



VIDEOS

SISTEMA GASTROINTESTINAL

03-002

Hernia paraesofágica con hernia diafragmática derecha concomitante y encarcelamiento gástrico

Luis Fernando Álvarez, Astolfo Franco

Centro Médico Imbanaco

Cali, Colombia

lfalvarez@imbanaco.com.co

Introducción. Una hernia hiatal es una alteración de la anatomía de la unión esófago-gástrica: las estructuras que normalmente están confinadas al abdomen, atraviesan el hiato esofágico.

Las hernias hiales son de cuatro tipos. En el tipo I, o por deslizamiento, el hiato se encuentra agrandado y la membrana freno-esofágica presenta una laxitud circunferencial. La membrana freno-esofágica permanece intacta. El tipo II, o hernia paraesofágica, es un defecto localizado de la membrana freno-esofágica. La unión gastro-esofágica permanece fija en la cavidad abdominal y, el fondo gástrico, localizado hacia el mediastino. El tipo III es una combinación de las dos anteriores. En algunos casos, la totalidad del estómago se encuentra por encima del diafragma y está rotado, lo que provoca un vólvulo gástrico. El tipo IV es un gran defecto de la membrana freno-esofágica, a través del cual el estómago, e igualmente otras vísceras, pueden migrar hacia el mediastino.

Materiales y métodos. Se presenta el video editado del caso de una paciente de 44 años quien, mientras ingería sus alimentos, empezó a presentar vómito persistente,

por lo cual consultó a urgencias, donde se le tomó una TC de tórax que mostró herniación de la totalidad del estómago hacia el hemitórax derecho. Hacía ocho meses se le había practicado una funduplicatura tipo Nissen por laparoscopia, por síntomas de reflujo gastro-esofágico.

Resultados. Con técnica por laparoscopia se le practicó: reducción del estómago, duodeno y epiplón herniados hacia el hemitórax derecho y el mediastino, disección del saco herniario, rafia del hemidiafragma derecho, plicatura de los pilares diafragmáticos y una nueva funduplicatura tipo Nissen. No presentó complicaciones posquirúrgicas.

Discusión y conclusiones. Una de las complicaciones de la funduplicatura es el deslizamiento hacia el mediastino. En este caso, se presentó acompañada por una gran herniación hacia el hemitórax derecho. No se puso material protésico debido a la encarcelación y sufrimiento gástrico evidenciados. Esta afección es susceptible de tratarse por laparoscopia.

03-003

Doble divertículo de Meckel: resección por laparoscopia

Roosevelt Fajardo, Johnny Fuentes,

Virginia Cuevas

Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá

Bogotá, Colombia

roosevelt.fajardo@fsfb.edu.co

Introducción y objetivos. El divertículo de Meckel, como remanente del conducto onfalomesentérico,

generalmente es único en el 2% de la población. Se presenta la resección de dos divertículos de Meckel, de los cuales, uno fue hallado incidentalmente en la laparoscopia diagnóstica. Se correlacionan los hallazgos clínicos, paraclínicos y de laparoscopia.

Materiales y métodos. Se trata de una mujer de 72 años con dolor abdominal de 24 horas de evolución, de tipo cólico, difuso, con distensión abdominal, vómito y tenesmo rectal, deshidratación grado II, taquicardia y febrícula, y dolor a la palpación en el cuadrante inferior derecho. La TC y el hemograma fueron indicativos de respuesta inflamatoria.

Resultados. La laparoscopia diagnóstica evidenció dos divertículos de Meckel, uno sano y el otro con un proceso inflamatorio, distanciados 30 cm entre sí. En la patología se informó lo siguiente: se recibieron dos fragmentos de aspecto de saco: el primero, sin alteraciones histológicas y sin otro tipo de epitelio especializado; el segundo, con infiltrado inflamatorio (predominio de neutrófilos), formación de abscesos y presencia de tejido ectópico de la mucosa del antro gástrico.

La evolución posquirúrgica fue adecuada.

Discusión y conclusiones. Al encontrar normalidad en uno de los divertículos, se continuó la exploración por laparoscopia y se identificó y resecó otro divertículo de Meckel que presentaba compromiso inflamatorio correspondiente a los hallazgos de imaginología.

No es común hallar dos divertículos de Meckel en un paciente. En presencia de hallazgos quirúrgicos iniciales normales en un paciente con un cuadro abdominal agudo, se hace necesaria la búsqueda de otras alteraciones que expliquen el cuadro clínico.

