciones menores en el 7% de los pacientes. El 100% retornaron a sus actividades diarias antes de los 10 días. No hubo complicaciones mayores y no se presentó mortalidad en el grupo.

Discusión y conclusiones. Nuestra técnica es equiparable a lo reportado por la literatura, y mostró ser segura y eficaz.

01-008

Laparoscopia en cirugía colorrectal en el Hospital Militar Central de Bogotá

Carlos Martínez, Sandra L. Avendaño, Juan Carlos Reyes, Nairo Senejoa, Pedro Pabón, Lina María Mateus, Heinz Ibáñez, Javier Carrera, José Antonio Hormaza
Hospital Militar Central
Bogotá, Colombia

Introducción. La cirugía por laparoscopia ha mostrado beneficios a corto plazo, por la disminución del dolor, menor respuesta inflamatoria sistémica, recuperación más rápida y resultado estético. Los resultados oncológicos a largo plazo son similares al compararlos con la cirugía abierta.

Objetivo. Evaluar los resultados a corto plazo en pacientes llevados a cirugía colorrectal por laparoscopia.

Materiales y métodos. Es un estudio prospectivo de pacientes sometidos a cirugía colorrectal por laparoscopia en un periodo de 4 años (2005 a 2009). Las variables analizadas fueron: edad, sexo, diagnóstico, cirugía, tiempo quirúrgico, sangrado operatorio, complicaciones, estancia hospitalaria, reinicio de la vía oral, tasa de conversión y mortalidad operatoria.

Las variables patológicas oncológicas fueron: estadio patológico, márgenes quirúrgicos, recurrencia local y a distancia.

Resultados. Se incluyeron 90 pacientes con patología colorrectal. La edad promedio fue de 63 años; el 52% eran mujeres; se practicaron 60 cirugías por enfermedad maligna y 30 por enfermedad benigna. Las cirugías más frecuentes fueron colectomía derecha, resección anterior de recto con escisión total del mesorrecto, sigmoidectomía y colectomía izquierda. El tiempo promedio quirúrgico fue de 209 minutos, el sangrado

intraoperatorio de 210 ml, la tasa de conversión de 17,7%, la morbilidad a 30 días de 24,4%, la mortalidad de 4,1%, el inicio de la vía oral a los 2,6 días y la estancia hospitalaria de 6 días.

Conclusiones. Los resultados a corto plazo son equiparables a lo reportado por la literatura. La curva de aprendizaje es un factor fundamental en los mismos. Se debe continuar el seguimiento a largo plazo, para determinar las tasas de recurrencia y mortalidad por cáncer colorrectal.

01-021

Experiencia en apendicectomía por laparoscopia, Clínica CES, Medellín

Sergio Díaz, Diego Penagos, Gonzalo Gómez, María Clara Arroyave, Felipe Vanegas, Rogelio Matallana, Juan David Martínez, María Cristina García
Clínica CES
Medellín, Colombia
maildiaz@usa.net

Introducción. La apendicectomía por laparoscopia ha tenido un desarrollo lento comparado con otras cirugías por laparoscopia, debido a que sus beneficios han sido controvertidos. Nuestro objetivo es evaluar los resultados obtenidos en cuanto a complicaciones, tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria, recuperación posoperatoria y características demográficas.

Materiales y métodos. Trabajo descriptivo y retrospectivo que evalúa las características demográficas y resultados finales de las apendicetomías por laparoscopia realizadas en la Clínica del CES, desde enero de 2007 hasta mayo de 2009. Se evaluaron las historias clínicas de 22 pacientes operados en nuestra institución durante este periodo.

La técnica empleada es con tres puertos, uno de 10 mm y dos de 5 mm. Se emplearon una lente de 30 grados, energía bipolar y ligadura de la base apendicular con clips o nudo intracorpóreo.

Resultados. La apendicectomía por laparoscopia en nuestra institución es una técnica reproducible, que tiene una baja incidencia de complicaciones y que beneficia al paciente con una corta estancia hospitalaria, una rápida recuperación y poco dolor posoperatorio.

El tiempo quirúrgico promedio fue de 52 minutos (rango, 20 a 85 minutos).

Discusión. Por los resultados obtenidos, consideramos que la apendicectomía por laparoscopia es una técnica adecuada para el tratamiento integral de la apendicitis aguda. La apendicectomía por laparoscopia es factible en nuestro medio, con mínimo costo y excelentes resultados.

01-022

Cáncer de apéndice cecal

Francisco Herrera, Wilmer Manuel Tovío, Nair Yanet Bobadilla, Efrén Alfonso Cantillo
Universidad de Cartagena, Hospital Universitario del Caribe
Cartagena, Colombia
ecantillo81@gmail.com

Introducción. La apendicectomía es una de las intervenciones más comunes y el estudio anatomopatológico puede encontrar anomalías en 5% de los casos.

Casos clínicos. Se presentan dos casos de adenocarcinoma del apéndice cecal. El primero es un hombre de 30 años que consultó por dolor en la fosa iliaca derecha. En el examen físico se encontró una masa en la fosa iliaca derecha y signo de Blumberg positivo.

Con diagnóstico de plastrón apendicular, se sometió a cirugía y se encontró una masa que comprometía el ciego. Se practicó una hemicolectomía derecha con anastomosis transversa del íleon. En el informe de anatomopatología se reportó la presencia en el apéndice de una lesión tumoral maligna de origen endotelial formada por glándulas con escaso estroma interpuesto. Las glándulas tumorales infiltraban hasta la submucosa. La base del apéndice, los márgenes proximales y los ganglios peritumorales estaban libres de tumor.

El segundo caso es un hombre de 62 años de edad, con 48 años horas de evolución de un cólico en región inguinal derecha, con presencia de masa. En el examen físico se encontró abdomen distendido, signos de irritación peritoneal y hernia inguinal derecha reductible. En el hemograma se encontró leucopenia y las radiografías de abdomen mostraron dilatación de las asas intestinales.

Con diagnóstico de septicemia de origen abdominal por úlcera péptica perforada, se llevó a cirugía y se encontró

peritonitis fecal por apendicitis con perforación del ciego. Se practicó lavado peritoneal, rafia de ciego, apendicectomía, cierre de anillo inguinal y se dejó con abdomen abierto. En el estudio anatomopatológico se informó adenocarcinoma de tipo intestinal bien diferenciado, que infiltraba hasta la *muscularis mucosae*.

Discusión. Los tumores primarios del apéndice son raros y sólo el 2% son adenocarcinomas. El tratamiento para un carcinoma no invasivo es la apendicectomía; para el resto, es la hemicolectomía derecha. El pronóstico está determinado por la existencia de ganglios metastásicos y de metástasis a distancia.

01-029

Apendicectomía por laparoscopia de puerto único umbilical

Felipe Vanegas, Rogelio Matallana, Sergio Díaz, Gonzalo Gómez
Clínica CES
Medellín, Colombia

Introducción. El desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas con abordaje por laparoscopia, ha llevado a la cirugía a obtener resultados similares o superiores que con las técnicas clásicas en el manejo de múltiples enfermedades, entre ellas la apendicitis aguda.

Objetivo. Explorar y desarrollar nuevas técnicas para la realización de la apendicetomía por laparoscopia, buscando menor invasión, reducción de costos y estancia hospitalaria, y recuperación del paciente.

Materiales y métodos. Práctica de la apendicectomía con la técnica de cirugía por orificio natural transumbilical (NOTES, *natural orifice transumbilical endoscopic surgery*) en pacientes con diagnóstico de apendicitis, en el servicio de urgencias de la Clínica CES. Para realizar el procedimiento se requiere el equipo de laparoscopia básico, lente de 30°, electrobisturí bipolar y asistente de puerto Alexis®.

Es una serie de casos que evalúa todas las variables posibles sobre costos, estancia hospitalaria, complicaciones, tiempo quirúrgico, retos técnicos y reproducibilidad.

Resultados. Se presenta una serie de 15 pacientes con diagnóstico clínico de apendicitis aguda, operados con la

técnica NOTES, con tiempo quirúrgico de 20 minutos en promedio, estancia hospitalaria de máximo un día, mínimo dolor postoperatorio y sin complicaciones hasta la fecha.

Discusión y conclusiones. La técnica descrita en este estudio permite realizar una apendicectomía por laparoscopia con un solo puerto, sin requerir ningún equipo o insumo de alto costo. Este procedimiento cumple con todas las ventajas de la cirugía por laparoscopia y, además, tiene un mejor resultado cosmético. Esperamos demostrar en un futuro que este procedimiento disminuye la estancia hospitalaria.

01-052

Tratamiento médico y quirúrgico de la incontinencia fecal

Amy del Mar Piñeres, Cristina Isabel Martínez, José Ignacio Restrepo, Juan Ricardo Márquez
amypineress@yahoo.com

Introducción. La incontinencia fecal continúa siendo una entidad devastadora, que afecta de forma importante la calidad de vida de las personas que la padecen. Se define como el paso involuntario de materia fecal en cualquier momento de la vida, después de que el paciente ha presentado deposición «normal».

No se conocen verdaderos datos epidemiológicos de esta enfermedad, debido a que muchos pacientes no consultan por vergüenza a que sus familiares y amigos conozcan su situación.

La gran mayoría de los pacientes son de edad avanzada, de sexo femenino, bajos niveles sociales y con poco acceso a los servicios de salud.

En nuestro medio, gran parte de los pacientes son mujeres que han presentado complicaciones durante el parto vaginal.

Objetivo. Evaluar la respuesta al tratamiento médico, al quirúrgico o a ambos, según la clasificación de Pescatori, en una serie de 65 pacientes.

Materiales y métodos. Es un estudio retrospectivo y descriptivo, de una serie de 65 pacientes que presentaban incontinencia fecal clase A, B o C de Pescatori, manejados por cirujanos coloproctólogos.

En la evaluación se tuvo en cuenta la edad de los pacientes, el sexo, la causa asociada, el tratamiento

médico o quirúrgico previos, el cambio o la mejoría en la clasificación de Pescatori, el tiempo de evolución de la enfermedad, las condiciones anales asociadas, el prolapso rectal, la incontinencia mixta, etc.

Resultados. De 65 pacientes, 36 se clasificaban en la clase A, 15 en la clase B y 14 en la clase C. Los pacientes en la clase C fueron los que mejor respondieron al tratamiento quirúrgico y los clasificados en la A mejoraron con el tratamiento médico. La respuesta de los pacientes de la clase B fue variada y, durante la evolución del tratamiento médico, 15% progresaron a la clase C.

Discusión y conclusiones. En nuestra serie, los pacientes con cuadros más serios fueron los que mejor respondieron al tratamiento quirúrgico y aquéllos con incontinencia más leve respondieron al tratamiento médico; los pacientes con enfermedades asociadas, principalmente prolapsos (o procidencia rectal), fueron sometidos a cirugía, independientemente de la clasificación, y presentaron mejoría de su sintomatología.

01-055

Anastomosis de colon diferida en cirugía de control de daños

Juliana Suárez, Sandra Gélvez, Carlos Ordóñez, Luis Fernando Pino

Universidad del Valle, Departamento de Cirugía General, Hospital Universitario del Valle
Cali, Colombia
julisuarezco@yahoo.com

Introducción. Nuevamente, algunos cirujanos sugieren la colostomía en el manejo de trauma penetrante de colon en la laparotomía para control de daños. La experiencia en heridas de colon ocurridas en combate, indican que la anastomosis primaria conlleva un alto riesgo de filtración. Otra opción de manejo consiste en reseca el segmento lesionado y realizar anastomosis diferida dos o tres días después, cuando las condiciones hemodinámicas del paciente hayan mejorado.

Objetivo. Describir la frecuencia de complicaciones atribuibles a la anastomosis diferida, comparándola con otras técnicas.

Materiales y métodos. Se hizo una revisión de pacientes manejados consecutivamente por trauma de colon en

un periodo de 5 años. Se excluyeron las muertes tempranas, antes de las 48 horas. Las complicaciones relacionadas con la anastomosis fueron: dehiscencias, isquemia del estoma, fístulas, fascitis, abscesos, peritonitis y muerte.

Resultados. Se incluyeron 69 pacientes con trauma de colon, 35 manejados con laparotomía para control de daños, 3 con colostomía, 20 con anastomosis diferida, 2 con anastomosis primaria y 10 con rafia. Se presentaron complicaciones en 15 de los 69 pacientes (21,7%) y 6 muertes. En los pacientes manejados con colostomía y anastomosis diferida que requirieron laparotomía para control de daños, 1 de 3 (33,3%) y 5 de 20 (25%) presentaron complicaciones, respectivamente. Las complicaciones de la anastomosis diferida fueron: 2 casos de dehiscencia, 2 de peritonitis residual y 1 de fístula. Las complicaciones de la colostomía fueron isquemia y fascitis.

Conclusiones. La anastomosis diferida no aumentó la frecuencia de complicaciones o de muerte, pudiendo ser usada de forma segura en laparotomía para control de daños.

01-063

Impacto de las complicaciones en las colostomías

María Antonieta Barrera, Ivo Siljic, John Fredy Vallejo
Universidad del Valle
Cali, Colombia
datinka55@hotmail.com

Introducción. Una colostomía es una herramienta quirúrgica para evitar una anastomosis o para derivar las heces de un área distal. No es un procedimiento inocuo; tiene una tasa de complicaciones que varía entre 20% y 30% y el impacto negativo afecta la calidad de vida y, en algunos casos, puede llevar a la muerte.

En nuestra institución se realizan colostomías por muchas causas. No se ha efectuado ningún estudio que describa todos los factores relacionados, ni su indicación y, más aun, se desconoce el impacto de las complicaciones.

Materiales y métodos. Es un estudio descriptivo y retrospectivo de 136 pacientes a quienes se les practicó colostomía en los últimos dos años. Se analizaron

variables como la edad, el sexo, las enfermedades concomitantes, el uso de inmunosupresores, la indicación y el tipo de colostomía, si fue realizada de urgencia o electiva, el tipo e impacto de la complicación sobre la estancia hospitalaria, la necesidad de una nueva intervención quirúrgica y la mortalidad.

Resultados. La indicación más frecuente fue el trauma. Las heridas colorrectales abarcaron más del 70%. Su localización más frecuente fue en el colon sigmoide y la colostomía en asa fue la técnica más utilizada. En menor proporción, otras indicaciones fueron enfermedades malignas y benignas, como diverticulitis, necrosis de Fornier y lesiones perianales. La tasa de complicaciones fue del 20%, aproximadamente, incluidas necrosis, invaginación y prolapso.

Discusión y conclusiones. Llama la atención que sólo 25% de estos pacientes requirió una nueva intervención quirúrgica para manejar su complicación, con tasa de mortalidad inferior al 1% y prolongación de la estancia hospitalaria de 3 a 7 días.

01-082

Carcinoma escamocelular de ano, experiencia del Hospital Universitario Mayor, 29 casos

José Hormaza, Carlos Andrés Vega

Bogotá, Colombia
cheandres@hotmail.com

Introducción. Durante los años 70, los pacientes con carcinoma escamocelular del canal anal eran manejados con una aproximación quirúrgica mediante la resección abdomino-perineal. Desde entonces, la aparición del trabajo de Nigro *et al.* y varias series de trabajos clínicos han demostrado que el tratamiento multimodal con quimioterapia y radioterapia resultan en un mayor control local, tiempo libre de colostomía y supervivencia global.

La meta de esta presentación es mostrar la forma de adopción del tratamiento multimodal en la práctica clínica diaria de nuestra institución y los resultados logrados en este campo.

Materiales y métodos. Todos los pacientes tratados por carcinoma escamocelular de ano en el Hospital Universitario Mayor durante un periodo de 10 años (1998-2008) fueron identificados y se hizo un análisis retrospectivo de su tratamiento.

Resultados. Se identificaron 29 pacientes: 9 hombres y 20 mujeres, con un promedio de edad de 58 años. Un paciente presentaba enfermedad metastásica al momento del diagnóstico. Catorce pacientes tenían 60 o más años y 2 pacientes presentaban infección por VIH. Veintiocho pacientes (100% con carcinoma invasor) recibieron tratamiento con quimioterapia y radioterapia con el esquema Nigro, y en el 85% se obtuvo una respuesta completa. Se presentaron 3 recaídas locales (10%) y 2 recaídas sistémicas (7%).

Discusión y conclusiones. El resultado global de esta serie demuestra que la terapia multimodal en nuestra institución ha sido adoptada como el estándar de tratamiento con resultados similares a los reportados por la literatura en estudios aleatorios.

01-083

Cirugía colorrectal por laparoscopia, experiencia del servicio

José Hormaza, Jorge Navarro

Hospital Universitario Mayor
Bogotá, Colombia
jornavarro75@hotmail.com

Introducción. En los últimos 20 años, se han practicado alrededor del mundo cientos de cirugías de colon y recto; sin embargo, la adaptación de la cirugía por laparoscopia a este campo de la medicina no ha presentado un crecimiento similar al observado en otras áreas de la cirugía general, debido en gran medida a la dificultad de este tipo de intervenciones y a la necesidad de un equipo quirúrgico muy especializado.

Actualmente, cualquier procedimiento quirúrgico colorrectal se puede realizar por laparoscopia; no obstante, esto depende del tipo de paciente, de la habilidad del cirujano y de las técnicas utilizadas. En nuestro país, la incursión en el campo de la cirugía colorrectal por laparoscopia ha tenido un crecimiento aún más lento que el promedio global. Por esta razón, presentamos la experiencia obtenida en nuestro servicio de coloproctología en los últimos 3 años, con el objetivo de mostrar las ventajas y las complicaciones de esta técnica en nuestro servicio.

Materiales y métodos. Se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo, en el cual se revisaron 104 historias clínicas de pacientes que fueron llevados a cirugía colorrectal por laparoscopia en el período

comprendido entre los años 2006 y 2008. Se registraron las complicaciones que se presentaron en el postoperatorio inmediato y mediato.

Resultados. Se practicaron por laparoscopia 105 procedimientos quirúrgicos mayores de colon y recto, 54 hombres y 51 mujeres con un promedio general de edad de 64 años. De las intervenciones, 49 eran de recto y 56 de colon; 25 fueron por patología benigna y 80 por patología maligna; 3 sigmoidectomías, 28 hemicolectomías derechas, 12 hemicolectomías izquierdas, 3 colectomías del transverso, 8 colectomías totales, 3 proctocolectomías, 40 resecciones anteriores bajas, 5 resecciones abdominoperineales, 2 colostomías, 1 ileostomía. Se convirtieron 13 cirugías de laparoscópica a técnica abierta, 4 por sangrado, 2 por perforación, 4 por dificultad técnica y 3 por fallas en el equipo.

Conclusiones. La cirugía por laparoscopia en colon y recto se presenta como un abordaje seguro que, en pacientes adecuadamente seleccionados y según la experiencia del cirujano, tiene un postoperatorio aceptable, con una tasa baja de complicaciones, comparable con la de la cirugía abierta, y, posiblemente, menor estancia hospitalaria aunque no se midió de forma objetiva en este estudio.

En la medida en que la cirugía por laparoscopia de colon y recto tenga más adeptos y haya mayor experiencia entre los coloproctólogos, se podrán mostrar resultados más contundentes que puedan ratificar las bondades y las desventajas de este abordaje.

01-084

Diverticulitis: experiencia del Hospital Universitario Mayor, 2001-2009

José Antonio Hormaza, Óscar Hernández
Hospital Universitario Mayor, Mederi
Bogotá, Colombia
oscarghernan@hotmail.com

Introducción. La enfermedad diverticular de colon es responsable anualmente de un número significativo de hospitalizaciones en occidente. Su prevalencia varía, según rangos etarios, de 10%, aproximadamente, para menores de 40 años, a 50% a 70% a los 80 años. El 80% de los pacientes que presentan diverticulitis son mayores de 50 años, en más de 90% de los casos la enfermedad se sitúa en el colon izquierdo.

El diagnóstico se basa en la clínica y en los hallazgos de la tomografía, principalmente, la TC abdomino-pélvica que cuenta con una sensibilidad de 91% a 95% y especificidad de 72% a 77%; además, brinda información sobre la extensión y la gravedad de la enfermedad y sirve para establecer los diagnósticos diferenciales.

El manejo se basa en la adecuada reanimación hídrica, el uso de antibióticos, el drenaje percutáneo o quirúrgico de colecciones, la creación de ostomías, resección y anastomosis, según sea el caso. El manejo quirúrgico puede requerir manejo de urgencia (inmediato o diferido) o electivo; existen tres grupos de procedimientos quirúrgicos, a saber: 1) drenaje y derivación; 2) drenaje, resección y derivación, y 3) drenaje, resección y anastomosis.

El objetivo del presente trabajo es dar a conocer a la opinión la casuística del servicio de coloproctología del Hospital Universitario Mayor en el periodo comprendido entre 2001 y la fecha, referente a casos intervenidos quirúrgicamente de diverticulitis en todas sus presentaciones, incluso las inusuales, sus características demográficas, abordajes quirúrgicos, morbilidad y mortalidad.

Materiales y métodos. Se recopilaron los pacientes de los últimos 8 años, procedentes de los servicios de urgencias y consulta externa de coloproctología, con confirmación diagnóstica clínica y de imágenes de enfermedad diverticular complicada. Se seleccionaron los casos sometidos a procedimientos quirúrgicos mayores (drenajes de abscesos, resecciones de colon, creación de ostomías, resección y anastomosis) y se identificaron las principales variables demográficas; asimismo, se hizo un seguimiento a corto plazo de la morbilidad postoperatoria temprana y de la mortalidad.

Resultados. El Servicio de Coloproctología del Hospital Universitario Mayor cuenta con una experiencia en 8 años de 689 procedimientos colorrectales mayores, en su mayoría asociados a patología cancerosa (631 casos) y 6,7% (46) de los casos sometidos a procedimientos quirúrgicos mayores fue por diverticulitis. El promedio de edad de presentación fue de 61 años, con un rango entre los 42 y los 85 años, y 52% de los casos eran de sexo femenino.

Once casos presentaron fístula colo-vesical (23%); 1 caso, fístula colo-vaginal (2%); 1 caso, fístula colo-

cutánea (2%); 2 casos, obstrucción intestinal (4%); 4 casos con compromiso inmune significativo secundario a otra entidad diferente de la diverticulitis. Todos los procedimientos se realizaron de manera electiva, en un periodo de 6 a 8 semanas luego del episodio agudo; 19% de los procedimientos se llevaron a cabo por laparoscopia. Hubo algún grado de morbilidad en 6 de los casos intervenidos, y no se presentó mortalidad luego del procedimiento quirúrgico inicial.

Discusión y conclusiones. En conclusión, la experiencia del Hospital Universitario Mayor es similar en sus variables demográficas a las referenciadas en la literatura anglosajona, lo cual demuestra la seguridad y la viabilidad de realizar procedimientos electivos –específicamente, en el subgrupo Hinchey IIB– de manera convencional o por laparoscopia, con una morbilidad aceptable.

HIGADO Y VÍAS BILIARES

01-001

Evaluación de las indicaciones y de los resultados de 100 hepatectomías en un hospital de IV nivel de Medellín

Sergio Iván Hoyos, Álvaro Andrés Duarte

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

Objetivo. Evaluar las indicaciones y los resultados de 100 hepatectomías en el Hospital Pablo Tobón Uribe (HPTU) de Medellín.

Materiales y métodos. Se seleccionaron los casos de una base de datos prospectiva de la Unidad de Cirugía Hepato-Biliar y Pancreática del Hospital Pablo Tobón Uribe y del Grupo de Gastrohepatología de la Universidad de Antioquia.

Criterios de inclusión: todo paciente sometido a hepatectomía entre enero de 2004 y enero de 2009.

Criterios de exclusión: resecciones de quistes hepáticos simples.

Resultados. El 55% eran mujeres. La edad promedio fue de 53 años (rango, 1 a 81 años). De las 100 resecciones, 67% fueron por neoplasia maligna: 27% por metástasis de cáncer de colon, 14%

por hepatocarcinoma y 13% por cáncer de vesícula. El 33% fue por enfermedad benigna, principalmente, hepatolitiasis (16%). El sangrado quirúrgico fue, en promedio, de 390 ml.

Uso de hemoderivados: en 15% de los casos se requirió la transfusión de glóbulos rojos, en promedio, 2,6 unidades. El plasma fresco congelado fue requerido por 5% de los pacientes. El uso de la unidad de cuidados intensivos fue necesario en 49 pacientes; 45, permanecieron sólo un día. El promedio de la estancia hospitalaria fue de 5 días; 72% requirió 5 días o menos de hospitalización (rango, 1 a 21).

Complicaciones: se presentó infección quirúrgica en 11% de los casos; filtración biliar en 3%; infección distante en 2%, y sangrado posoperatorio en 1%. La mortalidad fue de 2% a 30 días; el primer fallecido, por infarto agudo del miocardio al primer día, y el segundo, por tromboembolismo pulmonar al tercer día.

Discusión y conclusiones. Las resecciones hepáticas son una técnica segura en nuestro grupo, con resultados comparables a los de las grandes series publicadas en la literatura en cuanto a morbimortalidad y uso de hemoderivados.

01-004

Estudio comparativo de la tasa de conversión de colecistectomía por laparoscopia en pacientes con extracción endoscópica previa de cálculos de la vía biliar y sin ella

Jesús María Pérez, Mario Alessio Anselmi, Ana María Gemmato, Astrid Ojeda,

Carolina Zurita

Facultad de Medicina, Universidad de Concepción
Concepción, Chile
manselmi@udec.cl

Introducción. En pacientes con colelitiasis sometidos a una colecistectomía por laparoscopia, la tasa global de conversión a cirugía abierta fluctúa entre 5% y 10%. Hay pocos estudios que analicen la influencia de la limpieza endoscópica previa de la vía biliar en las tasas de conversión.

Objetivo. Comparar las tasas de conversión de la colecistectomía por laparoscopia, en pacientes con

extracción endoscópica previa de cálculos de la vía biliar y sin ella.

Materiales y métodos. Entre el 1° de enero de 2005 y el 31 de diciembre de 2006 se estudiaron en forma prospectiva 122 pacientes con vesícula *in situ* y coledocolitiasis, a quienes se les realizó extracción endoscópica de los cálculos y, posteriormente, una colecistectomía por laparoscopia (grupo I). Los resultados de este grupo se compararon con 122 pacientes, pareados por edad, sexo y estado preoperatorio de la vesícula, pero sin evidencia de coledocolitiasis y tratados durante el mismo periodo mediante colecistectomía por laparoscopia (grupo II).

Resultados. Se convirtieron a cirugía abierta 25 pacientes del grupo I (20,5%) y 7 (5,7%) del grupo II ($p < 0,001$). Para el grupo I, las causas de conversión fueron la presencia de una fístula colecisto-entérica en 10/25 (40%), un plastrón vesicular en 9/25 (36%) y distorsión anatómica en 6 (24%). En todos los casos del grupo II ($n=7/7$), la causa fue la distorsión anatómica.

Conclusión. En pacientes con vesícula *in situ*, la extracción endoscópica previa de cálculos de la vía biliar se asocia a una tasa de conversión significativamente mayor que en aquéllos que no han sido sometidos a una limpieza preoperatoria del colédoco.

01-009

Colecistectomía fundocística por laparoscopia

Guillermo Eduardo Aldana, Ricardo Mora,

Luis Martínez

Hospital de San José

Bogotá, Colombia

rmp3009@hotmail.com

Introducción. La colecistectomía se encuentra entre los procedimientos quirúrgicos abdominales más frecuentes realizados a nivel mundial. Con el advenimiento de la cirugía por laparoscopia, se informó en diferentes series un aumento en el número de complicaciones, la mayoría relacionadas con la lesión de la vía biliar.

La disección fundocística se ha utilizado en la cirugía abierta, principalmente, en los casos en los que se evidencia un proceso inflamatorio agudo que ocasiona un mayor grado de dificultad.

Objetivo. El objetivo de este estudio es evaluar la utilidad de la colecistectomía fundocística por laparoscopia en la disminución de complicaciones, como la lesión de la vía biliar y la necesidad de conversión del procedimiento.

Materiales y métodos. Para la realización del trabajo se recolectaron los datos de 36 colecistectomías por laparoscopia practicadas entre mayo de 2008 y mayo de 2009. Los resultados arrojados indican que el procedimiento se realizó principalmente en mujeres, con una media de edad de 34 años, tanto de manera electiva como de urgencia; no se presentaron lesiones de la vía biliar ni fue necesario convertir ningún procedimiento.

Resultados. Consideramos que la técnica fundocística por laparoscopia aporta seguridad al procedimiento, lo cual se refleja en la disminución de las complicaciones, ya que no se presentaron lesiones de la vía biliar ni fue necesaria la conversión, a pesar de los importantes cambios inflamatorios agudos que se observaron en algunos casos.

Discusión y conclusiones. Generalmente, la disección fundocística se utiliza para procedimientos complicados por el proceso inflamatorio local y la fibrosis. Podría extenderse a casos más sencillos, teniendo como ventaja su seguridad.

01-015

Hiperplasia nodular focal hepática, ¿existen las resecciones seguras?.

Uso de nuevos hemostáticos

Luis Fernando Vélez, Guillermo Aldana,

Luis Eduardo Martínez

Hospital de San José

Bogotá, Colombia

luisfernandovelezmd@yahoo.com

Introducción. En la actualidad, contamos con una gran variedad de hemostáticos, con indicaciones específicas y distintas presentaciones, para ser usados de la mejor manera en distintos tejidos. Hemos encontrado, con el pasar de los años, que se puede reducir la morbilidad con el uso de los nuevos agentes que han entrado con fuerza al país.

La cirugía hepática requiere especial cuidado en este aspecto, ya que la coagulopatía y la hipertermia, sumadas

al sangrado fácil de este órgano, generan un ambiente óptimo para la aparición de desenlaces fatales. El uso de nuevos hemostáticos en cirugía, y principalmente en cirugía hepatobiliar, ha revolucionado la realización de las mismas. Hemos pasado de realizar cirugías con gran morbimortalidad a hacerlo de forma segura, sin necesidad de transfusiones ni de manejo en la unidad de cuidados intensivos.

Materiales y métodos. Hemos analizado nuestra experiencia de más de 10 años en la resección de tumores benignos del hígado y, en especial, en el manejo de la hiperplasia nodular focal. Se presenta una descripción de las características más relevantes de esta población. No nos hemos limitado a una sola casa comercial de las que distribuyen estas herramientas; con el pasar del tiempo, hemos utilizado una combinación de las mismas.

Resultados. Con el uso de nuevos hemostáticos en el Departamento de Cirugía Hepatobiliar del Hospital San José se disminuyó la estancia hospitalaria de los pacientes, se disminuyeron los tiempos quirúrgicos, la necesidad de trasfusiones y la necesidad de reintervenir, entre otros.

Conclusiones. Los nuevos hemostáticos son una herramienta que ha revolucionado el desenlace de la cirugía hepatobiliar, brindando mayor seguridad y confianza, no sólo a los pacientes sino también al personal de salud que se enfrenta al manejo quirúrgico de estos pacientes.

01-019

Cáncer de vesícula biliar en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo

*Wilmer Botache, Rafael Hernando Pino,
Luis Gerardo Vargas, Héctor Adolfo Polanía*
Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo
Neiva, Colombia
wilmerbotachec@hotmail.com
www.hospitaluniversitarioneiva.com.co

Introducción. El cáncer de vesícula biliar es una neoplasia infrecuente con alta mortalidad, propia del diagnóstico tardío y de un cuadro clínico inespecífico. El abordaje quirúrgico, sus complicaciones y el manejo multidisciplinario aún son motivos de controversia. El objetivo es revisar el comportamiento epidemiológico del

cáncer de vesícula biliar en 740 colecistectomías realizadas en el Hospital Universitario de Neiva.

Materiales y métodos. Es un estudio retrospectivo y descriptivo que abarca el periodo de enero de 2005 a diciembre de 2008.

Resultados. Se encontraron 30 casos, para una prevalencia de 4%. La relación mujer a hombre fue de 4:1. El promedio de edad fue de 65 años. Hubo dolor en el 100% de los casos y la tríada dolor, masa palpable e ictericia, en 23%. Se realizó ecografía hepatobiliar en 28 pacientes y tomografía computadorizada en 13. Se hizo colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en 16 pacientes, con una seguridad diagnóstica de 10,3%, 15,3% y 0%, respectivamente. El manejo quirúrgico consistió en colecistectomía simple total en 22 pacientes (74%), colecistectomía parcial en 4 pacientes (13%) y sólo laparotomía exploratoria en 4 pacientes (13%). No hubo colecistectomías radicales. La morbilidad y la mortalidad operatoria fueron de 10% y 20%, respectivamente. Ocho pacientes recibieron tratamiento adyuvante con radioterapia, quimioterapia o ambas.

Discusión y conclusiones. En nuestro medio, el cáncer de vesícula biliar es una enfermedad con mayor incidencia de la esperada. Su pronóstico es pobre, el promedio de vida después de la cirugía es de 6,4 meses. Debemos aumentar los esfuerzos para hacer un diagnóstico preoperatorio en estadios tempranos, para que el cirujano pueda realizar abordajes quirúrgicos oncológicos definitivos y para brindar un seguimiento multidisciplinario.

01-020

Descripción del tratamiento y desenlace de pacientes con absceso hepático amebiano en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl

*María Isabel Villegas,
Daniel Fernando Contreras, Isabel Tobón*
Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia
danielcontrerasp@hotmail.com

Objetivo. Describir el tratamiento y el desenlace de los pacientes con diagnóstico de absceso hepático amebiano.

Materiales y métodos. Se trata de una revisión retrospectiva de los registros de los pacientes mayores de 14 años, con diagnóstico de absceso hepático

amebiano, sin manejo invasivo previo, atendidos en el Hospital San Vicente de Paúl de Medellín, durante el periodo 2004-2008.

Resultados. Se encontraron 76 pacientes con absceso hepático amebiano. La ecografía abdominal fue el método diagnóstico en 77,8% de los casos, con una mediana del tamaño del absceso de 77 mm (rango, 26 a 180 mm).

La indicación más frecuente de intervención fue la inminencia de ruptura del absceso en 38% de los pacientes. En el 33% de los pacientes con absceso menor de 5 mm, se drenaron sin indicación. Se realizaron 61 drenajes guiados por ecografía o por TC, con una tasa de complicaciones del 13%; las más comunes fueron el neumotórax y el derrame pleural. El 80% de los pacientes recibieron tratamiento antibiótico combinado enfocado al manejo del absceso amebiano infectado, y sólo en el 6,5% se reportó algún germen en el resultado de la coloración de Gram.

Discusión y conclusiones. El drenaje de los abscesos menores de 5 cm no está justificado, a menos que exista inminencia de ruptura. No se justifica el inicio de un antibiótico complementario al metronidazol en los pacientes con abscesos de características amebianas, a menos que esté roto o se confirme infección bacteriana sobreañorada por la tinción de Gram.

La aspiración y el drenaje percutáneo son herramientas eficaces para el diagnóstico y el tratamiento del absceso hepático amebiano con bajo riesgo de complicaciones asociadas.

01-031

Colecistectomía por laparoscopia simultánea a *bypass* gástrico: un enfoque seguro para el paciente con obesidad mórbida

Carmelo Díaz, Carlos Alberto Lopera, Jesús Vásquez, Jean Pierre Vergnaud, Sergio Díaz
Universidad El Bosque
Bogotá, Colombia

Introducción. Algunos estudios sugieren que la colecistectomía asociada a *bypass* gástrico incrementa la morbilidad. Sin embargo, no hay estudios colombianos que exploren esta relación. El objetivo de este estudio fue comparar las complicaciones posquirúrgicas, el tiempo operatorio y la estancia hospitalaria, en pacientes

a quienes se le hizo colecistectomía y a quienes no se les hizo, simultánea a *bypass* gástrico en Medellín, Colombia.

Materiales y métodos. Se diseñó un estudio de casos y controles. Se incluyeron 134 pacientes mayores de 18 años en quienes estaba indicada la cirugía de *bypass* gástrico por obesidad mórbida; el 88,1% eran mujeres. A un grupo de 23 pacientes se le practicó colecistectomía adicional debido a colelitiasis y se tomó como control otro grupo de 112 pacientes a quienes sólo se les hizo cirugía de *bypass*. Se controlaron las variables de confusión, mediante regresión logística.

Resultados. La media para el tiempo quirúrgico total fue de 67,1 minutos (DE=27,1) y la media para la estancia fue de 50,2 horas (DE=18,8). Tres pacientes (2,2%) presentaron complicaciones posquirúrgicas tempranas menores. El tiempo quirúrgico fue mayor en pacientes que se sometieron a colecistectomía frente a quienes no se les hizo: 86,9 minutos (DE=52,0) Vs. 63,0 (DE=15,8) ($p=0,001$). La estancia hospitalaria fue similar en ambos grupos: 47,4 horas (DE=4,6) Vs. 50,8 (DE=20,5) ($p=0,429$). La frecuencia de complicaciones fue similar en ambos grupos (prueba bilateral exacta de Fisher, $p=1,00$).

Discusión y conclusiones. La colecistectomía simultánea incrementa significativamente el tiempo quirúrgico; sin embargo, no aumenta el número de complicaciones quirúrgicas tempranas en pacientes sometidos a *bypass* gástrico ni su estancia hospitalaria.

01-040

Asociación de bacteriemia y complicaciones infecciosas posoperatorias en derivaciones bilio-entéricas

Sergio Iván Hoyos, Jaime Fernando Chávez
Hospital Pablo Tobón Uribe,
Universidad de Antioquia,
Medellín, Colombia

Introducción. Existe controversia sobre las implicaciones de la presencia de bacterias en la bilis de pacientes a los que se les realizan derivaciones bilio-entéricas. Algunos estudios retrospectivos han demostrado que existe mayor riesgo de presentar

complicaciones infecciosas posoperatorias cuando se aíslan bacterias en la bilis en el momento de la cirugía, y que éstas tienen alguna correlación con los aislamientos de la complicación.

No obstante, no está claro cuál es el curso de estas bacterobilias: si una vez que se presente la complicación infecciosa se debe iniciar como terapia el antibiótico al cual es sensible el germen de la bilis mientras se obtiene el reporte del cultivo de dicha complicación, o si existe en nuestro medio correlación entre los aislamientos de la bacterobilia y los de la complicación infecciosa. Además, no se conocen cuáles son los gérmenes más comunes que en nuestro medio colonizan la bilis y producen infección posoperatoria en este tipo de cirugía, al igual que se desconoce la influencia que tienen para nuestro tipo específico de pacientes, factores como la instrumentación preoperatoria con colocación de prótesis biliares o sin ella.

Objetivo general. Describir la asociación entre bacterobilia y complicaciones infecciosas posoperatorias en los pacientes a quienes se les practica derivación bilio-entérica en el Servicio de Cirugía Hepatobiliar del Hospital Pablo Tobón Uribe.