03-004

Herniorrafia gigante del hiato, manejo por laparoscopia

Raúl Eduardo Pinilla

Hospital de la Policía Nacional, Fundación Hospital San Carlos
Bogotá, Colombia
radipisa@hotmail.com

Introducción. La hernia paraesofágica gigante se considera una infrecuente presentación de hernia del hiato, en la cual el estómago, o una gran parte de éste,

migra a la cavidad torácica a través de un importante defecto herniario. Usualmente, se presenta en pacientes mayores y acarrea una importante morbilidad y mortalidad si no se trata de forma oportuna pues frecuentemente se asocia a complicaciones, como sangrado, estrangulación y perforación.

El tratamiento quirúrgico de elección para este padecimiento es la reparación por laparoscopia, con procedimiento antirreflujo asociado o sin él, puesto que, así como en el resto de las alteraciones del complejo esófago-gástrico, el abordaje mínimamente invasivo trae insuperables ventajas con respecto al abordaje abierto.

Objetivos. Mostrar la utilidad de la cirugía por laparoscopia en el manejo de la hernia paraesofágica gigante e identificar los pasos quirúrgicos aceptados en su tratamiento quirúrgico.

Materiales y métodos. Se trata de una presentación de caso.

Resultados. Posterior al procedimiento, el seguimiento postoperatorio clínico y radiológico muestra mejoría de total de sintomatología.

Discusión y conclusiones. La cirugía por laparoscopia de la hernia paraesofágica es segura. Sin embargo, se necesitan estudios con seguimiento a largo plazo para demostrar estadísticamente estos resultados. El abordaje por laparoscopia es el indicado en las alteraciones del hiato esofágico y en el manejo de las hernias paraesofágicas gigantes, puede llevarse a cabo de forma segura, siguiendo técnicas estandarizadas y con la debida experiencia en cirugía avanzada por laparoscopia.

03-007

Gastrectomía total y reconstrucción en Y de Roux por laparoscopia

Juan Camilo Ramírez, Adriana Córdoba,

Giovanny Ríos, Santiago Medina

Hospital de San José

Bogotá, Colombia

egriod@hotmail.com

Introducción. El cáncer gástrico se considera el décimo cáncer más frecuente, según la estadística mundial. En la década de los 30 ocupaba el primer lugar entre los tumores malignos, y sólo gracias a la modificación del estilo de vida con prevención, identificación de factores

de riesgo y un diagnóstico temprano con endoscopia, se puede ofrecer un tratamiento curativo.

La gastrectomía total y subtotal son procedimientos que demandan una técnica refinada y un momento preciso en la evolución de la enfermedad y el estado clínico del paciente.

Resultados. Se presenta un caso de adenocarcinoma gástrico. Se trata de un paciente de 63 años de edad, de sexo masculino, quien ingresó en marzo de 2009 con diagnóstico de adenocarcinoma tipo intestinal del antro, moderadamente diferenciado, sin signos radiológicos de metástasis. Fue sometido a gastrectomía total radical (D2), con reconstrucción en Y de Roux mediante técnica por laparoscopia.

Presentó una evolución posoperatoria favorable, sin complicaciones por la técnica quirúrgica y con posterior tolerancia a la vía oral, sin fugas en la anastomosis. En su evolución oncológica se ha clasificado como estadio IIIB T3N2M0, por la presencia de 10 ganglios positivos de 29 resecaos. Actualmente, cumple el primer ciclo de quimioterapia y no hay signos de recidiva tumoral. Se presenta la ejecución de la gastrectomía y la reconstrucción, paso a paso en video editado.

Discusión y conclusiones. El procedimiento quirúrgico por laparotomía, con resección gástrica total o subtotal más vaciamiento, se había convertido hasta la fecha en el pilar del manejo de esta enfermedad. Sin embargo, a pesar de que son pocos los antecedentes sobre resección gástrica mediante métodos menos invasivos como la laparoscopia, su práctica se justifica por la menor presentación de complicaciones posoperatorias, menor dolor, menor estancia hospitalaria y menor incapacidad.

Con este caso queremos presentar los avances del Hospital de San José en los procedimientos mínimamente invasivos.

03-013

Hemorragia de vías digestivas, divertículo de Meckel

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

Introducción. La laparoscopia diagnóstica tiene cabida para la identificación de sitios de sangrado oculto en

pacientes en quienes se han agotado todas las opciones de diagnóstico.