Materiales y métodos. El estudio fue de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes adultos a los que se les realizó una derivación bilio-entérica en el Servicio de Cirugía Hepatobiliar del Hospital Pablo Tobón Uribe, en el período comprendido entre enero de 2005 y diciembre de 2008.

Resultados. Se evaluaron 90 pacientes, 39 hombres, 51 mujeres, con diagnósticos de: lesión de la vía biliar, 30%; hepatolitiasis, 17,7%; cáncer de páncreas, 17,7%; cáncer de duodeno, 15,5%; colangiocarcinoma, 8,8%; estenosis benigna de la vía biliar, 4,4%; cáncer de vesícula, 2,2%; quiste del colédoco, 2,2%, y gastrinoma, 0,9%.

La morbilidad concomitante fue: hipertensión arterial, 18,8%; enfermedad pulmonar obstructiva crónica, 12,2%, y diabetes mellitus, 8,8%.

En los exámenes se encontró: albúmina, promedio, 3,9 g/dl y bilirrubina total, promedio, 7,7 mg/dl.

El tipo de cirugías practicadas fue: derivación bilio-entérica, 44,4%, cirugía de Whipple, 37,7%, y reconstrucción de la vía biliar, 17,7%.

El 45,6% recibía terapia antibiótica, de éstos, 75% recibía sulbactam-ampicilina. El 53,3% recibió antibiótico en forma profiláctica, de éstos, 98% recibió sulbactam-ampicilina.

El 26% presentó colangitis preoperatoria; sólo se obtuvieron datos de aislamiento de gérmenes en 2 de estos 24 pacientes.

El 22,2% de los pacientes tenía *stent* biliar colocado por colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE), en promedio, 44 días antes de la cirugía. El 8,8% de los pacientes tenía drenaje biliar colocado por colangiografía transparieto hepática (CTPH), en promedio, 29 días antes de la cirugía. El 4,4% de los pacientes tenía un tubo en T en la vía biliar, colocado, en promedio, 146 días antes de la cirugía.

El 28,8% de todos los pacientes tuvo una coloración de Gram de la bilis obtenida en cirugía; 92% correspondió a bacilos Gram negativos y 69,2% a cocos Gram positivos.

El 36,6% de todos los pacientes tuvo cultivo positivo de la bilis, de éstos, en 60% se aisló *Escherichia coli*, en 54% enterococos, y en 33% *Klebsiella* spp. De estos gérmenes, 75,7% fueron sensibles a algún antibiótico y 24,24%, resistentes.

Se presentaron complicaciones infecciosas posoperatorias en 26,6% de los pacientes, distribuidas así: infección superficial del sitio operatorio, 41,6%; infección órgano-espacio, 41,6%; neumonía, 12,5%, y asociada al catéter, 4,1%.

De las 24 complicaciones infecciosas, sólo se obtuvieron cultivos positivos en 11 (45,8%), así: *E. coli*, 72,7%; enterococos, 3%, y *Klebsiella pneumoniae*, 3%. De estos gérmenes, 72,7% fueron sensibles a los antibióticos y 3%, resistentes.

Sólo se estableció relación entre el germen aislado del cultivo en bilis y el germen aislado de la complicación posoperatoria.

Hubo relación entre la manipulación preoperatoria de la vía biliar y la infección posoperatoria en 21,8% de los pacientes.

Hubo control de todas las infecciones posoperatorias.

Discusión y conclusiones. Se encontró un grupo pequeño de pacientes con factores de riesgo de infección,

Hubo un porcentaje de pacientes que llegó a cirugía recibiendo terapia antibiótica con un número muy pequeño de aislamientos documentados.

Existe un tiempo prolongado entre la instrumentación biliar y la cirugía, asociado a los mecanismos de remisión de pacientes a nuestro hospital.

Hubo mayor número de cultivos positivos de la bilis que de coloraciones de Gram con bacterias.

Existió menor proporción de gérmenes aislados resistentes que de sensibles, aunque la proporción de resistentes es importante, principalmente en la bacterobilia.

No se estableció correlación entre el germen aislado en el cultivo de la bilis y el germen del cultivo de la complicación.

Hubo una importante relación entre la manipulación de la vía biliar preoperatoria y la presentación de infección posoperatoria.

No hay razón para iniciar terapia antibiótica por el hallazgo de bacterobilia intraoperatoria, sin hallazgos clínicos de infección posoperatoria.

Se necesitan estudios controlados y prospectivos que permitan definir si está indicado iniciar el antibiótico con base en el cultivo intraoperatorio de la bilis, cuando se presente una complicación infecciosa posoperatoria aun sin aislamiento.

01-060

Manejo de los quistes del colédoco

*Alden Pool Gómez, Raúl Astudillo,
Carolina Tigreros*
Hospital Universitario del Valle,
Universidad del Valle
Cali, Colombia
aldenpool4@hotmail.com

Introducción. El quiste del colédoco es una afección poco frecuente que se presenta en 1 de 100.000 a 150.000 nacidos vivos. Es más frecuente en Japón y predomina en el sexo femenino. Habitualmente, se diagnostica en la infancia, antes de los 10 años en 80% de los casos. Aunque de etiología desconocida, la teoría más aceptada es la presencia de una anomalía en la unión biliopancreática. Según

su anatomía, se clasifica en seis tipos (Alonso-Todani).

Objetivo. Describir la casuística de nuestra institución y el tipo de manejo quirúrgico que recibieron dichos pacientes.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo, de la casuística del quiste del colédoco en 10 años en el Hospital Universitario del Valle.

Resultados. El promedio de edad de presentación varió entre los 3 meses y los 10 años. Se clasificaron 7 como tipo I, 2 como tipo IVa y 1 como tipo III. El tipo de cirugía realizado fue: en seis, anastomosis hepático-yeyunal en Y de Roux y, en cuatro, hepático-apendico-duodenostomía

Conclusión. El quiste del colédoco es una afección infrecuente, que puede manejarse con las técnicas quirúrgicas antes descritas, con morbilidad asociada similar. Para su diagnóstico, son fundamentales las técnicas de imágenes (ecografía y tomografía computadorizada).

01-068

Lesión traumática de la vía biliar, manejo conservador por vía percutánea

*Juan Carlos Valencia, Mariano Jiménez,
Darío Berkowski, Pablo Córdoba,
Nicolás Somoza, Marcelo Frosh*
Universidad del Valle, Cali, Colombia;
MIDAT (Instituto Docencia, Asistencia e Investigación en Cirugía Mínimamente Invasiva),
Buenos Aires, Argentina
jkvalencia@gmail.com

Introducción. La lesión iatrogénica de la vía biliar principal es, sin duda, el más desastroso de los accidentes que pudiera sufrir un paciente en el transcurso de una colecistectomía por laparoscopia, cirugía, por demás, muy corriente en nuestros días. En forma global, la frecuencia de lesiones de la vía biliar oscila entre 0,1% y 0,6%.

Estas lesiones son entre tres y cuatro veces más frecuentes en la colecistectomía por laparoscopia (0,3% a ,6%) que en la abierta (0,1% a 0,3%).

Caso clínico. Presentamos el caso de un paciente joven, a quien se le realizó una colecistectomía por laparoscopia de forma programada, por colelitiasis. Su evolución inicial fue satisfactoria. Sin embargo, un mes después de la operación, el paciente presentó ictericia progresiva, seguida de malestar general, dolor en hipocondrio derecho y fiebre, razón por la cual consultó.

Le realizaron pruebas de laboratorio que mostraron leucocitosis y aumento de las bilirrubinas, a expensas de la bilirrubina directa. Se tomó una colangiorresonancia que evidenció una obstrucción a nivel del colédoco, causada por un clip. El paciente fue valorado por el servicio de cirugía percutánea, que decidió intervenir de manera urgente y lo llevó a cirugía con el plan de realizar en un primer tiempo quirúrgico una derivación externa como manejo inicial de la colangitis.

Se realizó la intervención por vía percutánea, transhepática y, al momento de llegar al sitio de la obstrucción, se evidenció el pinzamiento lateral del conducto colédoco, sin sección del mismo. Se practicó instrumentación cuidadosa del mismo y se logró avanzar la guía metálica a través de la obstrucción y desalojar el clip de su sitio. Se colocó un catéter de derivación interna-externa, con lo cual se resolvió el evento agudo del paciente. Posteriormente, se programaron dilataciones de la vía biliar utilizando balón inflable por la misma técnica, con intervalos de un mes, durante 6 meses, con lo cual se obtuvo una buena evolución del paciente.

Discusión y conclusiones. Un equipo entrenado en procedimientos percutáneos logró la resolución de una lesión de la vía biliar, sin que se requiriera cirugía abierta y con excelentes resultados.

01-073

Hepato-yeyunostomía abierta

José Alberto Bernal, Jaime Restrepo, Carlos Lerma
Hospital San Vicente de Paúl
Medellín, Colombia
albernale@une.net.co

Introducción. La litiasis intrahepática es la producción, acumulación y propagación de cálculos dentro de los conductos biliares primarios, secundarios

y terciarios, que llevan a la cirrosis biliar, si antes no han producido la muerte por cuadro séptico de tipo colangitis supurativa. La etiología puede ser idiopática, por bilis litogénica, secundaria a migración parasitaria y huevos de helmintos en las vías biliares, por trauma de vías biliares y por iatrogenia en la exploración biliar.

Materiales y método. Se clasificaron los pacientes con cálculos múltiples intrahepáticos aparecidos después de cirugía de vías biliares y se adaptó una técnica operatoria inspirada en la operación descrita por Chang y Wong en 1981.

En nuestra técnica, se coloca un asa de intestino delgado como ostomía y, luego de hacer anastomosis latero-lateral a la vía biliar principal, con el fin de introducir a través del asa un equipo de endoscopia (XQ10 Olympus), un broncoscopio o un coledocoscopio, para extraer y lavar los cálculos intrahepáticos y, de esta forma, tener acceso a las vías biliares sin necesidad de anestesia ni de elementos quirúrgicos. En nuestro medio, el grupo de cirujanos autores iniciamos esta técnica en 1983.

Se incluyeron 16 pacientes, todos con múltiples intervenciones sobre vías biliares, y se siguieron con revisiones periódicas cada tres a seis meses mediante colangioscopia con el equipo de endoscopia de fibra óptica infantil.

Resultados. Cinco años más tarde, los 16 pacientes se encontraban vivos; uno de ellos desarrolló hipertensión portal y cirrosis, la cual fue manejada por los métodos convencionales. Al completar veinte años de iniciada nuestra técnica, aún teníamos en revisión cinco de los pacientes en condiciones normales; los demás se perdieron del control.

Discusión y conclusiones. La exploración de las vías biliares por hepato-yeyunostomía externa ha dado buenos resultados y nos permite conservar la función hepática a base de lavados y extracción periódica de los cálculos.

En el siglo XXI, el manejo endoscópico por duodenoscopia ofrece buenos resultados en los casos iniciales, practicando litotripsia endoscópica transduodenal.

CIRUGÍA BARIÁTRICA

01-036

Minibypass gástrico o bypass omega:

¿es un procedimiento seguro y con efectividad comparable al bypass gástrico?

Juan Carlos Del Castillo, A. Velásquez,

Jorge Franco

Clínica Nuestra Señora de los Remedios

Cali, Colombia

lobesidad@gmail.com

Introducción. La obesidad mórbida es una enfermedad que toma características de pandemia en varios países del mundo y Colombia no es ajena a ella.

Los procedimientos bariátricos definitivos son preocupación para muchos pacientes y profesionales de la salud.

Robert Ruledge del centro hospitalario *Rose Dominican Hospital* de Las Vegas (EE.UU.), presenta una alternativa al *bypass* gástrico, que se caracteriza por ser reversible, segura y de rápida ejecución en tiempo quirúrgico; se reportan más de 5.000 pacientes operados en los Estados Unidos.

Es por esto que nuestro grupo de cirugía bariátrica de la Clínica de los Remedios de Cali, inició un protocolo para evaluar esta técnica quirúrgica.

Material y métodos. Se presentan dos grupos de pacientes a quienes se les explicó la posibilidad de realizarse un *bypass* definitivo o un *bypass* fácilmente reversible.

Grupo A: 220 pacientes para *minibypass*, con edad entre 20 y 65 años, 44 diabéticos, 110 hipertensos, 42 con dislipidemia y 66 con apnea del sueño.

Grupo B: 205 pacientes para *bypass* gástrico, con edad entre 20 y 65 años, 52 diabéticos, 98 hipertensos, 54 con dislipidemia y 46 con apnea del sueño.

Para la evaluación de los resultados de la disminución de peso, se tomó como punto de comparación el índice de masa corporal, el cual se manejó desde 35 hasta 60 kg/m² de superficie corporal.

- *Minibypass:* promedio de IMC 47,98 kg/m² de superficie corporal

- *Bypass:* promedio de IMC 45,7 kg/m² de superficie corporal

- Tiempo de seguimiento: 36 meses

- Porcentaje de éxito en el seguimiento: 84%

Resultados. El grupo de *minibypass* gástrico presentó un IMC inicial de 47,98 y, a los tres años, IMC de 26,82 kg/m² de superficie corporal.

- Pérdida de peso promedio en IMC de 21,18 kg/m² de superficie corporal

- Tiempo quirúrgico promedio de 48 minutos

El grupo de *bypass* gástrico presentó un IMC inicial de 45,7 y, a los tres años, de 27,05 kg/m² de superficie corporal.

- Pérdida de peso promedio en IMC de 18,65 kg/m² de superficie corporal

- Tiempo quirúrgico promedio de 62 minutos

Los resultados de los dos grupos se compararon con base en las variables analizadas:

- Disminución de peso con base en el IMC

- Resolución de la diabetes

- Resolución de la hipertensión arterial

- Resolución de la dislipidemia

- Resolución de la apnea del sueño

- Fracaso en la disminución de peso

- Costos

No se evidenció diferencia estadística en los resultados obtenidos en ninguna de las variables.

Discusión y conclusiones. El *minibypass* gástrico es una alternativa segura y efectiva para el manejo de la obesidad mórbida, comparable al *bypass* gástrico considerado el método de referencia.

El grupo considera que es una opción válida para tener en cuenta en aquellos pacientes de alta complejidad, con dificultades técnicas o que por alguna razón médica requieran la posibilidad de una reversión de la cirugía en el futuro.

01-057

Cirugía bariátrica del Hospital de San José, experiencia y resultados

Juan Camilo Ramírez, Javier Garzón
Fundación Universitaria Ciencias de la Salud,
Hospital de San José
Bogotá, Colombia
javiargarzonmd@gmail.com

Introducción. Según los informes de la Organización Mundial de la Salud, en el mundo hay más de 300 millones de personas obesas. Existe una preocupante tendencia de aumento rápido en los países en etapa de transición económica, como Colombia.

Objetivo. El objetivo principal de nuestro trabajo es describir la experiencia en cirugía bariátrica del Hospital de San José, en relación con los resultados del procedimiento quirúrgico y el control metabólico, en el periodo entre enero de 2006 y enero de 2009.

Materiales y métodos. Estudio tipo descriptivo de cohorte dinámica.

Resultados. En el periodo en estudio se lograron reclutar 198 pacientes. De estos pacientes se estudiaron variables cuantitativas, como el peso, el porcentaje de pérdida de exceso de peso, las cifras de tensión arterial y los niveles de glucemia, y, variables cualitativas, como el control metabólico de las enfermedades de base y las complicaciones del procedimiento quirúrgico; finalmente, se establecieron para cada paciente la estancia hospitalaria y la mortalidad. Todos se evaluaron en tres periodos en su primer año de posoperatorio.

El 90% de la muestra de pacientes (178 de 198) se pudieron seguir en los tres periodos en estudio. El 10% restante se siguió en los dos primeros periodos del estudio. Se encontró que más de la mitad de los pacientes obesos perdieron 40% de su exceso de peso, hubo control metabólico de la diabetes en más de 85% y la mortalidad fue menor de 2%.

Conclusión. Se reitera que la cirugía bariátrica sigue siendo una alternativa segura y efectiva para combatir la obesidad mórbida en los pacientes de nuestro medio.

01-081

Cirugía posbariátrica, experiencia inicial del Centro Médico Imbanaco

Nora Beatriz Sánchez, Paola Andrea Kafury, María Isabel Cadena, Álvaro Villegas, Johana Hernández
Centro Médico Imbanaco
Cali, Colombia

Introducción. La cirugía bariátrica ha demostrado ser un tratamiento efectivo para la obesidad. Muchos pacientes sometidos a estas cirugías presentan excesos de piel posterior a la pérdida masiva de peso, ubicados en distintas áreas; el abdomen y el torso son los sitios que con mayor frecuencia muestran estos excesos que, además, producen molestias locales como humedad con maceración de la piel, presencia de dermatomicosis, prurito, dificultades para los movimientos y dolores articulares, entre otros. La realización de cirugías plásticas reconstructivas en estos casos alivia la mayoría de estos síntomas, mejora la calidad de vida de los pacientes y es parte del manejo integral de los equipos de cirugía bariátrica.

Materiales y métodos. Se revisaron 114 pacientes sometidos a cirugía reconstructiva posbariátrica, intervenidos entre octubre de 2006 y mayo de 2009, por el equipo de Cirugía Plástica Reconstructiva de Alto Rendimiento del Centro de Excelencia para el Manejo de la Obesidad del Centro Médico Imbanaco de Cali.

Resultados. Se practicaron 69 abdominoplastias con suspensión posterior inferior o lipectomía en cinturón y 45 abdominoplastias; el tiempo promedio del procedimiento fue de 150 minutos, y el peso del colgajo, de 4.300 g, en promedio.

Se presentaron 31 complicaciones distribuidas así: seromas, 13; dehiscencia de sutura, 7; infección del sitio operatorio, 3; hematomas, 2; necrosis grasa, 2; necesidad de transfusiones, 2; úlcera perforada por medicamentos, 1; necrosis del ombligo, 1, y nuevas intervenciones en 3 pacientes.

Discusión y conclusiones. La experiencia inicial de 114 pacientes demuestra que la cirugía reconstructiva posbariátrica es un procedimiento seguro con baja morbilidad y sin mortalidad.

HERNIAS

01-023

Descripción de una técnica quirúrgica modificada con malla para la corrección de hernias inguinales directas entre el 2008 y el 2009

Óscar Germán Palacios, Carlos Andrés Calle, Estefanía Vásquez, María Alejandra Cuervo, David Pulgarín

¿Institución?

¿Ciudad?

Objetivos. Describir una técnica quirúrgica modificada de reparo herniario con malla de polipropileno para el tratamiento de las hernias inguinales directas en pacientes con cirugía electiva e identificar la incidencia de complicaciones.

Materiales y métodos. Estudio descriptivo realizado en tres hospitales de Medellín entre el año 2008 y el 2009.

Luego de hacer el diagnóstico de hernia inguinal directa en 34 pacientes, se hizo la corrección por técnica quirúrgica modificada con materiales protésicos. Se identificaron los factores que los predisponían, como la edad, la ocupación, el tabaquismo y enfermedades concomitantes, entre otros, y las complicaciones, como recidivas, dolor posquirúrgico e infección de sitio operatorio.

Resultados. Se les hizo seguimiento a los pacientes por un periodo de 345 días, en promedio. Se presentaron dos recidivas (5,8%), un paciente refirió dolor posquirúrgico crónico (3,4%) con un valor de 4/10 en una escala análoga de dolor, dos pacientes reportaron infección de la herida quirúrgica (5,8%), un paciente desarrolló un seroma (3,4%) y otro paciente presentó hidrocele (3,4%).

Discusión. Con la técnica quirúrgica modificada para reparo de la hernia inguinal directa, los resultados fueron buenos y las complicaciones, en general, son comparables con las de otras técnicas; sin embargo, se requiere a futuro mayor seguimiento de los pacientes y nuevos estudios que evalúen otras variables como el tiempo operatorio y otras complicaciones.

Discusión y conclusiones. La técnica quirúrgica modificada puede ser una opción para la reparación de hernias inguinales directas. Se obtiene una disminución

en las tasas reportadas de dolor posquirúrgico, sin incremento de las complicaciones de recidiva, ni infección del sitio operatorio.

01-064

Eventraciones, ¿cuál es la mejor técnica quirúrgica?

Robin Biojo, Ivo Siljic, María Antonieta Barrera

Universidad del Valle

Cali, Colombia

datinka55@hotmail.com

Introducción. El tratamiento de los defectos posquirúrgicos de la pared abdominal implica un reto para el cirujano actual. Se han descrito diferentes técnicas y uso de materiales para el manejo de estas complicaciones. Dependiendo del tamaño del defecto, el cirujano se enfrenta a utilizar diferentes técnicas.

En nuestra institución y con el aumento de la cirugía de control de daños, se ha vuelto una entidad muy frecuente. Hasta el momento, no se había realizado ningún estudio que evaluara en el tiempo las diferentes técnicas que se han utilizado y la tasa de complicaciones, que es el objetivo que se propone este estudio.

Materiales y métodos. Es un estudio descriptivo retrospectivo que evaluó 160 pacientes a quienes se le realizó algún tipo de cirugía para corrección de eventraciones. Se utilizaron como variables la edad, el sexo, las enfermedades concomitantes, la causa de la eventración, el tiempo de reparo, la técnica utilizada y los materiales protésicos utilizados, y se observó la tasa de complicaciones, la reproducción y la necesidad de una nueva intervención quirúrgica.

Resultados. Se analizaron los datos obtenidos. La técnica subfascial fue la más utilizada en nuestra institución, la mayoría en población de adultos jóvenes sanos con antecedentes de cirugía de control de daños y otro tipo de intervenciones abdominales.

Discusión y conclusiones. Se encontró que, realmente, la tasa de complicaciones es baja para las diferentes técnicas utilizadas, pero que la técnica más utilizada en nuestra institución tuvo un mejor comportamiento en relación con menores tasas de complicaciones.

ENDOCRINO

01-005

Caracterización de la enfermedad tiroidea benigna y maligna a 10 años

Andrés Ignacio Chala, Humberto Ignacio Franco, Carlos Darío Aguilar, Rafael Pava, Juan P. Cardona

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

Introducción. La enfermedad tiroidea es altamente prevalente en nuestra región. El adecuado abordaje diagnóstico y terapéutico es fundamental para optimizar el manejo y la supervivencia. Es importante caracterizar los pacientes tratados en los últimos 10 años, con el ánimo de evaluar nuestra experiencia.

Objetivo. Establecer características demográficas y clínicas relacionadas con la enfermedad tiroidea benigna y maligna, morbilidad, mortalidad, recurrencia y supervivencia en seguimiento a 10 años.

Materiales y métodos. Mediante un estudio descriptivo se estudiaron aspectos socio-demográficos y clínicos. Se construyó una base de datos en EpiInfo 6.04d. Las variables cualitativas se analizaron por medio de proporciones; las cuantitativas, por promedios y desviación estándar. Para las curvas de supervivencia se usó el método de Kaplan Meier y el log *rank* como prueba estadística.

Resultados. Se revisaron las historias clínicas de 1.426 pacientes manejados quirúrgicamente por el grupo de la Clínica de Tiroides, 159 hombres y 1.267 mujeres. El 38,3% de ellos (546) fueron tratados por cáncer de tiroides, distribuidos así: papilar (87%), folicular (7,9%), medular (1,1%), anaplásico (3,5%) y otros (0,5%). Se evaluó la biopsia por aspiración con aguja fina, la clínica, los esquemas terapéuticos, la recurrencia, la mortalidad y la supervivencia con seguimiento a 10 años.

Discusión y conclusiones. El cáncer de tiroides es altamente prevalente en nuestro medio, y gracias a un diagnóstico temprano se ha mostrado una tendencia a su incremento. La supervivencia a 10 años es muy alta en los tumores diferenciados y menor en los indiferenciados; la recurrencia y la mortalidad están relacionadas con el tipo y subtipo histológico y con el manejo oncológico establecido desde el inicio.

01-024

Correlación citohistológica de la biopsia de tiroides por aspiración con aguja fina realizada en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, 2002-2007

Paola Andrea Gómez, Adonis Tupac Ramírez
Neiva, Colombia
paolagomez940@hotmail.com

Introducción. Los nódulos tiroideos están presentes en 4% a 7% de la población adulta y menos de 5% son malignos. Para diferenciar preoperatoriamente si un nódulo es benigno o maligno, se utiliza la biopsia por aspiración con aguja fina como método inicial para orientar el diagnóstico y el manejo posterior. El objetivo del estudio es determinar el rendimiento diagnóstico de este procedimiento en nuestra institución entre el 2002 y el 2007.

Metodología. Estudio retrospectivo y descriptivo de una serie de casos.

Resultados. Se revisaron 52 historias clínicas; en estos pacientes, 9 biopsia por aspiración con aguja fina se llevaron a cabo guiadas por ecografía y el resto fueron manuales. Nueve muestras fueron insuficientes (17,3%), una guiada por ecografía. El diagnóstico más frecuente de la biopsia por aspiración con aguja fina fue cáncer papilar, en 15 pacientes (28,8%); el reporte de anatomopatología fue cáncer papilar en 31 pacientes (59,6%). Se presentó correlación cito-histológica en 37 pacientes (71%), un coeficiente kappa de correlación de 0,7 y una sensibilidad y una especificidad de 73,4% y 87,5%, respectivamente.

Conclusiones. El porcentaje de falla en nuestra institución es alto, comparado con lo reportado en la literatura. Aunque existe una adecuada correlación histológica, se demostró un bajo rendimiento diagnóstico, debido al importante porcentaje de muestras insuficientes, lo que demuestra la falta de protocolos y de manejo de estos pacientes por un grupo multidisciplinario enfocado en la clínica de tiroides.

01-041

Estimación subjetiva de proceso maligno en un nódulo tiroideo usando análisis bayesiano

Edgar Alfonso, Álvaro Sanabria, Mario Castillo
Facultad de Ingeniería y Facultad de Medicina, Universidad de la Sabana, y Facultad de Ingeniería, Universidad de los Andes.
Bogotá, Colombia.

Introducción. El nódulo tiroideo es la condición más común en cabeza y cuello. El objetivo de la evaluación del nódulo tiroideo es determinar si existe un proceso maligno para llevarlos a tiroidectomía total. La decisión de manejo de un paciente con un nódulo tiroideo es influenciada por las probabilidades subjetivas y muchos manejos se toman con base en esta probabilidad. El objetivo del estudio fue evaluar las probabilidades subjetivas asignadas a las características clínicas de los pacientes que consultan por nódulo tiroideo y su efecto en la sospecha clínica de neoplasia maligna del nódulo.

Materiales y métodos. Se diseñó un modelo bayesiano para predecir el grado de un proceso maligno de un nódulo tiroideo, con base en las probabilidades subjetivas asignadas a las características clínicas de los pacientes con nódulos de tiroides. Se usaron expertos cirujanos de cabeza y cuello. Se estimaron 104 probabilidades subjetivas.

Resultados. La mayor probabilidad de un proceso maligno (90%) fue asignada a la variable nódulo único mayor de 1 cm. La mayor probabilidad de neoplasia maligna (94%) se asignó al caso de hombres mayores de 60 años con disfonía y disfagia, crecimiento acelerado de la masa, radioterapia cervical previa, con familiares con historia de cáncer de tiroides, nódulos múltiples, mayores de 1 cm y con adenomegalias.

Al correr el modelo para los casos de baja incidencia, la probabilidad asignada de un proceso maligno fue de 33% y para los de alta incidencia, de 75%.

Discusión y conclusiones. Las decisiones se toman sobre probabilidades subjetivas que no corresponden con las probabilidades objetivas conocidas para el riesgo de un proceso maligno en nódulo tiroideo.

01-043

El vaciamiento central profiláctico no ofrece ventajas en pacientes con cáncer papilar de tiroides N0

Sergio Zúñiga, Álvaro Sanabria

Centro de Oncología Clínica de Las Américas, Medellín;
Universidad de La Sabana-Fundación Abood Shaio,
Bogotá, Colombia

Introducción y objetivos. El cáncer papilar de tiroides es el tumor más común de la glándula tiroides. Muchos

autores han sugerido la realización de vaciamiento central hecho de manera profiláctica en todos los pacientes con este diagnóstico. Se pretende evaluar los resultados del vaciamiento central profiláctico en pacientes con cáncer papilar de tiroides con estadio preoperatorio N0, en términos de supervivencia libre de enfermedad.

Materiales y métodos. Se seleccionaron los pacientes con diagnóstico de carcinoma papilar de tiroides confirmado histológicamente, sin tratamiento oncológico previo, ni tumor recurrente o metástasis, que fueron clasificados preoperatoriamente como N0 y que recibieron tratamiento con intención curativa, operados en el Instituto Nacional de Cancerología. Se recolectó información demográfica, clínica, terapéutica, anatomopatológica y de recurrencia local y regional. Se evaluó el efecto del vaciamiento central sobre la supervivencia libre de enfermedad.

Resultados. Se incluyeron 266 pacientes. El seguimiento promedio fue de 6,9 años. El 90% de los pacientes tuvieron un seguimiento mayor de dos años. Se realizó vaciamiento central en 51,3%. De los pacientes con vaciamiento, 82,3% tuvieron ganglios centrales positivos. La supervivencia libre de enfermedad fue de 88,2% en los pacientes con vaciamiento Vs. 85,6% en los pacientes sin vaciamiento ($p=0,72$). El análisis multivariado no mostró un efecto estadísticamente significativo del vaciamiento sobre la supervivencia libre de enfermedad.

Conclusión. El vaciamiento central profiláctico en pacientes con carcinoma de tiroides en estadio N0, no mostró tener ventajas.

01-044

Tiroidectomía total versus hemitiroidectomía en pacientes con nódulo tiroideo clasificado como lesión folicular e hipotiroides

*Claudia Corso, Ximena Gómez, Álvaro Sanabria,
Valentín Vega, Luis Carlos Domínguez,
Camilo Osorio*

Universidad de la Sabana
Bogotá, Colombia
claudiacorso@hotmail.com

Introducción. Los nódulos tiroideos cuyo aspirado reporta lesión folicular son motivo de controversia en

pacientes con hipotiroidismo, ya que se pueden considerar diferentes alternativas de manejo, como la hemitiroidectomía y la tiroidectomía total. Este trabajo pretende identificar cuál debe ser el procedimiento de elección con base en la tasa de complicaciones y el riesgo de nueva operación.

Materiales y métodos. Se diseñó un estudio tipo análisis de decisiones, utilizando como alternativas la tiroidectomía total y la hemitiroidectomía, y como variables, la frecuencia de complicaciones y la tasa de nueva intervención.

Los desenlaces finales se midieron utilizando medidas de preferencia (puntaje de 0 a 10). La información se obtuvo de una revisión sistemática de la literatura. Se realizó un análisis de sensibilidad utilizando el programa TreeAge.

Resultados. El análisis crudo demostró una utilidad de 9,73 para la tiroidectomía total Vs. 8,84 para la hemitiroidectomía. En el análisis de sensibilidad de una vía, la hemitiroidectomía sólo resultó ser dominante cuando la tasa de nueva operación era menor de 4%, la frecuencia de lesión del nervio recurrente en tiroidectomía total era superior a 11% o de hipoparatiroidismo definitivo superior a 12%. El análisis de sensibilidad de doble vía demostró que a los valores de nueva operación aceptados de 20%, se necesitaría una tasa de lesión del 12% de hipoparatiroidismo definitivo o de 11% de lesión del nervio laríngeo recurrente para encontrar dominancia de la hemitiroidectomía.

Conclusión. Al usar medidas de preferencia, la tiroidectomía total es dominante a las tasas reportadas en la literatura de complicaciones quirúrgicas.

01-045

Características clínicas, imaginológicas y anatomopatológicas de los linfomas de la glándula tiroides en el Hospital Universitario de Santander

Julio Alexander Díaz, Álvaro Antonio Herrera,
Paola Aranda, Jairo Andrés Paredes
Universidad Industrial de Santander
Bucaramanga, Colombia
gricesuis@yahoo.com

Introducción. Los linfomas primarios de la glándula tiroides son neoplasias infrecuentes, debido a su

baja sospecha; su diagnóstico es difícil. Además, estas lesiones se encuentran frecuentemente asociadas a otras condiciones, como tiroiditis linfocítica crónica.

Objetivo. Describir las características clínicas y anatomopatológicas de los pacientes con linfoma primario de la glándula tiroides en el área metropolitana de Bucaramanga.

Materiales y métodos. Se realizó un estudio descriptivo prospectivo de los pacientes de la Unidad de Cabeza y Cuello del Hospital Universitario de Santander, durante los años 2005 a 2008.

Resultados. Durante el tiempo estudiado, se identificaron 4 casos de linfoma primario de la glándula tiroides, que representan el 0,05% (4 de 77) de las neoplasias malignas documentadas en ese periodo. Estas neoplasias se presentaron con una razón hombre a mujer de 3:1, y una edad media de 63,75 años (IC95%: 46,156 a 81,343).

Los cuatro casos se manifestaron con nódulo tiroideo y un tamaño promedio de 52,5 mm; otros síntomas que se observaron fueron: disfagia (2/4 casos), odinofagia (1/4 casos), disnea (1/4 casos), pérdida de peso (1/4 casos) y dolor del nódulo (1/4 casos). No se identificó en ningún caso fiebre ni sudoración nocturna y tampoco se observaron adenopatías en otras regiones corporales. Se encontró hipotiroidismo en 2 casos y no se identificó hipertiroidismo en ningún caso.

En el estudio de imágenes de ecografía y TC, estas lesiones fueron predominantemente sólidas (3/4 casos) y no se identificó compromiso ganglionar en ningún caso.

En el estudio citológico de las muestras obtenidas por punción y aspiración con aguja fina, dos casos se informaron como sospechosos para neoplasia maligna; en el estudio de gammagrafía, una lesión fue hipercaptante y las demás, normocaptantes.

Se encontró tiroiditis coexistente en todos los pacientes, de Hashimoto en 1 caso, y tiroiditis linfocítica difusa en 3 casos. Todos los linfomas fueron de células B y se determinó como diagnóstico final linfoma difuso y grande de células B en 3 casos (75%) y linfoma MALT (*Mucosa-Associated Lymphoid Tissue*) en 1 caso (25%).

Discusión y conclusiones. Los linfomas primarios de la glándula tiroides son una enfermedad extremadamente inusual, que se ha asociado a historia previa de tiroiditis.

Nuestra serie muestra características similares a las reportadas por otros grupos, con predominio de afección en adultos mayores, gran frecuencia de síntomas obstructivos y predominio del linfoma no Hodgkin grande y difuso de células B; sin embargo, el compromiso del sexo femenino no fue dominante.

La importancia del estudio de esta enfermedad radica en la gran confusión con los carcinomas indiferenciados y anaplásicos, ya que su distinción es crucial en el pronóstico y el manejo de estas lesiones. Además, se observó coexistencia de esta enfermedad con tiroiditis linfocítica difusa y de Hashimoto.

01-046

Factores asociados a la identificación de carcinoma de la glándula tiroides

Álvaro Antonio Herrera, Jairo Andrés Paredes,

Julio Alexander Díaz-Pérez

Universidad Industrial de Santander

Bucaramanga, Colombia

gricesuis@yahoo.com

Introducción y objetivos. Los carcinomas de la tiroides son las neoplasias malignas más frecuentemente encontradas en esta glándula y, a su vez, estos tumores son las neoplasias endocrinas malignas más comunes. Su distribución es universal y afectan a gran número de personas cada año, ocasionando un elevado costo en salud por incapacidad.

Desde hace años se conoce que la mejor estrategia de lucha contra el cáncer es su identificación precoz y la determinación de diferentes factores que puedan predisponer a su génesis, ya que con esto se logra disminuir la incidencia y la mortalidad de estas enfermedades. Por lo anterior, se trazó como objetivo determinar los factores asociados a la identificación del carcinoma de la glándula tiroides.

Materiales y métodos. Se realizó un estudio analítico de tipo corte transversal de los pacientes del Hospital Universitario de Santander con diagnóstico histopatológico de enfermedad de la glándula tiroides, durante los años 2005 a 2008.

Resultados. Se estudiaron 168 pacientes, con una razón mujer a hombre de 6:1 y edad de 49,34±17,92 años. En 77 casos se encontró carcinoma papilar en 63 pacientes, 5 de carcinoma folicular, 2 de carcinoma de células de Hürthle y 3 de carcinoma medular, y en 91 casos se encontraron otras lesiones.

La presencia de carcinoma se asoció en forma significativa con el aumento de la edad ($p=0,03$), mayor tamaño del nódulo tiroideo ($p=0,0046$), antecedente de enfermedad tiroidea OR=1,47; $p=0,05$) y presencia de adenopatías OR=9; $p=0,01$).

Como factores protectores se encontraron: hipertiroidismo OR=0,096; $p=0,007$), bocio OR=0,1; $p=0,001$) y lesiones hipercaptantes en la gammagrafía OR=0,27; $p=0,02$).

Conclusiones. El carcinoma de la glándula tiroides constituye un grupo importante en la patología quirúrgica de esta glándula. Esta enfermedad tiene factores asociados en forma positiva o negativa a su identificación y recurrencia, tanto en el estudio de anamnesis, como en el examen físico y el estudio imaginológico, que pueden ayudar a brindar un mejor diagnóstico y tratamiento a los afectados por esta enfermedad.

01-047

Diseción retrógrada del nervio laríngeo recurrente

Sergio Zúñiga, Fernando Pereira,

Juan Pablo Dueñas, Eugenia López

Instituto de Cancerología Clínica Las Américas

Medellín, Colombia

drfernandopereira@gmail.com

Introducción. Uno de los objetivos más importantes de la cirugía tiroidea es evitar la lesión inadvertida del nervio laríngeo recurrente. La incidencia de parálisis de las cuerdas vocales decreció en las últimas décadas debido a la mayor experiencia de los cirujanos y al reconocimiento de particularidades morfológicas del nervio laríngeo recurrente.

Tradicionalmente, la disección de este nervio se realiza desde la arteria tiroidea inferior para, luego,

finalizar en el ligamento de Berry, teniendo la dificultad de más de 30 variaciones anatómicas del nervio laríngeo recurrente, con tasas de lesión del mismo de 0,2% a 13,2%. La disección retrógrada es una alternativa que minimiza la lesión del nervio laríngeo recurrente y maximiza la protección de las glándulas paratiroides.

Materiales y métodos. Se revisaron 200 tiroidectomías en las cuales se utilizó la técnica de disección retrógrada, realizadas en el Instituto de Cancerología Clínica Las Américas, tanto por enfermedad benigna como maligna, sin ningún tipo de exclusión.

Resultados. En el 100% de los casos, el nervio laríngeo recurrente fue visible y se disecó utilizando la disección retrógrada. De los 200 casos, en 5 se realizó traqueostomía (dos de ellas transitorias) y se presentaron 6 casos de disfonía posoperatoria, una de éstas definitiva (0,5%). Se presentaron dos casos de hipoparatiroidismo definitivo. El tiempo promedio para la tiroidectomía total fue de 60 minutos.