Caso clínico. Se trata de la presentación de un paciente de sexo masculino, de 33 años, que consultó a la institución por episodios de hemorragia de vías digestivas bajas, con melenas y hematoquecia.

Se practicó endoscopia de vías digestivas altas y se encontró una úlcera duodenal, la cual se manejó con escleroterapia. Posteriormente, presentó dos episodios de características similares, con necesidad de transfusiones de hemoderivados, que requirieron nuevos estudios endoscópicos de vías digestivas altas y bajas, sin que se encontrara el sitio de sangrado. Debido al último episodio, requirió hospitalización en la unidad de cuidados intensivos, con transfusión de hemoderivados y uso de somatostatina; el sangrado se autocontroló, pero se decidió hacer uso de la cápsula endoscópica, la cual no identificó lesiones susceptibles de manejo.

Resultados. Se presentó en junta multidisciplinaria y se decidió practicar laparoscopia diagnóstica, que mostró un divertículo de Meckel, en el momento sin cambios inflamatorios. Se hizo una resección por laparoscopia y el estudio de anatomo-patología mostró tejido gástrico en su interior.

El paciente ha sido controlado por tres meses, sin nuevos episodios de sangrado.

Discusión y conclusiones. Se considera que la laparoscopia diagnóstica se ha convertido en una herramienta de vital importancia para diagnosticar sitios de sangrado oculto, una vez se han agotado otras alternativas, como endoscopias, estudios de gammagrafía y cápsula endoscópica.

03-016

Gastrectomía por laparoscopia, técnica estándar

Jesús Vásquez, Juan Camilo Álvarez,
Juan Pablo Toro
Universidad CES y Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia
jcap1@une.net.co

Introducción. La gastrectomía por laparoscopia ya no hace parte de los procedimientos experimentales en cirugía, aunque debido al cáncer, todavía se está

estudiando si es posible hacer resecciones con fines oncológicos. No obstante, es claro que, en tumores tempranos, su evolución y pronóstico es el mismo que en la cirugía abierta.

Materiales y métodos. Se trata de una paciente de sexo femenino de 49 años, con diagnóstico de cáncer gástrico estadio IIA, estudiado con endoscopia, tomografía de abdomen y radiografía de tórax.

En el mismo acto quirúrgico, se le realizó laparoscopia diagnóstica y se procedió a practicar la gastrectomía, con técnica de cinco puertos. Se inició con la omentectomía verificando el plano de resección gástrico, con resección del 80%, con sutura lineal cortante y reconstrucción en Y de Roux. No se presentaron complicaciones durante el procedimiento y el tiempo quirúrgico fue de 80 minutos.

Resultados. Se practicó gastrectomía con fines oncológicos, sin complicaciones durante ni después de la cirugía. Se logró un tiempo operatorio similar al de la cirugía abierta, con estancia hospitalaria de 48 horas.

Discusión y conclusiones. La gastrectomía por laparoscopia es un método seguro y que puede ofrecer los mismos márgenes oncológicos de la cirugía abierta. Además, con el entrenamiento adecuado, no excede el tiempo quirúrgico de la cirugía abierta y, por el contrario, muestra beneficio en menor morbilidad y menor tiempo de recuperación.

03-019 **Esofaguectomías con ascenso gástrico por laparoscopia: experiencia de siete casos en el Hospital San José de Bogotá**

Juan Camilo Ramírez, Adriana Córdoba,
Gabriel Santiago Medina, Giovanni Ríos
Hospital de San José
Bogotá, Colombia
santiago_medina@hotmail.com
egriosd@hotmail.com

Introducción. La historia de la cirugía esofágica ha visto el desarrollo de diferentes técnicas quirúrgicas, cuyo objetivo final es el control de la enfermedad y el mantenimiento de la continuidad del tracto gastrointestinal. La cirugía esofágica por laparoscopia es una técnica reciente, que permite obtener tales resultados. El objetivo del trabajo es describir la

experiencia en nuestra institución con el empleo de esta técnica quirúrgica.

Materiales y métodos. Se describen los casos que ingresaron al Servicio de Cirugía General del Hospital de San José, entre diciembre de 2008 y junio de 2009, con indicación de esofaguectomía, que fueron llevados a cirugía por laparoscopia. La intervención quirúrgica se realizó en dos etapas: una disección esofágica por vía transhiatal inicial, con posterior sección y grapado del estómago, luego una cervicotomía para exteriorizar el esófago, y sección y anastomosis gastro-esofágica en un plano.