Discusión y conclusiones. El método tradicional de tiroidectomía no ha cambiado desde sus inicios. La disección retrógrada es una nueva opción que permite una mejor aproximación anatómica, minimiza la lesión del nervio laríngeo recurrente, protege las glándulas paratiroides y reduce el tiempo quirúrgico.

01-074 **Carcinoma medular de tiroides asociado a neoplasia endocrina múltiple II B**

Andrés Álvarez, Ronald Yesid Tobar, Felipe González, Paula Amado, Béla Bendlová
Hospital Universitario Mayor, Méderi, Universidad del Rosario e Institute of Endocrinology, Narodni, Praga, República Checa Bogotá, Colombia

Materiales y métodos. Se reporta el caso de un joven de 19 años con antecedentes de feocromocitoma, neuromas en la lengua y la mucosa oral, y hábito marfanoide, en quien se hizo el diagnóstico de neoplasia endocrina múltiple II B de manera simultánea con el de carcinoma medular de tiroides.

Discusión y conclusiones. La neoplasia endocrina múltiple II B tiene un fenotipo clásico dado por neuromas

en la mucosa y hábito marfanoide, fácilmente reconocible.

La etiología consiste en mutaciones en el protooncogén *RET* en las células germinales. El diagnóstico de neoplasia endocrina múltiple II B, generalmente, es tardío, y la sospecha se origina tras la aparición de carcinoma medular de tiroides más allá de la niñez, e incluso en la juventud, cuando está avanzado localmente o hay metástasis.

El tratamiento consiste en la tiroidectomía total, vaciamiento ganglionar y disección de ganglios centrales. La quimioterapia tradicional no es efectiva, lo cual le confiere mal pronóstico a la enfermedad.

01-075 **Cáncer de paratiroides**

Andrés Álvarez, José Bolívar, Felipe González, Jaime Pachón
Hospital Universitario Mayor, Universidad del Rosario Bogotá, Colombia
andresaat@hotmail.com

Caso clínico. Se presenta el caso una paciente de 42 años que consultó por una masa de crecimiento progresivo, localizada en el maxilar derecho, de 5 meses de evolución, que le causaba deformidad facial.

La radiografía inicial evidenció una lesión lítica en el maxilar derecho sugestiva de un tumor pardo, razón por la cual se inició estudio de hiperparatiroidismo. En la ecografía inicial se encontró una lesión nodular hacia el lóbulo izquierdo de la tiroides, y se asoció con aumento del calcio sérico y de la paratohormona. La gammagrafía de paratiroides reveló una captación elevada del isótopo hacia la glándula paratiroides inferior izquierda.

Con el diagnóstico de hiperparatiroidismo primario por adenoma fue llevada a cirugía, en la que, con base en los hallazgos de masa de la paratiroides inferior izquierda infiltrante a nódulo tiroideo ipsilateral y tejidos adyacentes, se practicó hemitiroidectomía izquierda, paratiroidectomía izquierda y biopsia por congelación (masa y adenopatías).

Resultados. El diagnóstico definitivo de la lesión fue el de un carcinoma de paratiroides. El seguimiento dado hasta la fecha no ha evidenciado recidiva y hay regresión casi completa de la lesión mandibular.

INFECCIÓN

01-061

Relación entre tiempo quirúrgico e infección del sitio operatorio

Ivo Siljic, Jaime Rubiano
Hospital Universitario Del Valle
Cali, Colombia
ivosiljic@yahoo.com

Introducción. Se presenta un estudio retrospectivo en el que se revisaron los datos de los pacientes sometidos a cirugía en el Hospital Universitario del Valle.

Materiales y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo tomando las historias clínicas de los últimos 5 años del Hospital Universitario del Valle y el registro del Comité de Infectología del Hospital, en el cual se tuvieron en cuenta los datos demográficos, el tipo de cirugía, la duración del tiempo quirúrgico y la tasa de infección. Se hizo el análisis estadístico y se encontró una correlación entre el tiempo quirúrgico y el porcentaje de complicaciones.

Resultados. Se tomaron los casos correspondientes a los pacientes intervenidos en la institución. Se clasificaron 1.000 procedimientos y se determinó la correlación de infecciones del sitio operatorio en forma directamente proporcional con el tiempo quirúrgico, aclarando que no es éste el único factor determinante de la infección.

Conclusiones. Se encontró correlación entre el tiempo quirúrgico y la tasa de infecciones del sitio operatorio

TRAUMA

01-012

Trauma cardíaco penetrante en el Hospital Occidente de Kennedy, 1999-2007

Marcos Manuel Tarazona, Andrés Isaza,
Alejandro Gaitán, Dínimo Bolívar, Cesar Acevedo
Hospital Occidente de Kennedy, Universidad del Rosario
Bogotá, Colombia
oliverdi16@yahoo.com

Introducción. Las características de la población y los recursos disponibles en el Hospital Occidente de Kennedy son particulares, lo que determina conductas e incide en los resultados.

Objetivo. Quisimos caracterizar el trauma cardíaco penetrante atendido en el hospital y describir su manejo.

Materiales y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con heridas cardíacas penetrantes, grados II a VI, atendidos en el Hospital Occidente de Kennedy, entre 1999 y 2007.

Resultados. Revisamos las historias clínicas de 214 pacientes. La edad promedio fue de 28 años y sólo 5 eran mujeres. De las heridas, 93,9% (n=202) fueron con arma cortopunzante. El 66,8% (n=143) de los pacientes ingresaron con estado hemodinámico normal. El grado de las heridas fue: V en 26,6%, IV en 5,4%, III en 30,8%, II en 26,6% y VI en una. En 144 (67,3%), el diagnóstico se estableció mediante una ventana pericárdica. Presentaban lesiones asociadas: en tórax, 50 (23,3%), en abdomen, 16 (7,5%), y en tórax y abdomen, 26 (12,1%). La incisión más usada fue la esternotomía media en 68% (n=147). La mortalidad global fue de 7,47% (n=16). La mayor mortalidad (42,8%, 3/7) fue por heridas de aurícula izquierda y, por arma de fuego, 41,6% (5/12). La estancia hospitalaria fue de 6,6 días, en promedio, y se requirió manejo en la unidad de cuidados intensivos en 22,8% (n=49). Cuando se realizó, el ecocardiograma posoperatorio fue normal en 58,6% (n=44).

Discusión y conclusiones. Las características de nuestra serie son muy particulares con respecto a las informadas en la literatura y la predominancia de lesiones por arma cortopunzante y el estado hemodinámico al ingreso condicionan los buenos resultados obtenidos.

01-034

Hipotensión profunda en trauma abdominal por bala: ¿toracotomía previa a la laparotomía o control de daños?

Alberto García, Rodolgo Soto, Sandra Avendaño,
Ricardo Ferrada, Andrés Sánchez,
Juan Carlos Puyana
Universidad del Valle, Fundación Valle del Lili,
Centro Médico Imbanaco,
Cali, Colombia,
y University of Pittsburgh, Pittsburgh, Pennsylvania, USA

Introducción. Los pacientes con heridas por arma de fuego en el abdomen, que ingresan con aparente desangramiento cursan con una alta mortalidad. Se especula que la toracotomía antero-lateral izquierda para pinzamiento de la aorta torácica antes de la laparotomía, podría mejorar su pronóstico y se desconocen las indicaciones de control de daños en este grupo.

Objetivo. Describir una serie de pacientes con trauma abdominal por bala, seriamente hipotensos, tratados en un período de 12 meses en el Hospital Universitario del Valle, e identificar los beneficios potenciales de la toracotomía previa a la laparotomía y las indicaciones potenciales del control de daños.

Materiales y métodos. Es un estudio retrospectivo de una serie de casos. Se incluyeron pacientes mayores de 13 años, con heridas por arma de fuego en abdomen, sometidos a laparotomía, con presión arterial sistólica menor de 70 mm Hg, manejados completamente en la institución. Se excluyeron los pacientes con hemorragia de origen extraabdominal.

Se registró la gravedad de la hipotensión y del trauma, la magnitud del hemoperitoneo, los órganos lesionados, las técnicas de manejo, incluyendo la toracotomía previa a la laparotomía y el control de daños.

Resultados. Se identificaron 60 pacientes, cuya edad fluctuó entre 14 y 53 años. De ellos, 32 pacientes (53,3%) tenían más de una herida. El *Revised Trauma Score* (RTS) varió entre 0 y 6,38, el *Injury Severity Score* (ISS) entre 4 y 66 y el *Abdominal Trauma Index* (ATI) entre 2 y 70.

La fuente de la hemorragia fue el hígado en 28 casos (46,7%), el riñón en 13 (21,7%), el trauma vascular mayor en 12 casos (20%) y la lesión esplénica en 7 (11,7%). La magnitud del hemoperitoneo fluctuó entre 100 ml y 5 L.

Se realizó toracotomía previa a la laparotomía en 11 casos, con 10 fallecimientos y control de daños en 27 (45,0%), con 20 muertes (74,1%).

De las variables preoperatorias analizadas, solamente la presión no registrable al ingreso (8/11, $p=0,003$) estuvo presente más frecuentemente en los pacientes que requirieron toracotomía previa a la laparotomía. Ninguna se asoció con la existencia de una lesión vascular mayor.

La muerte fue más probable ($p<0,05$) entre quienes tuvieron hipotensión persistente, hemoperitoneo de 2 L, más o menos, $RTS<5$, $ATI>25$, $ISS\geq 25$ y entre quienes fueron manejados con toracotomía previa a la laparotomía y control de daños.

El valor de la presión arterial sistólica entre los sujetos con presión registrable, la fuente de la hemorragia o el

número de órganos lesionados, no se correlacionaron con la probabilidad de morir.

Discusión y conclusiones. Los pacientes con hipotensión profunda por heridas por arma de fuego en abdomen tuvieron una alta mortalidad.

El control de daños debería considerarse en aquellos pacientes persistentemente hipotensos o en quienes tienen un hemoperitoneo de 2 litros o más.

La toracotomía previa a la laparotomía no parece estar indicada rutinariamente y sólo debe considerarse entre quienes llegan sin presión arterial sistólica.

01-035

Evolución del control de daños en el manejo del trauma vascular abdominal

Alberto García, Ricardo Ferrada, Carlos Ordóñez, I. Siljic, Juliana Suárez, Maria Isabel Gutiérrez, Jorge Mena, W. Bejarano, M. Pérez, Juan Carlos Puyana

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

y University of Pittsburgh, Pittsburgh, Pennsylvania, USA
agarciam@emcali.net.co

Objetivo. Describir la evolución de las prácticas de control de daños en el trauma vascular abdominal y su impacto, en un hospital con un volumen elevado de trauma, en dos épocas diferentes: serie I, en 63 pacientes de 1993 a 1998 y serie II, en 65 pacientes de 2002 a 2007.

Métodos. Se hizo una revisión retrospectiva de las historias clínicas. Se estudiaron variables demográficas, gravedad del trauma, manejo quirúrgico, líquidos y transfusiones administrados durante el primer día y la mortalidad. Las proporciones se compararon con la prueba de ji al cuadrado o la prueba de Fisher y los promedios, con la prueba t de Student.

Resultados. La edad, el sexo y el mecanismo de trauma no difirieron significativamente. El intervalo entre trauma y cirugía ($84,7\pm 85,2$ minutos Vs. $84,5\pm 75,4$ minutos), el *Revised Trauma Score* (RTS) ($6,1\pm 1,6$ Vs. $6,2\pm 1,5$), el *Injury Severity Score* (ISS) ($24,8\pm 7,8$ Vs. $24,8\pm 8,1$) y la probabilidad de supervivencia ($0,83\pm 0,24$ Vs. $0,83\pm 0,25$), fueron similares.

La gravedad del trauma abdominal determinada por el número de órganos lesionados ($3,48 \pm 1,39$ y $2,77 \pm 1,01$; $p=0,001$) o el *Abdominal Trauma Index* (ATI) ($41,4 \pm 16,42$ y $32,6 \pm 11,8$; $p<0,001$), fue mayor en la serie I.

Los tiempos quirúrgicos fueron más prolongados ($145,1 \pm 69,9$ minutos Vs. $84,9 \pm 30,5$ minutos; $p<0,0001$), los pacientes recibieron más cristaloides ($18,9 \pm 9,9$ L Vs. $5,5 \pm 1,25$ L; $p<0,0001$) y menos plasma ($1,6 \pm 2,08$ U Vs. $3,5 \pm 2,8$ U; $p=0,0001$) durante el primer día en la serie I.

La transfusión de glóbulos rojos ($4,9 \pm 3,9$ U Vs. $4,0 \pm 1,9$ U) y plaquetas ($0,32 \pm 1,3$ U Vs. $0,68 \pm 1,3$ U) fue similar.

Se realizó toracotomía y se hizo ligadura vascular en igual proporción de pacientes. Un número significativamente mayor fue manejado con derivación transitoria (0% Vs. 11%; $p=0,02$) o pinza retenida (2% Vs. 11%; $p=0,06$) en la serie II.

La mortalidad fue mayor en la serie I (68,3% Vs. 33,8%; $p<0,001$). Esta diferencia se mantuvo cuando se hicieron ajustes por la gravedad de trauma.

Discusión y conclusiones. Se documentó el progreso en el control de daños en trauma vascular abdominal con cirugías más cortas, uso más frecuente de pinzas retenidas o puentes transitorios, menor cantidad de cristaloides y mayor transfusión de plasma, lo cual resultó en mejor supervivencia, independientemente de la seriedad del trauma.

01-037

El choque, el trauma pancreático y la colostomía aumentan el riesgo de infección en el trauma penetrante de colon

A. García, R. Soto, A. De Castro, R. Ferrada, J.C. Puyana

Universidad del Valle, Fundación Valle del Lili, Centro Médico Imbanaco y Universidad de Pittsburgh
Cali, Colombia
agarciam@emcali.net.co

Introducción. La infección del sitio operatorio continúa siendo una de las complicaciones más serias del trauma de colon.

Objetivo. Identificar las variables de riesgo de la infección del sitio operatorio en una serie de trauma penetrante de colon en civiles.

Materiales y métodos. Análisis retrospectivo de 467 pacientes mayores de 13 años, con trauma penetrante de colon, que sobrevivieron más de 48 horas y que fueron tratados en el Hospital Universitario del Valle en un período de 5 años.

La asociación entre los factores de riesgo potenciales y la infección del sitio operatorio se determinó mediante el cálculo de los *odds ratios* (OR) y los intervalos de confianza del 95%. Se construyó un modelo de regresión logística multivariada con las variables que tenían $p<0,1$.

Resultados. La edad osciló entre 13 y 79 años (mediana, 25; rango intercuartil, 14 años). El mecanismo fue por arma cortopunzante en 79 casos (16,6%). La mediana del Índice de trauma abdominal (ATI) fue de 25, con rango intercuartil de 19.

Se presentó infección del sitio operatorio en 92 pacientes (19,3%); intraabdominal en 67, de la herida quirúrgica en 13 y combinada en 12.

La tabla muestra las asociaciones positivas en la prueba bivariada.

| Variable | ISO | Sin ISO | Total | OR (IC 95%) | P |
|---------------------|-----|---------|-------|---------------------|--------|
| Pacientes | 92 | 384 | 476 | — | — |
| Choque | 36 | 102 | 138 | 1,78 (1,07 - 2,93) | 0,017 |
| Trauma pancreático | 12 | 11 | 23 | 5,09 (1,97 - 13,16) | <0,001 |
| Contaminación grave | 32 | 79 | 111 | 2,06 (1,21 - 3,46) | 0,0038 |
| ATI>25 | 61 | 193 | 254 | 1,95 (1,18 - 3,25) | 0,0056 |
| Colostomía | 54 | 159 | 213 | 2,01 (1,24, - 3,29) | 0,0027 |

ISO: infección del sitio operatorio; ATI: *abdominal trauma index*

No se encontró asociación en la prueba bivariada con la edad, el sexo o la lesión de otras vísceras.

La regresión logística multivariada identificó asociación independiente entre el choque (OR=1,66; IC95%: 1,01 - 2,73; $p=0,046$), el trauma pancreático asociado (OR=3,87; IC95%: 1,6 - 9,4; $p=0,003$) y la colostomía (OR=1,67; IC95%: 1,02 - 2,74; $p=0,04$), con el riesgo de infección del sitio operatorio.

Discusión y conclusiones. El choque, el trauma pancreático asociado y la colostomía incrementaron de manera independiente el riesgo de infección del sitio operatorio en la serie analizada de trauma penetrante de colon en civiles.

01-038

Lesiones de columna cervical en víctimas de trauma craneoencefálico grave

Juan Sebastián Martínez,
Alberto Federico García,
María Fernanda Villegas, María Elena Velásquez,
Fernando Rodríguez, Juan Felipe Morales,
Jorge Mejía

Universidad CES, Fundación Valle del Lili
Cali, Colombia
sebasmarti75@yahoo.com

Introducción. La lesión de columna cervical ocurre entre 7% y 14% de los pacientes con trauma craneoencefálico grave, según lo reportado. Esta asociación no se ha estudiado en nuestro medio.

Objetivo. Describir la asociación entre trauma craneoencefálico grave y lesión de columna cervical.

Materiales y métodos. Estudio observacional y retrospectivo de pacientes mayores de 18 años con trauma craneoencefálico grave, a quienes se les realizó TC de columna cervical, en la Fundación Valle del Lili en Cali, Colombia, entre 2002 y 2009. El estudio fue aprobado por el comité de ética institucional.

Resultados. Se incluyeron 66 pacientes con edad promedio de 36,8 años (rango 19 a 83; mediana de 34 y DE±14,9), de los cuales, 50 (76,1%) eran hombres.

El mecanismo del trauma se distribuyó así: accidentes de tránsito, 54/66 (81,8%); conductor de vehículo, 6/54 (11,1%); conductor de motocicleta, 28/54 (51,8%); pasajero, 10/54 (18,5%); peatón, 10/54 (18,5%); trauma contundente, 1/66 (1,5%), y caídas, 11/66 (16,7%). Se remitieron 39/66 pacientes (59%), transportados en ambulancia con atención médica, 26/66 (39,3%), en ambulancia con atención básica 34/66 (51,5%) y 4/66 (6,1%) por voluntarios. Traían inmovilización cervical 19/26 (73%) de los transportados en ambulancia con atención médica y 21/34 (61,7%) de los transportados en ambulancia con atención básica.

La mediana de Glasgow al ingreso fue de 3 y el *Injury Severity Score* (ISS) fue de 25.

Se encontró que 8/66 (12,1%) tenían alteraciones en la tomografía cervical anormal: fractura cervical inestable en 6/8 y fractura estable en 2/6 de los pacientes. Uno requirió manejo quirúrgico de la lesión cervical.

Discusión y conclusiones. La lesión cervical asociada con trauma craneoencefálico grave en este grupo de pacientes fue de 12,1%, lo cual se asemeja a lo reportado en la literatura. Sin embargo, parece haber diferencias en el mecanismo del trauma y en la baja frecuencia de uso de inmovilización cervical, a pesar del manejo prehospitalario.

01-039

Utilidad de la ventana pericárdica en la lesión cardiaca oculta en el Hospital Universitario San José de Popayán

Liliana Caicedo, Jorge Herrera, Felipe Tobar,
Efraín Andrés Revelo

Universidad del Cauca,
Hospital Universitario San José de Popayán
Popayán, Colombia
lilicara@hotmail.com

Introducción. En el trauma de tórax penetrante, el 10% de los pacientes presentan lesión cardiaca; la mortalidad es de 5% con supervivencia de 80% a 90% cuando es ocasionado por arma blanca y de 60%, por arma de fuego.

En 25% de los pacientes con estabilidad hemodinámica, la ventana pericárdica dio positiva.

Objetivo. Determinar la utilidad en el Hospital San José de Popayán de la ventana pericárdica en el diagnóstico de lesión cardiaca oculta con trauma cardiaco penetrante.

Materiales y métodos. Es un estudio descriptivo, tipo serie de casos y retrospectivo, entre los años 2004 y 2005.

De los pacientes con trauma penetrante precordial (96), el 79% ingresaron con estabilidad hemodinámica y a 81% se les realizó ventana pericárdica como método diagnóstico de lesión cardiaca oculta.

Del total de las ventanas pericárdicas, 17% fueron positivas: 9 pacientes se presentaron con ventana pericárdica positiva y lesión cardiaca; en 50% el compromiso fue del ventrículo derecho, lo cual se confirmó posteriormente mediante toracotomía.

De los pacientes con ventana pericárdica negativa (65), ninguno tenía lesión cardiaca.

De los 10 pacientes restantes, en 6 se confirmó lesión de cámara cardiaca, que corresponden a verdaderos

positivos (60%), y 4 correspondieron a falsos positivos, que equivalen a 40% de las ventanas pericárdicas.

Los falsos positivos (20%) se debieron a lesión de la arteria mamaria interna y a contusión cardiaca (20%).

Conclusión. La ventana pericárdica mostró una sensibilidad y un valor diagnóstico positivo de 100 % para hemopericardio y de 100% y 69%, para herida de cámara cardiaca.

01-053

Impacto del tiempo en la mortalidad de la cirugía de control de daños en trauma grave

Fernando Rodríguez, Carlos Ordóñez, Marisol Badiel

Fundación Valle del Lili, Universidad del Valle, Universidad CES
Cali, Colombia

Introducción. Es conocida la influencia del tiempo en los resultados clínicos en todas las condiciones de emergencia.

Objetivo. Identificar la asociación entre el tiempo quirúrgico de la laparotomía de control de daños en el paciente con trauma grave y la mortalidad.

Materiales y métodos. En la base de datos Damacon se incluyeron 127 pacientes con trauma grave que fueron sometidos a laparotomía de control de daños. Además de las variables sociodemográficas, se seleccionaron las relacionadas con tiempo prehospitalario, tiempo antes de ingresar a cirugía, tiempo en cirugía y escalas de gravedad del trauma. Las variables continuas se compararon con la suma de rangos, según el estatus al egreso.

Resultados. El 92,1% eran hombres, el promedio de edad fue de 33,1±11 años y el 76,4% sufrieron trauma penetrante. La gravedad DEL TRAUMA se midió con ATI (*abdominal trauma index*) (36±19,2), ISS (*Injury Severity Score*) (27±10,3) y APACHE II (18,2±6,6).

La mortalidad a los 28 días fue de 40,5%. No hubo diferencia en el tiempo quirúrgico entre sobrevivientes y fallecidos (107,8±11,3 minutos Vs. 110,1±10,2 minutos; p=0,77). Sin embargo, en el tiempo en urgencias antes de cirugía, la mediana del tiempo fue más corto entre los fallecidos, comparado con los sobrevivientes (40 Vs.

65 minutos; p=0,046), como tampoco hubo diferencias en el tiempo antes de ingresar a urgencias (medianas, 30 Vs. 60 minutos; p=0,1).

Discusión y conclusiones. El tiempo promedio en la primera cirugía de control de daños en pacientes con trauma grave, fue de 108 minutos y no hubo diferencias entre vivos y muertos. Este tiempo es mayor que el reportado en otros estudios, pero la mortalidad parece no estar asociada con este hallazgo.

01-054

Calidad de vida a mediano plazo de pacientes de Cali sobrevivientes a trauma toraco-abdominal grave sometidos a cirugía de control de daños, reporte preliminar

Marisol Badiel, Carlos Ordóñez, Laura Rodríguez, Isabel Galván

Fundación Valle del Lili, Universidad del Valle y Universidad Libre-Seccional Cali
Cali, Colombia

Introducción. Los datos disponibles que describen los resultados a mediano y largo plazo de los sobrevivientes de trauma y la calidad de vida son limitados.

Objetivo. Describir los resultados en calidad de vida entre sobrevivientes al egreso hospitalario de trauma grave sometidos a laparotomía de control de daños.

Métodos. En un estudio transversal de la base de datos DAMACON, se seleccionaron los sobrevivientes que egresaron entre 3 y 18 meses antes. Se excluyeron los pacientes con trauma neurológico. Después de la aprobación del Comité de Ética, se aplicaron la escala de calidad de vida EUROQoL-EQ-5D y la escala visual análoga sobre bienestar y trauma (EQ-EVA:0-100), validada en español.

Resultados. Este reporte preliminar incluye la información de 21/46 pacientes que cumplieron los criterios de selección. De ellos, 3/46 se negaron a participar, 7/46 no se pudieron localizar y los restantes viven fuera de Cali (pendientes de entrevista).

El promedio de edad fue de 30,9±8,1 años, 95,2% eran hombres y 85,7% consultaron por trauma penetrante. El Índice de trauma abdominal (ATI) fue de 33,9±17,9, Índice de severidad del trauma (ISS) de 23,4±8,1 y el

APACHE II de $16,8 \pm 5,9$. El tiempo promedio al egreso fue de $12,9 \pm 4,4$ meses.

La escala EUROQoL demostró que hubo compromiso en todos los dominios (55,5% de los entrevistados); sólo tres sujetos (13,6%) reportaron alteración leve en los dominios de movilidad, cuidado personal y cotidianidad. La mediana de EQ-EVA de bienestar fue de 90 (promedio \pm desviación estándar de $77,7 \pm 28,8$); 87,8% trabajan o estudian actualmente.

Discusión y conclusiones. En general, los sobrevivientes de trauma grave con laparatomía de control de daños, reportan una calidad de vida aceptable a mediano plazo, con mínimas limitaciones de su funcionalidad social y laboral.

01-056

¿Utilizamos antibióticos en trauma torácico o no lo hacemos?

Oswaldo Alfonso Borráez, Mario Alfonso, Félix Baquero, William Flye, Guillermo Villa, Juan Troncoso, Germán Carvajal, Edward Mauricio Abril, Rafael Francisco Pereira
Hospital San Blas, Universidad Nacional de Colombia y Universidad Antonio Nariño
Bogotá, Colombia

Introducción. La utilización de antibióticos en el paciente traumatizado es muy frecuente. Según las publicaciones en la literatura, es discutible su beneficio en pacientes con trauma torácico penetrante. No se tienen en cuenta la necesidad real y las complicaciones derivadas de su uso inadecuado, como las alteraciones de la flora bacteriana saprofita y la formación de cepas resistentes, entre otras.

Materiales y métodos. Desde el 1° de agosto de 2007 iniciamos un trabajo prospectivo para determinar si se deben utilizar en este tipo de pacientes. Se realizó un estudio prospectivo en pacientes con trauma torácico, en el cual un grupo no recibió antibióticos, otro recibió una dosis y otro lo recibió durante el tiempo que permanecieron con el tubo de tórax.

Resultados. En un período de dos años encontramos que trescientos cincuenta pacientes requirieron algún procedimiento por el trauma (toracostomía, toracotomía u otros). El 94% correspondió al sexo masculino, y el grupo de adultos jóvenes fue el más afectado (67% eran

menores de 30 años de edad). El 75% de los casos requirió un procedimiento sencillo (toracostomía a drenaje cerrado) y el 25% restante, un procedimiento mayor (toracotomía y otros).

El 25% recibió antibióticos: pacientes con trauma toraco-abdominal, enfermedades asociadas, por criterio personal del médico o por complicaciones inherentes al trauma o al procedimiento.

El porcentaje que desarrolló complicaciones por la propia enfermedad del paciente o secundarias al procedimiento realizado, es muy bajo tanto en aquellos pacientes que recibieron antibióticos como en los que no, aproximadamente, 7,2%.

Discusión y conclusiones. Consideramos que en el manejo del trauma de tórax no hay indicación para la utilización de antibióticos. Su uso no garantiza la aparición o la ausencia de complicaciones como neumonía o empiema. Deben tenerse en cuenta las normas de asepsia y antisepsia para el manejo de los pacientes, las cuales, definitivamente, disminuyen las posibilidades de infecciones.

01-059

Hemorragia abdominal con desangramiento, ¿qué cavidad abrir primero?

Carlos Ordóñez, José Luis Castillo, Luis F. Pino, Marisol Badiel
Universidad del Valle, Hospital Universitario del Valle
Cali, Colombia
eljosecastillo@hotmail.com

Introducción. La hemorragia abdominal con desangramiento tiene una mortalidad mayor al 50%. Se han planteado controversias sobre el abordaje inicial por laparotomía o toracotomía.

Objetivo. Mostrar la experiencia del manejo de los pacientes con hemorragia abdominal con desangramiento (presión arterial sistólica < 80 mm Hg) con laparotomía y toracotomía previa a la laparotomía.

Métodos. Se seleccionaron consecutivamente los pacientes del 2003 al 2008 que ingresaron con trauma abdominal con desangramiento sin herida en tórax. El abordaje quirúrgico se hizo a discreción del cirujano.

Resultados. Se seleccionaron 23 pacientes. A 13 se les realizó sólo laparotomía y a los restantes 10 se les realizó

toracotomía con pinzamiento de la aorta antes de la laparotomía. En el grupo de pacientes con sólo laparotomía y presión arterial menor de 80 mm de Hg, la supervivencia fue de 53,8% (7/13), mientras que, en los llevados primero a toracotomía, la supervivencia fue de 75% (3/4). En el grupo de toracotomía previa a la laparotomía, todos los que llegaron en situación extrema fallecieron (6/10). No se presentaron complicaciones en el grupo de toracotomía previa a la laparotomía.

Conclusión. La toracotomía previa a la laparotomía en los pacientes con hemorragia abdominal con desangramiento es un abordaje inicial de la cirugía de control de daños, que puede ser más efectivo que la laparotomía para el control del sangrado y puede mejorar la mortalidad.

01-062

Cuándo desempaquetar en cirugía de control de daños

*Carlos Ordóñez, Luis Fernando Pino,
Marisol Badiel, Alberto García*
Universidad del Valle
Cali, Colombia
datinka55@hotmail.com

Introducción. El empaquetamiento abdominal en cirugía de control de daños es una técnica salvadora de vidas para el control de hemorragias en pacientes seriamente traumatizados. El efecto del empaquetamiento abdominal en relación con las tasas de nuevo sangrado y complicaciones sépticas intraabdominales en trauma penetrante abdominal, aún no es bien conocido. Nos proponemos evaluar la incidencia de infecciones intraabdominales, nuevo sangrado y mortalidad en relación con el tiempo de empaquetamiento.

Materiales y métodos. Se utilizó la base de datos Damacon, que es un registro prospectivo de pacientes traumatizados de un hospital nivel III de atención en Cali. Se incluyeron los pacientes con trauma penetrante abdominal sometidos a cirugía de control de daños. Se analizaron edad, ATI (*Abdominal Trauma Index*), ISS (*Injury Severity Score*), duración del empaquetamiento, supervivencia, cultivos peritoneales, infección abdominal e incidencia de nuevo sangrado.

Resultados. Se incluyeron 71 pacientes; la edad promedio fue de 32,3±10,0 años, el ATI de 34,8±17,3, el ISS 25,0±9,4 y la mortalidad a 30 días de 21,1%. El hígado fue empaquetado en 23 pacientes, el retroperitoneo en 40, la

pelvis en 6 y en 6 se utilizó esta técnica después de esplenectomía. El colon y el intestino delgado se lesionaron en 37 y 35 pacientes. La tasa de infección intraabdominal se incrementó en relación al tiempo de empaquetamiento, siendo así que a las 24 horas la tasa fue de 5%, a las 48 horas 14%, a las 72 horas 31%, a las 96 horas 67%, hasta llegar a las 120 horas cuando el 100% se encontró infectado. Las tasas de resangrado presentaron un comportamiento inverso, donde a las 24 horas el resangrado fue de 43%, a las 48 horas 14%, a las 72 horas 10% y a las 96 horas fue de cero.

Conclusiones. Parece ser que el tiempo óptimo para remover el empaquetamiento es a las 72 horas. Este tiempo muestra una tasa de nuevo sangrado razonablemente baja, pero retardar más la remoción del empaquetamiento incrementa la incidencia de infección intraabdominal.

01-071

Manejo conservador del trauma esplénico

Alberto Bernal
Hospital San Vicente de Paúl
Medellín, Colombia
albernale@une.net.co

Introducción. Hasta inicios de 1972, existía la máxima a nivel hospitalario: “bazo traumatizado es bazo extirpado”. Además de ello, se decía que «el bazo es una esponja de sangre que no se puede suturar» y, por último, existía el concepto universal de que «el bazo no sirve para nada». Desde 1950, se habló de la importancia inmunológica del bazo y, en 1970, el doctor Hisanori Suzuki comprobó el papel fagocitario del esplenocito contra *Plasmodium falciparum*.

Historia. La primera esplenectomía la informó Adrian Zaccarelli en 1549; la esplenectomía parcial, Franciscus Rosetti, en 1590; la esplenectomía parcial en niño, Grebezius en 1700; la hemieplenectomía en herido por cuchillo, John Ferguson en 1734; la esplenectomía total, O'Brien en 1816; la esplenectomía total por trauma, O. Riegner en 1892, y la primera sutura, Zikof en Rusia en 1895, luego, Lamarchia en 1897 y James en 1892.

En 1900, se difundió el manejo no quirúrgico del trauma esplénico, con mortalidad de 90% a 100%, descrito por Billroth. Entre 1900 y 1940 se informaron casos aislados. En 1945, Mazel publicó suturas asociadas a

taponamiento y Campos Christo presentó 8 pacientes con resección parcial. Entre 1950 y 1970, se demostró la importancia antigénica del bazo.

En abril de 1972, se inició el «protocolo para la reconstrucción del bazo», a cargo de Alberto Bernal Eusse, avalado por Giovanni García y Jorge Hernán Aristizábal. En 1982, Morgenstern publicó 17 casos y, posteriormente, A. Bernal informó 187 casos de reconstrucción esplénica en el Hospital San Vicente de Paúl.

Materiales y métodos. Todo paciente con diagnóstico de herida esplénica es llevado a laparotomía y, de acuerdo con la prioridad de la hemorragia, se intenta hacer hemostasia del bazo herido. Se emplean los métodos de sutura, hemostasia mecánica con compresión, resecciones parciales menores, hemiesplenectomía, resección subtotal, envoltura de fragmentos viables en malla de prolene (tres casos de Bernal), etc.

Resultados. Hasta 1972, la suma de los casos reportados llegaba a 226 y, en 1991, Bernal y colaboradores presentaron 187 casos de salvamento esplénico en el Hospital San Vicente de Paúl.

Se operaron 187 pacientes con heridas de bazo, 126 por herida penetrante toraco-abdominal, 91 por arma blanca; se suturaron 132 y hubo 5 complicaciones, por las cuales fue necesario hacer esplenectomía en 2 casos.

Discusión y conclusiones. El bazo es el órgano más importante en la inmunidad. El bazo traumatizado se puede salvar en casi la totalidad de los casos.

01-072

Traumatismo cardiaco

Alberto Bernal

Medellín, Colombia

albernale@une.net.co

Introducción. “El médico que diga que ha operado con éxito un herido de corazón no merece el respeto de sus colegas”, Billroth.

Actualmente, vemos cómo la gran mayoría de los heridos de corazón que no mueren en el acto sobreviven después de una cirugía de emergencia, en la cual la vida depende de escasos minutos preciosos para ser atendidos por un cirujano general con experiencia.

Materiales y métodos. Se presentan los pacientes atendidos por el autor en el lapso del julio de 1968 a junio de 2008. Se practicó cirugía urgente en los pacientes con signos vitales presentes, con algunos signos vitales y con pérdida total de reflejos, latido cardiaco y respiración, pero con evidencia de trauma muy reciente, si después de la toracotomía sin anestesia y masaje cardiaco, había signos de vida. Antes de 30 minutos, se consideraba vivo el paciente, a pesar de ingresar con «muerte clínica».

Resultados. Del total de 328 pacientes, sobrevivieron 300 y murieron 28; 31 ingresaron con muerte clínica, 24 sobrevivieron después de reanimación y 7 continuaron muertos. Los heridos por arma blanca fueron 287 y, por arma de fuego, 31. En 134 el lugar de la herida fue el ventrículo derecho, en 72, el ventrículo izquierdo y en 25, las aurículas. La secuela más frecuente fue la comunicación interventricular en 30, llevados a manejo por hemodinamia y reintervenidos electivamente.

Discusión y conclusiones. La herida cardiaca requiere inmediata cirugía abierta por toracotomía. No se deben perder preciosos minutos haciendo exámenes como hemoglobina, radiografías, etc. La muerte por anemia o taponamiento cardiaco solamente se puede confirmar después de un masaje prolongado, hidratación, oxigenación y las demás medidas de reanimación. No se requiere de un cirujano altamente especializado para salvar una vida, pero sí de una inmediata y oportuna intervención. Todo paciente con herida de corazón amerita cirugía inmediata, sin importar si tiene paro cardiaco, midriasis y ausencia de signos vitales.

TUMORES

01-002

Evaluación de las indicaciones y de los resultados de las duodeno-pancreatectomías en un hospital de IV nivel de Medellín

Sergio Iván Hoyos, Susana Gómez,

Jonathan Sánchez

Hospital Pablo Tobón Uribe,

Grupo de Gastrohepatología de la Universidad de Antioquia y Universidad Pontificia Bolivariana

Medellín, Colombia

sergiohoyosd@yahoo.es

Objetivo. Evaluar las indicaciones y los resultados de las duodeno-pancreatectomías, 48 en total, practicadas en el Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín.

Materiales y métodos. Se seleccionaron los casos de una base de datos prospectiva de la unidad de Cirugía Hepato-Biliar y Pancreática del Hospital Pablo Tobón Uribe y del Grupo de Gastrohepatología de la Universidad de Antioquia.

Criterios de inclusión: todo paciente sometido a duodeno-pancreatectomía cefálica (Whipple) entre enero de 2004 y mayo de 2009.

Criterios de exclusión: no hubo; se incluyeron todos los pacientes operados.

Resultados. Se practicaron en este período 48 duodeno-pancreatectomías cefálicas (Whipple), 50% de ellas en mujeres. La edad promedio fue de 58 años (rango, 16 a 77 años).

La indicación para la cirugía fue enfermedad maligna en 46 pacientes (95,8%) y sólo dos pacientes tenían enfermedad benigna: un tumor quístico seroso y un insulinoma (ambos en la cabeza de páncreas). El principal diagnóstico de neoplasia maligna fue carcinoma de páncreas en 19 pacientes (39,5%), seguido de carcinoma de ampolla de Vater en 15 (31,2%).

El sangrado quirúrgico en promedio fue de 500 ml (rango, 200 a 2.000 ml); sólo 3 pacientes sangraron más de 1.000 ml.

Uso de hemoderivados: 33% de los pacientes requirieron glóbulos rojos, sólo 3 pacientes más de 5 unidades. La estancia en la unidad de cuidados intensivos fue, en promedio, de 1,6 días; 58,3% sólo estuvo un día en la unidad de cuidados intensivos. El promedio de estancia hospitalaria fue de 10,7 días, y 23 pacientes (48%) estuvieron 8 días o menos hospitalizados.