Resultados. Se intervinieron siete pacientes, cuatro hombres y tres mujeres, con una edad mediana de 47 años. Cuatro pacientes tuvieron indicación quirúrgica por adenocarcinoma de esófago, dos por acalasia recidivante y uno por estenosis péptica. El tiempo quirúrgico mediano fueron 200 minutos, con sangrado de 70 ml y estancia posoperatoria de 8 días. Un paciente presentó fuga de la esófago-gastrostomía, manejada médicamente. Al mes de seguimiento, se observó una adecuada tolerancia a la vía oral.

Discusión y conclusiones. La esofaguectomía por laparoscopia es una técnica que, en grupos expertos, presenta sangrado mínimo, estancia hospitalaria corta y recuperación temprana, y permite un adecuado manejo de las enfermedades esofágicas, tanto benignas como malignas.

03-020 **Resección de tumor del estroma gastrointestinal en curvatura menor de estómago con preservación del nervio vago posterior**

Jesús Vásquez, Carlos Alberto Lopera,
Jean Pierre Vergnaud, Sergio Díaz, Luis Sánchez,
Daniel Contreras
Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia
danielcontrerasp@hotmail.com

Introducción. El tumor del estroma gastrointestinal (*gastrointestinal stromal tumor*, GIST) es el tumor mesenquimatoso más común del sistema gastrointestinal. La principal estrategia de manejo es lograr la resección quirúrgica, con márgenes libres.

Materiales y métodos. Se presenta el caso de un paciente de 54 años con diagnóstico anatómo-patológico

de GIST de bajo grado, con una lesión de 69 mm por 74 mm de la curvatura menor del estómago y lesiones hepáticas; hubo reducción considerable del tamaño después de 6 meses de tratamiento con imatinib. Se programó para resección del tumor primario y ulterior manejo de las lesiones hepáticas.

Con técnica de cinco puertos, se disecó la curvatura gástrica menor y la unión gastro-esofágica, con mínima manipulación del tumor y preservación del nervio vago posterior. Se colocó una sonda de silicona como tutor en el esófago y la curvatura mayor del estómago, y se resecó el tumor, con una endograpadora lineal cortante. La línea de grapado se reforzó con sutura continua de polidioxanona 3-0. Se extrajo el espécimen quirúrgico con endobolsa de polivinilo, a través del puerto paramediano izquierdo ampliado.

Resultados. El procedimiento quirúrgico duró 90 minutos. La pérdida sanguínea fue mínima (80 ml). Se logró obtener bordes microscópicos libres de tumor, sin ruptura intraoperatoria del tumor, y con preservación del nervio vago posterior y de la unión gastro-esofágica. El control del dolor fue adecuado. La hospitalización duró cuatro días.

Conclusión. La resección de tumores del estroma localizados en el estómago, incluso en la curvatura menor y cerca a la unión gastro-esofágica, es factible por laparoscopia. Se logran márgenes libres de tumor, sin ruptura ni diseminación del tumor hasta en 98% de los casos, como lo reporta la literatura.

COLON Y RECTO

03-017

Colectomía derecha por laparoscopia, cada día menos invasiva: el uso del puerto único

Rafael García, Eduardo Londoño,
Fernando Arias, Rolando Martínez
Fundación Universitaria Santafé de Bogotá
Bogotá, Colombia
farias00@hotmail.com

Introducción. La introducción de técnicas por laparoscopia ha sido un acontecimiento significativo en la evolución de la cirugía en el siglo XX.

El objetivo de este reporte de caso es describir la técnica por laparoscopia usada en una colectomía derecha con

puerto único, utilizando como fundamental la experiencia que hemos obtenido en cirugía colorrectal por laparoscopia.

Materiales y métodos. La técnica incluye incisión umbilical, trocar de 10 mm y revisión de la cavidad; se amplía la incisión a 3 cm, se introduce el separador pequeño de Alexis, guante que no sea de látex, se introducen 3 trocares de 5 mm y se fijan. Se usa un lente de 30°.

Se identifica la arteria íleo-cólica y se hace disección medial a lateral, liberando el duodeno y la pared lateral del colon de la fascia de Gerota. Se liga la arteria con *ligasure*, se continúa la disección seccionando la rama derecha de la arteria cólica media y se libera el epiplón mayor del colon transversal proximal, del ángulo hepático y la gotera parieto-cólica derecha. Se drena el neumoperitoneo y se retiran los instrumentos.