Complicaciones: 22,9% de los pacientes presentaron complicaciones (algunos presentaron varias complicaciones); la más frecuente fue el sangrado posoperatorio (10,4%), seguida de la infección del sitio operatorio, la infección a distancia y la retención gástrica, con 4 pacientes cada una.

La mortalidad fue del 16% a los 30 días posoperatorios, cuatro casos por sepsis no controlada (8,3%), dos casos por trombosis vasculares de la arteria hepática y de la

arteria mesentérica superior (4,1%), un caso de tromboembolismo pulmonar y otro por enfermedad cerebrovascular a los 25 días posoperatorio.

Discusión y conclusiones. A pesar de tener un número apropiado de procedimientos mayores en nuestra unidad, la morbilidad es aceptable, aunque aún tenemos una cifra muy alta de mortalidad por complicaciones posoperatorias.

01-028

Implantación de dispositivos de acceso venoso para quimioterapia, experiencia del Hospital Universitario San Ignacio, 2006 a la fecha

Charles Elleri Bermúdez, Francisco Díaz,

Fernando Monroy

Hospital Universitario San Ignacio,

Pontificia Universidad Javeriana

Bogotá, Colombia

cebermudez@husi.org.co

chebermud@yahoo.com.co

Introducción. La dificultad para la obtención de accesos venosos periféricos y la necesidad de quimioterapia en infusión continua constituyen las principales indicaciones para la implantación de dispositivos de acceso venoso para quimioterapia.

Objetivo. El objetivo del estudio es describir la técnica quirúrgica utilizada, reportar la serie de casos de un hospital de cuarto nivel con las tasas de complicaciones tempranas y tardías, y crear una base de datos prospectiva para futuros análisis.

Materiales y métodos. Se hizo una revisión retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes sometidos a implantación de un catéter venoso para quimioterapia, desde el 1° de agosto de 2006 hasta la fecha, y se hizo una llamada telefónica para evaluar el nivel de satisfacción posterior al procedimiento, recolectando los datos en una hoja de Excel para un análisis descriptivo.

Resultados. Se recolectaron 208 pacientes y se identificaron 3 neumotórax (1,44%), uno de ellos manejado médicamente, 3 ruptura y embolización de la porción distal del catéter (denominado Síndrome de *pinch-off*) (1,44%), 1 trombosis venosa profunda del miembro superior (0,4%), 1 infección de sitio operatorio 11 meses después de la implantación (0,4%) y 1 desalojo

del catéter (0,4%). El nivel de satisfacción fue del 95% y el 95% se volvería a implantar el dispositivo.

Discusión y conclusiones. La implantación de catéteres venosos centrales es un método seguro para aquellos pacientes que requieren quimioterapia, mejoran la calidad de vida y permiten un rápido reintegro a sus actividades cotidianas.

01-049

Enfermedad de Castleman, presentación de un caso

Fernando Pereira, Sergio Zúñiga, Carolina Echeverri

Instituto de Cancerología Clínica Las Américas
Medellín, Colombia
drfernandopereira@gmail.com

Introducción. La enfermedad de Castleman es una enfermedad rara, caracterizada por crecimiento de tumores benignos del tejido linfático. Fue descrita por primera vez por Castleman en 1956, se presenta con igual frecuencia en ambos sexos y puede aparecer a cualquier edad. Los tumores benignos del tejido linfático, se localizan con mayor frecuencia en el mediastino, el estómago y el cuello. Los sitios menos comunes incluyen axila, pelvis y páncreas. Se distinguen dos formas clínicas de la enfermedad: forma localizada y forma generalizada o multicéntrica.

Caso clínico. Presentamos un caso de esta rara entidad en un hombre de 43 años, sin ningún antecedente de importancia, que presentó un rápido crecimiento de un tumor submaxilar derecho, el cual fue tratado con resección completa de la lesión y seguimiento clínico.

Discusión y conclusiones. Se describen tres tipos histológicos de la enfermedad de Castleman: el tipo vascular hialino, el más frecuente, alrededor del 90% de los casos, el tipo de células plasmáticas y el tipo mixto, que comparte características de las dos formas anteriormente descritas.

Se desconoce la causa de la enfermedad, aunque parece existir alguna relación, aún no bien aclarada, con el herpes virus tipo 8 (HHV8).

El tratamiento es siempre la extirpación quirúrgica de la masa en la forma localizada, mientras que en la generalizada, o multicéntrica, se propone la adición de quimioterapia.

01-058

Sarcomas: revisión de los casos del Hospital Universitario del Valle en los últimos 10 años

Mauricio Zuluaga, Germán Estrada, José Omar Zorrilla, Jaime Rubiano

Hospital Universitario del Valle
Cali, Colombia
mauriciozuluagaz@yahoo.es

Introducción. Los sarcomas de tejidos blandos constituyen un grupo heterogéneo de lesiones malignas con incidencia menor de 2%, lo que dificulta su estudio. En el Hospital Universitario del Valle hicimos un análisis retrospectivo entre 1997 y 2007. Se incluyeron 152 pacientes con diagnóstico histológico confirmado.

Materiales y métodos. Es un estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes con sarcoma de tejidos blandos atendidos en el Hospital Universitario del Valle. Se analizaron la incidencia, la distribución por edad y sexo, la localización, el método diagnóstico, el subtipo histológico, el grado de diferenciación celular y el tratamiento.

Resultados. Se estudiaron 152 pacientes entre 6 y 90 años. Predominó el sexo masculino (56,6%). Se presentaron lesiones en las extremidades (53%), el tronco (15%), la cabeza y el cuello (11%), el abdomen (11%), el tórax (7%) y el retroperitoneo (10%). El linaje celular no fue identificado en 42%. El grado de diferenciación celular fue de alto grado en 78% de los pacientes.

La biopsia por incisión fue el método diagnóstico más utilizado en los pacientes (24%). La cirugía fue el tratamiento utilizado en la mayoría de los casos (79%). La terapia adyuvante se le ofreció a la mitad de los pacientes en el presente estudio. Los servicios de cirugía oncológica y ortopedia manejaron el 92% de los casos.

Discusión y conclusiones. El Registro Nacional de Cáncer informa que la incidencia de los sarcomas de partes blandas es de 1% a 2%. Estas cifras se han mantenido sin diferencias significativas en los últimos años. Internacionalmente, otros registros han mantenido incidencias similares. El Hospital Universitario del Valle, por ser centro de referencia del suroccidente nacional, maneja un porcentaje importante de este tipo de enfermedad, como se registra en el anterior trabajo.

01-067

Primer caso reportado de liposarcoma mixoide esofágico en Colombia

Juan Carlos Valencia, Jaime Rubiano,
Luz Fernanda Sua, Analía Carrera, Nohora Silva
Hospital Universitario del Valle
Cali, Colombia
jkvalencia@gmail.com

Introducción. Los liposarcomas mixoides son neoplasias malignas esofágicas muy infrecuentes. Los sarcomas representan el 1% de los tumores esofágicos malignos, y este tipo histológico es poco usual. Actualmente, se encuentran reportados cinco casos de esta variante histológica.

Presentamos el caso de un paciente de 28 años, con sus estudios imaginológicos, características histológicas, manejo quirúrgico y dificultades en el proceso diagnóstico de este caso inusual. En Colombia, es el primer caso encontrado y el sexto a nivel mundial.

Caso clínico. Se trata de un paciente remitido a nuestro hospital en marzo de 2008, por presentar síntomas de disfagia progresiva, sialorrea, pérdida de peso (20 kg) y masa en la luz del esófago de cuatro meses de evolución.

La endoscopia de vías digestivas altas reportó una gran lesión polipoide, de 12 cm de longitud por 2 cm de diámetro, que se extendía hasta los 32 cm de la arcada dentaria. Se practicó resección parcial de la lesión en dos oportunidades y en ambas ocasiones se encontró en el estudio histológico pólipo fibrovascular gigante.

El paciente se programó para cirugía ya que endoscópicamente la lesión fue imposible de resecar. Se realizó escisión de un pólipo gigante de 20 cm de longitud; el pedículo se encontró ubicado en el tercio superior, a 7 cm de la arcada dentaria. Además, se halló líquido purulento (10 ml) y perforación del esófago.

En el examen microscópico se identificó una lesión neoplásica maligna de origen mesenquimatoso, compuesta por una matriz mixoide, con un patrón capilar plexiforme y lipoblastos proliferantes, con un bajo índice mitótico y áreas de necrosis y hemorragia.

En los cinco casos reportados, las edades oscilaron entre los 49 y los 68 años; este caso es el primero en un paciente joven (28 años). Según el sexo, existe un caso femenino y cuatro casos masculinos. La recurrencia sólo

se ha presentado en un caso reportado del sexo femenino. Nuestro caso es el de mayor tamaño reportado, con un diámetro longitudinal de 20 cm. La variante histológica mixoide es la menos frecuente y se había reportado por última vez en 1997.

Discusión y conclusiones. El liposarcoma mixoide del esófago es una entidad sumamente rara que requiere manejo quirúrgico y, aunque las biopsias iniciales pueden indicar lesiones benignas, sólo hasta el procesamiento histológico de todo el espécimen se puede diagnosticar el liposarcoma mixoide.

01-069

Quiste peritoneal gigante simple, reporte de un caso

Juan Carlos Valencia, Robin Biojó,
Sandra Gélviz, Staling Pallares
Universidad del Valle, Hospital Universitario del Valle
Cali, Colombia
jkvalencia@gmail.com

Introducción. El mesotelioma quístico benigno es uno de los tumores más raros que se presentan entre las neoplasias relacionadas con la serosa peritoneal. Se ha observado con mayor frecuencia en mujeres jóvenes con historia previa de cirugía pélvica o abdominal. No obstante, se encuentran algunos casos descritos en pacientes masculinos, en quienes prevalecen los hallazgos anatomopatológicos de enfermedad maligna y el riesgo de recidiva es mayor, así como la probabilidad de que el mesotelioma quístico se torne maligno. Presentamos el caso de una paciente atendida en nuestro servicio de cirugía gastrointestinal.

Caso clínico. Una paciente de 48 años de edad procedente de un municipio del Valle del Cauca, fue remitida al Hospital Universitario del Valle por un cuadro clínico de varios años de evolución, consistente en aparición de una masa de crecimiento progresivo en el flanco izquierdo que, en ocasiones, ocasionaba dolor leve.

Inicialmente, se tomó una ecografía abdominal que mostró una lesión de apariencia quística; se complementó con una tomografía computadorizada que confirmó la presencia de esta lesión, sin poder determinar su origen.

Se programó para cirugía, la cual fue practicada por el equipo de gastrocirugía, quienes encontraron una gran

masa quística de 25 cm por 20 cm, dependiente del peritoneo, sin compromiso de ningún otro órgano, la cual fue de muy fácil disección a pesar de su tamaño. La evolución de la paciente fue satisfactoria. El reporte de anatomopatología indicó que se trataba de un quiste simple de peritoneo.

Discusión. El mesotelio peritoneal puede, en algunos casos, ser origen de lesiones poco frecuentes, ya sea de naturaleza benigna, maligna o limítrofe, que confunden al clínico al realizar el abordaje diagnóstico inicial de un tumor abdomino-pélvico. Una de estas raras neoplasias peritoneales es el mesotelioma quístico benigno, también conocido como “quiste de inclusión peritoneal”, “mesotelioma quístico del peritoneo” y “cistosis (sic.) peritoneal papilar benigna”; también se ha denominado “quiste peritoneal posoperatorio” por su relación con intervenciones quirúrgicas abdomino-pélvicas previas. Estas lesiones fueron descritas por primera vez por Plaut en 1928, y se encuentran reportados en la literatura mundial, aproximadamente, 130 casos en mujeres y 19 casos en hombres.

Conclusión. Estas raras lesiones son de comportamiento benigno y requieren resección quirúrgica en todos los casos, con muy buen pronóstico.

01-070

Carcinoma metastásico sin tumor primario conocido: experiencia de 11 años en el Hospital Universitario del Valle

Ivo Siljic, Mauricio Zuluaga, Jaime Rubiano
Hospital Universitario del Valle
Cali, Colombia
ivosiljic@yahoo.com

Introducción. El carcinoma metastásico de origen desconocido es un reto diagnóstico para el cirujano en su práctica cotidiana. Corresponde en general, a 2% a 4% de todos los tumores y es la séptima causa de muerte por cáncer. En el Hospital Universitario del Valle se analizaron los pacientes con carcinoma metastásico de origen desconocido en un análisis retrospectivo del año 1995 al 2005. Se incluyeron 2.409 pacientes con diagnóstico histológico confirmado.

Materiales y métodos. Es un estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes con carcinoma metastásico de origen desconocido atendidos en el Hospital

Universitario del Valle. Se analizaron la incidencia, la distribución por edad y sexo, la localización, el subtipo histológico y la mortalidad.

Resultados. Se estudiaron 2.409 pacientes. El promedio anual fue de 219 pacientes; el 60% de los pacientes fueron del sexo femenino. El 47% de los pacientes correspondieron a adenocarcinoma; los de cuello uterino, mama y estómago representaron 35% de todos los casos. La mortalidad a 12 meses de los pacientes con carcinoma metastásico de origen desconocido fue mayor de 90%.

Conclusiones. El Registro de Población de Cáncer de Cali informa que la incidencia de carcinoma metastásico de origen desconocido de partes blandas es de 219 casos al año. Estas cifras se han mantenido sin diferencias significativas en los últimos años. Internacionalmente, otros registros han mantenido incidencias similares.

El fin de la búsqueda del tumor primario en los pacientes con esta enfermedad es identificar los pacientes con tumores potencialmente tratables (mama, ovario, próstata). El Hospital Universitario del Valle, por ser centro de referencia del suroccidente nacional, maneja un porcentaje importante de este tipo de enfermedades, como se registra en el anterior trabajo.

01-079

Citorreducción peritoneal

William Sánchez, Daniel Gómez, Diego Peña, Daniel García
Hospital Militar Central, Servicio de Cirugía
Bogotá, Colombia

Introducción. La carcinomatosis peritoneal que se traduce en estadio IV, por lo general, tiene mal pronóstico, con supervivencia a 5 años que superan el 5%. Hay ciertos tumores (ovario, apéndice, colon) que tienen predisposición por la diseminación peritoneal con bajo potencial metastásico parenquimatoso a distancia; en estos tumores es factible lograr supervivencias a largo plazo con tratamientos multidisciplinarios que se fundamentan en una citorreducción peritoneal completa.

De todos los tratamientos probados para esta entidad clínica tumoral, el que ha logrado mejores beneficios es la citorreducción quirúrgica completa combinada con quimioterapia de hipertermia intraperitoneal. Las series mundiales a 5 años han reportado supervivencias con citorreducción completa de 86%, 37% y 27%,

respectivamente, para pseudomixoma, cáncer de colon y cáncer gástrico.

Objetivo. Describir la serie de casos del Hospital Militar Central desde el 2002 con tumores de múltiples histologías con carcinomatosis peritoneal a quienes se les realizó el tratamiento de citorreducción.

Materiales y métodos. Los pacientes se estudiaron antes de la cirugía con TC y, en algunos casos, laparoscopia. La actividad tumoral peritoneal por cuadrantes se clasificó según el índice de Sugarbaker (nódulos tumorales menores de 5 mm, entre 5 y 50 mm y mayores de 50 mm), y el tipo de cirugía realizada (RO a R2) de microscópica negativa a macroscópica positiva.

Posterior a la citorreducción quirúrgica se hizo quimioterapia de hipertermia intraperitoneal con máquina de circulación extracorpórea, inicialmente con solución de diálisis peritoneal al 1,5 y, posteriormente, con solución salina, 2 litros en dilución con quimioterapia; mitomicina 10 a 12 mg por m² o cisplatino a 50 mg por m², con un tiempo de 60 a 90 minutos con ciclo de 1,5 litros por minuto con técnica cerrada.

Resultados. Se han tratado 26 pacientes con edades entre los 25 y los 61 años de edad, 11 mujeres y 14 hombres. El origen primario de los tumores fue: apéndice cecal, 11; ovario, 7; colon, 4; sarcoma, 2, y melanoma, 1.

El índice peritoneal osciló entre 12 y 39. La morbilidad en grados fue: GO, 8 pacientes; GI, 5 pacientes; GII, 6 pacientes, y GIII, 5 pacientes. Hubo dos muertos en los primeros 30 días; uno por sepsis con dehiscencia de anastomosis íleon-colon y falla orgánica múltiple, y otro por serositis difusa, coagulación intravascular diseminada y falla renal. Los tratados por melanoma y sarcoma presentaron tempranamente recurrencia peritoneal acompañada de enfermedad a distancia y ninguno sobrevivió más de 1 año. En el grupo restante la supervivencia media fue de 40% a 3 años, y fue mejor en los pacientes con cáncer de ovario y pseudomixoma peritoneal.

Discusión y conclusiones. La citorreducción quirúrgica acompañada de quimioterapia de hipertermia intraperitoneal es una opción factible en la carcinomatosis peritoneal de un grupo muy seleccionado de tumores que tiene un patrón de diseminación celómica con poca

actividad a distancia. Es necesaria la selección precisa e individualizada de los casos que se van a intervenir con este esquema por la considerable morbilidad que conlleva el tratamiento.

01-080

Tumor carcinoide intestinal alto, síndrome carcinoide

William Sánchez, Daniel García, Diego Peña
Hospital Militar Central
Bogotá, Colombia

Introducción. El tumor carcinoide del intestino es una neoplasia rara (aproximadamente, 90 casos por año en Estados Unidos); sin embargo, es la segunda neoplasia en frecuencia de este órgano.

Por lo general, se localiza en el íleon hacia su porción terminal y rara vez en duodeno. El tumor carcinoide se origina en las células enterocromafines localizadas en la lámina intestinal propia y se caracteriza por la habilidad de secretar sustancias activamente biológicas (serotonina, 5-HIAA, histamina, etc.). Los tumores carcinoides originados en yeyuno e íleon tienen, también, la característica de presentar fibrosis mesentérica y calcificaciones adyacentes, secundarias posiblemente a la reacción desmoplásica asociada con la hipersecreción de serotonina que causa una isquemia tisular sostenida. Otra característica propia de esta neoplasia es la tendencia a ser multicéntrica (15% a 30%, aproximadamente) y la asociación con otras neoplasias (10% a 20%).

El tumor carcinoide es probablemente más conocido por la habilidad de causar el síndrome carcinoide, el cual por sí mismo es poco común (10% de los pacientes, aproximadamente). Las manifestaciones clínicas ocurren cuando el metabolismo hepático –fundamentalmente, de la serotonina– es obviado: tumores muy voluminosos, metástasis hepáticas, tumores localizados fuera del tracto gastrointestinal y enfermedad retroperitoneal extensa.

El curso de la enfermedad localizada en el intestino delgado es indolente hasta que se presenta un episodio de sangrado profuso, oclusión intestinal o cuando se manifiesta el síndrome en forma tardía. La evaluación diagnóstica del tumor carcinoide se basa en la confirmación bioquímica: la excreción en orina de 5-

HIAA debe ser en 24 horas y que se encuentra elevada, por lo menos, en el 50% de los pacientes; también son útiles para el diagnóstico la serotonina plasmática, la cromogranina A, la sustancia P, la enolasa y la asociación de imágenes diagnósticas, principalmente, en octeoscan y TC.

Casos clínicos. Describimos 5 pacientes, de ellos, tres hombres de 72 años, 56 años y 21 años, con tumores originados en el yeyuno con lesiones sincrónicas múltiples (uno con más de 50 focos tumorales), y 2 con metástasis hepáticas que se manifestaban con síndrome carcinoide (rubicundez y congestión facial, diarrea y oleadas de calor) y con elevación de la cromogranina A y 5-HIAA. Se practicó resección intestinal con anastomosis primaria y hepatectomía combinada con radioablación, y remisión del síndrome carcinoide. En un paciente que se manifestó con oclusión intestinal y vólvulo de ciego, se hizo el diagnóstico luego de una hemicolectomía derecha extendida.

Los otros dos casos correspondieron a tumores primarios de duodeno. El primero en un paciente de 63 años con historia crónica de hipertensión arterial de difícil control y alergias múltiples que consultó por masa abdominal. En la TC se evidenció una lesión de 15 cm de diámetro dependiente del duodeno, sin metástasis, endoscopia con divertículo gigante; se le practicó duodenectomía lateral con preservación pilórica. La otra era una paciente de 58 años con un tumor de 2 cm infiltrante en la primera porción del duodeno, sin enfermedad a distancia a quien se le practicó duodenectomía proximal con preservación de píloro.

TECNOLOGÍA

01-033

Rescatando un medicamento inmunosupresor en trasplante renal del siglo XX al siglo XXI

Rubén Francisco Luna, Rubén Daniel Luna,

Carlos Figueroa, Hernando Kuan

Clínica Abood Shaio

Bogotá, Colombia

txluna@gmail.com

carlosfigueroa81@hotmail.com

Introducción. Utilizando una terapia inductora potente, alemtuzumab, y con un protocolo inmunosupresor

utilizado en los años 80, ciclosporina A, azatioprina y prednisolona, el rechazo agudo en los primeros seis meses y el primer año es similar al actual con protocolos más costosos que tienen una repercusión negativa en el presupuesto de salud de nuestros países, sin deteriorar la supervivencia del paciente y el injerto.

Materiales y métodos. Es un estudio descriptivo y retrospectivo, en el cual se revisaron las historias clínicas de los pacientes que recibieron trasplantes en la Clínica Shaio, desde el 1º de septiembre de 2005 hasta el 31 de diciembre de 2008.

Discusión. Se hicieron 40 trasplantes, de cadáveres (82%) y con donante vivo (18%); el 55% fueron hombres. Se reportaron dos casos de rechazo agudo (5%) y uno crónico (2,5%) y se presentó disfunción del injerto en 5,2%. La creatinina basal fue de 8,5 mg antes del trasplante, al egreso, de 1,5 mg, al mes, de 1,3 mg, a los 6 meses, de 1,28 mg y al año, de 1,4 mg.

Hubo infección por citomegalovirus en 5,2% y la tasa de infección urinaria fue de 34%. Los linfocitos en el posoperatorio inmediato fueron en promedio de $197 \times 10^3/\text{ul}$ y las plaquetas, de $88.000 \times 10^3/\text{ul}$. La supervivencia de los pacientes y del injerto al año fue de 100%.

Conclusiones

1. Utilizar alemtuzumab como fármaco inductor permite usar ciclosporina, azatioprina y prednisolona, como terapia inmunosupresora de mantenimiento.
2. La tasa de infección inmediata y tardía fueron similares a las reportadas en otros protocolos.
3. La infección por citomegalovirus fue menos frecuente que en otros reportes.
4. La incidencia de rechazo agudo fue similar a la reportada con la utilización de micofenolato.
5. El porcentaje de supervivencia del injerto y de los pacientes a los doce meses fue de 100%.
6. Hubo un ahorro de US\$ 700, aproximadamente, por paciente al mes.

QUEMADURAS

01-032

Accidentes biológicos en médicos residentes de Bucaramanga

Luis Felipe Tapias-Vargas, Sergio Andrés Torres, Leonidas Tapias-Vargas, Laura Isabel Valencia, Luis Carlos Orozco

Universidad Industrial de Santander, Escuela de Medicina, Facultad de Salud.

Bucaramanga, Colombia

ftapias@gmail.com

Introducción. Los accidentes biológicos representan un riesgo ocupacional importante para los trabajadores y estudiantes de las ciencias de la salud.

Objetivo. Establecer en los médicos residentes la prevalencia de accidentes biológicos y sus factores asociados.

Materiales y métodos. Se encuestaron los residentes de especializaciones médicas y quirúrgicas de la Universidad Industrial de Santander. El instrumento de encuesta preguntaba sobre la utilización de elementos de protección, la caracterización y los comportamientos asociados al último accidente biológico sufrido.

Resultados. Se encuestaron 73 residentes. De todos, 38,9% había sufrido, al menos, un accidente durante la residencia, 55,6% de programas quirúrgicos y 14,3% de programas médicos. El 72,4% de los casos ocurrió en salas de cirugías y mientras se practicaba cirugía o ayudantía en 51,7%. No se reportó el 31% de los accidentes. Cursar una residencia quirúrgica aumenta el riesgo tres veces: Razon de Prevalencia (RP)=3,17 (IC95% 1,27-7,94) (p=0,014). El hecho de haber sufrido un accidente biológico como estudiante de pregrado da una RP=2,55 (IC95% 1,53-4,27) (p<0,001).

Discusión. Los accidentes biológicos son frecuentes en la población de residentes, con prevalencias reportadas entre 65% y 74%. Los residentes de especializaciones quirúrgicas tienen un riesgo mayor; se ha reportado que hasta 83% han sufrido, al menos, un accidente, frente a 61% en residentes médicos, y que, para el quinto año de posgrado, hasta 99% lo habrán sufrido. Además, se han reportado prevalencias altas de infección por VIH y virus de la hepatitis C en pacientes de servicios quirúrgicos. Se debe insistir en el reporte de los accidentes para garantizar un manejo adecuado que reduzca las tasas de seroconversión.

01-066

Quemaduras eléctricas, 13 años de experiencia en una unidad especializada

Juan Carlos Valencia, Ricardo Ferrada, Juan Pablo Trochez, Nathaly Martínez, Carlos Solarte, Sergio Mina, Julián Puerta, Héctor Álvarez, Yamileth Ortiz

Hospital Universitario del Valle

Cali, Colombia

jkvalencia@gmail.com

Introducción. Las quemaduras eléctricas producen lesiones graves que pueden producir la pérdida de la función de una o varias partes del cuerpo, infecciones, trastornos de la función cardiaca, falla renal, falla orgánica múltiple y aun la muerte. El Hospital Universitario del Valle cuenta con una unidad especializada para el manejo de quemados y es centro de referencia para el suroccidente de Colombia. En el presente trabajo se muestra la experiencia del manejo en pacientes con quemaduras eléctricas que requirieron su ingreso a la sala, en un periodo de 13 años.

Materiales y métodos. Se realizó un trabajo de tipo retrospectivo y descriptivo, con un análisis multivariado, en el cual se incluyeron 288 pacientes que ingresaron a la Unidad de Quemados, de agosto de 1995 a diciembre de 2008. Se incluyeron todos los pacientes con quemaduras ocasionadas por alto voltaje o quienes sufrieron quemaduras por bajo voltaje pero con compromiso importante en uno o varios órganos, y se excluyeron los que sufrieron quemaduras por bajo voltaje que, después de observación clínica en el servicio de urgencias, no tenían criterios de hospitalización.

Las variables estudiadas fueron edad, sexo, etiología de la quemadura (alto voltaje, más de 1.000 V; bajo voltaje, menos de 1.000 V), labor realizada por la víctima en el momento de sufrir la lesión, órganos comprometidos en el sitio de contacto primario y secundario, niveles de creatinina y CPK, necesidad de fasciotomía o amputaciones, infecciones asociadas, pérdida de función, estancia hospitalaria, necesidad de cuidados intensivos y mortalidad.

Resultados. El 83,6% de los pacientes eran económicamente activos y la edad promedio fue de 29,2 años; los hombres representaron el 88% de los

casos; en 86% de los casos la quemadura fue ocasionada por alto voltaje; 37% de los casos ocurrieron el hogar y 47% laborando; en 75% ocurrió contacto directo con la fuente de energía; las principales áreas de primer contacto fueron la mano derecha (36%) y el tórax (16%).

El electrocardiograma sólo presentó alteraciones en 3% de los casos; los niveles de CPK fueron mayores de 1.000 U/l en 50% de los pacientes, mientras que la creatinina fue de 0,88 mg/dl, en promedio, y sólo fue mayor de 1,3 mg/dl en 6,9%. Se presentó mioglobulinuria en 21% de los casos; 13,88% de los pacientes requirieron fasciotomía de urgencia, mientras que sólo 7% requirió liberación del túnel carpiano. Fue necesario realizar amputaciones en 34% de los pacientes y la más frecuente fue la del miembro superior derecho, en 11 pacientes; en 27% de los casos hubo infecciones asociadas. El 12% de los pacientes requirió su ingreso a la unidad de cuidados intensivos, con un promedio de estancia de 4,08 días. El promedio de estancia hospitalaria, en general, fue de 19,5 días y la mortalidad fue de 1%.

Discusión y conclusiones. Las quemaduras eléctricas son causa de graves daños en el organismo y requieren un manejo en una unidad especial. A pesar de la gravedad de los casos, se presenta una mortalidad muy baja.

OTROS

01-006

Experiencia del servicio de telesalud en consulta de cirugía

Roosevelt Fajardo, José Ignacio Valenzuela, Yuli Guzmán, Saskia Prasca
Fundación Santa Fe de Bogotá
Bogotá, Colombia
roosevelt.fajardo@fsfb.edu.co

Introducción. La Fundación Santa Fe de Bogotá ofrece el servicio de telesalud para diagnóstico, tratamiento y educación en salud a distancia, en tiempo sincrónico y asincrónico. Ofrece, también, un servicio de asesoría médica gratuita por Internet llamado Doctor Chat®. Presentamos los resultados del seguimiento a la experiencia como una solución innovadora para mejorar el acceso a la información y los servicios de salud.

Materiales y métodos. Se analizó la información y la clasificación de las teleconsultas de cirugía atendidas

en el periodo comprendido entre febrero y mayo de 2009 en el Centro de Telesalud, y entre septiembre de 2007 y mayo de 2009 a través de Doctor Chat®.

Resultados. El Centro de Telesalud atendió 53 consultas, 0,2% correspondieron a várices de otros sitios, 0,13% a várices de miembros inferiores, 0,11% a insuficiencia venosa, 0,05 % a colelitiasis, hernia umbilical y hernia inguinal, y 0,12 % a otros diagnósticos. A través del servicio de Doctor Chat®, de 1.127 consultas médicas, 37 (3.29%) de cirugía general y 26 (2.31%) estuvieron relacionadas con trasplante de órganos y tejidos.

Discusión y conclusiones. El desarrollo de este tipo de servicios de telesalud representa una alternativa práctica e innovadora para la comunidad en general. Sin embargo, es necesario incrementar el uso de esta herramienta en áreas de difícil acceso a servicios de medicina especializada, para así obtener un impacto significativo en la población, que beneficie particularmente a las comunidades más vulnerables.

01-010

Curso de fundamentos

en cirugía por laparoscopia por telemedicina: experiencia de la *University of Toronto* y el Hospital Universitario San Vicente de Paúl

Óscar Henao, Allan Okrainec, Jaime Escallón, Juan Sierra, Juan Pablo Toro
Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia
juanpablotorov@une.net.co

Introducción. El curso *Fundamentals of laparoscopic surgery* (FLS) es un módulo educativo basado en CD-ROM y telemedicina, diseñado para brindarles a los cirujanos generales y a los residentes los fundamentos de la cirugía mínimamente invasiva, con un formato científicamente aceptado y una herramienta para la medición cognitiva y de habilidades técnicas. Es supervisado por el *American College of Surgeons* y *The Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons* (SAGES) quienes otorgan una certificación a quienes aprueban la evaluación del programa.

Materiales y métodos. Se presenta la experiencia del Hospital Universitario San Vicente de Paúl en Medellín.

Resultados. El curso se desarrolló en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl en el 2008. Fue dirigido por docentes del programa de cirugía mínimamente invasiva de la *University of Toronto* por medio de teleconferencias y prácticas interactivas en vivo. Participaron cinco cirujanos generales del hospital y cinco residentes de cirugía general, quienes recibieron soporte teórico en CD-ROM y entrenamiento básico en simuladores de laparoscopia. El programa incluyó un pretest de 2 horas y 8 sesiones de 3 horas cada una. En la última sesión se hizo una evaluación escrita y práctica, que fue aprobada por la mayoría.

Conclusión. Es factible realizar el curso FLS a través de telemedicina, otorgando a residentes y cirujanos una oportunidad invaluable de adquirir habilidades básicas en cirugía por laparoscopia y obtener certificación internacional.

01-016

Experiencia inicial en cirugía por laparoscopia con incisión única

*Fernando Arias, Andrés Durán,
Mónica Rodríguez, Nimia Pardo, Isabel Cristina
Cañón, Luis Carlos Vélez, Rolando Martínez*
Fundación Santa Fe de Bogotá
Bogotá, Colombia
farias00@hotmail.com

Objetivo. Mostrar la experiencia inicial con la cirugía por laparoscopia con incisión única en el Hospital Universitario de la Fundación Santa Fe de Bogotá.

Materiales y métodos. Se presenta una serie de casos, a los que se les realizó cirugía por laparoscopia con incisión única. Se evaluaron las siguientes variables: edad, sexo, procedimiento, dispositivo, tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria, dolor posoperatorio, presencia de infección del sitio operatorio, conversión y satisfacción cosmética. Los pacientes se dividieron en tres grupos según el procedimiento realizado: apendicetomía, colecistectomía y otros. En este último se incluyeron varios procedimientos, como gastrectomía tubular, biopsia de ganglio, resección de quiste mesentérico, esplenectomía, gastrostomía, cistogastrostomía y gastroyeyunostomía.

Se utilizaron cuatro dispositivos: Triport®, Gelport®, Silsport® y un dispositivo híbrido compuesto por un separador de Alexis® y un guante de látex.

Resultados. Se intervinieron 35 pacientes en el periodo de julio del 2008 a mayo del 2009. El tiempo quirúrgico promedio fue de 55,6 minutos para las apendicetomías, 141,2 minutos para las colecistectomías y 188,2 minutos para los otros procedimientos. La estancia hospitalaria fue de 7,5 horas, en promedio, para las apendicetomías; 7,1 horas, en promedio, para las colecistectomías, y 106,6 horas, en promedio, para los otros procedimientos. El 91,4 % de los pacientes calificaron con 5 el grado de satisfacción cosmética. El 71,4% de los pacientes refirieron dolor menor de 4 a las 24 horas, según una escala visual análoga. Todos los casos se completaron exitosamente. No hubo complicaciones perioperatorias relacionadas con la utilización de esta técnica. Ninguna de las intervenciones se convirtió a cirugía convencional por laparoscopia o a cirugía abierta.

Discusión y conclusiones. La cirugía por laparoscopia con incisión única es una técnica factible, con resultados similares a los obtenidos con múltiples puertos, en algunos casos seleccionados. Cuenta con la ventaja adicional de un resultado cosmético excelente, pues deja una cicatriz umbilical única e imperceptible.

01-050

Telemedicina: educación en América sin fronteras, casos complejos de trauma

Diego Peña, William Sánchez
Hospital Militar Central
Bogotá, Colombia

Objetivos. Realizar presentación de casos clínicos mediante la implementación de videoconferencias con hospitales de trauma de Brasil y Estados Unidos. Evaluación de residentes en la toma de decisiones en casos complejos de trauma y cirugía general.

Materiales y métodos. A través de teleconferencias iniciamos discusiones académicas con hospitales de nivel I de trauma de Brasil y Estados Unidos. Se analizaron prospectivamente los pacientes con traumas serios recibidos en los servicios de urgencias de cada hospital y se discutieron de forma retrospectiva. Se requirió la participación de ingenieros de sistemas para configurar el vínculo con los hospitales. Las cámaras de video y los programas usados fueron compatibles. Se realizó examen oral a los residentes antes y después de cada discusión.

Resultados. Desde septiembre de 2008 hasta la actualidad, el Hospital Militar Central (Bogotá), el *Ryder Trauma Center* (Miami), el *Walter Reed Hospital* (Washington), el Hospital de la Santa Casa (São Paulo) y el Hospital Universitario del Estado de Amazonas (Manaos) hemos estado conectados simultáneamente cada viernes.

Las reuniones empiezan a las 8:00 a.m. y la duración de cada presentación es de 80 minutos (rango, 67 a 120 minutos). Quince horas se han dedicado al programa desde su inicio y se han presentado 10 casos. La presentación está a cargo del residente y del cirujano tratante. Durante la presentación se formulan preguntas que son contestadas por cada hospital en forma consecutiva.

Los temas de discusión han sido: control de daños en soldados con trauma militar grave, rescate militar aeromédico, manejo endovascular urgente y cirugía experimental. Se han evaluado 14 residentes. Todos mostraron mejoría en los exámenes y en la evaluación primaria de los pacientes con traumatismo múltiple.

Discusión y conclusiones. Nuestra experiencia podría ser útil para los centros de trauma en donde la admisión por trauma penetrante es reducida. La discusión de los casos clínicos y el aprendizaje secundario es útil en el proceso de aprendizaje de residentes y mejora la toma de decisiones en el servicio de urgencias.

01-076

Objeto de aprendizaje: nudos quirúrgicos 1

Fabio Francisco Mantilla

Universidad Pontificia Bolivariana

Envigado, Colombia

fabiomantilla@une.net.co

Introducción. En el medio académico colombiano no se dispone de objetos de aprendizaje para la enseñanza y autoaprendizaje de los nudos quirúrgicos. Se aporta una herramienta útil, construida pedagógicamente, probada en estudiantes y residentes del área quirúrgica de la Facultad de Medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana. Es eficaz para el aprendizaje de los nudos quirúrgicos. Enseña paso a paso los tipos de nudos quirúrgicos, teniendo en cuenta la posición de la aguja y evitando los accidentes de riesgo biológico. Se muestra la importancia de hacer nudos verdaderos y cómo evitar las «nudas» o nudos falsos, que llevan a fallas de la sutura.

Materiales y métodos. Se diseñó y construyó este objeto de aprendizaje mediante una estructura para navegar, con fotos y videos que ilustran la forma de hacer nudos verdaderos y evitar «nudas». Permite trabajar secuencias lentas, medias y rápidas. Se busca automatismo. Incluye el mapa conceptual para una visión ordenada del aprendizaje. Señala las actividades y las acciones de aprendizaje, y permiten guiar al estudiante y facilitar su aprendizaje. Requiere un módulo de aprendizaje de nudos que simula tensión, y permite trabajar en las cuatro direcciones del sistema cardinal. Los videos están montados sobre Windows Media.

Resultados. El uso de este objeto de aprendizaje permite que el 95% de los estudiantes alcance la competencia de «aprender a usar los nudos quirúrgicos» utilizando 12 horas de trabajo presencial y 30 horas de trabajo autónomo, a lo largo de 16 semanas, dentro del curso «Técnicas quirúrgicas» que, también, incluye aprender a suturar heridas en piel de cerdo y en cadáveres frescos en el Anfiteatro Municipal. No se ha hecho una evaluación del aprendizaje autónomo sin presencia del docente.

Conclusión. Este objeto de aprendizaje posee un valor de gran utilidad pedagógica en el logro de la competencia de «aprender y usar nudos quirúrgicos» en estudiantes y residentes del área quirúrgica. Puede ser útil en otras disciplinas como Medicina Veterinaria.