La construcción extracorpórea de la anastomosis íleo-transversal se hace con sutura mecánica de GIA 80 en tres disparos, reforzada mediante puntos seromusculares invaginantes con prolene 3/0. Se reintroduce la anastomosis íleo-cólica dentro de la cavidad, se vuelven a colocar los instrumentos y a producir neumoperitoneo, se revisa y se hace hemostasia.

Discusión y conclusiones. La evolución fue satisfactoria, con estancia hospitalaria de tres días.

La cirugía laparoscópica colorrectal es segura y tiene ventajas potenciales: se reduce el dolor postoperatorio, la recuperación es más rápida y se mejora la apariencia cosmética con una incisión mínima de la piel.

03-023

Apendicectomía por un puerto: experiencia local y modificación de la técnica

Felipe Vanegas, Rogelio Matallana, Sergio Díaz,
Gonzalo Gómez
Clínica CES, Universidad CES
Medellín, Colombia
vanegasfelipe73@hotmail.com

Introducción. Se presenta un paciente de 33 años, que ingresó por un cuadro de 18 horas de dolor abdominal en fosa iliaca derecha, asociado a náuseas y a hiporexia. Se diagnosticó apendicitis aguda y se programó para cirugía.

Materiales y métodos. Se decidió usar una técnica de un solo puerto umbilical, con la utilización del dispositivo Alexis y un guante adaptado a éste, a través del cual se colocaron tres trocares para la introducción de los instrumentos.

La modificación que se le hizo a la técnica consistió en que, después de la liberación del mesoapéndice con ultrasonido o bipolar, se llevó la base del apéndice a la incisión umbilical, protegida por el Alexis, y se hizo la transfixión con sutura absorbible.

Discusión y conclusiones. Lo anterior disminuye el tiempo quirúrgico de manera importante y los costos, evitando el uso de grapadora o dispositivos como *hem-o-locks*.

03-028

Apendicectomía por puerto único, “cirugía sin cicatrices” en niños: reporte de un caso

Fernando Arias, Armando Rojas, Diana Baptista, Isabel Cristina Cañón

Hospital Universitario Fundación Santafé de Bogotá
Bogotá, Colombia
fernando.ariasmd@gmail.com
farias00@hotmail.com

Introducción. La apendicectomía por laparoscopia en niños es controversial; sin embargo, ha tomado importancia dado que el síndrome abdominal agudo es muy frecuente en urgencias pediátricas y el diagnóstico en niños es difícil. El manejo de la apendicitis aguda es quirúrgico, mediante apendicectomía abierta o por laparoscopia. Existen publicaciones de apendicectomía por laparoscopia en niños, pero pocos han descrito la practicada a través de un solo puerto.

Objetivos. Presentar un caso de apendicectomía por laparoscopia de un solo puerto en niños, realizada por nuestro equipo.

Materiales y métodos. Se practicó apendicectomía por laparoscopia de un solo puerto en una niña de 12 años, utilizando un separador de Alexis con un guante quirúrgico adaptado al mismo, tres trócares (uno de 10 mm y dos de 5 mm) y los instrumentos de laparoscopia estándar. Se disecó el mesoapéndice con *ligasure* y se ligó la base apendicular con *hem-o-lock* de 10 mm.

Resultados. No hubo complicaciones durante el procedimiento. La herida quirúrgica umbilical fue de 10 mm de longitud. El tiempo quirúrgico fue de 52 minutos y, la estancia hospitalaria, de 15 horas. Tuvo una evolución satisfactoria. En el control posoperatorio al séptimo día, la paciente se encontraba asintomática y la herida quirúrgica sin infección.

Discusión y conclusiones. Gracias a la innovación en los instrumentos quirúrgicos, es posible realizar cirugías por un solo puerto, en afecciones agudas como la apendicitis, con los beneficios de la cirugía por laparoscopia, como la disminución del riesgo de complicaciones, principalmente la infección de la herida quirúrgica.

El procedimiento es factible teniendo el entrenamiento y los equipos adecuados, con la ventaja de que no deja cicatrices visibles en el abdomen.

HIGADO Y VÍAS BILIARES

03-001

Íleo biliar, tratamiento por laparoscopia

Luis Fernando Álvarez, Olga Lucía Rojas
Centro Médico Imbanaco
Cali, Colombia
lfalvarez@imbanaco.com.co

Introducción. El íleo biliar es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal que afecta a los adultos mayores, que se presenta por la incrustación de uno o más cálculos biliares en el intestino delgado, después de pasar a través de una fístula bilio-entérica. Frecuentemente, el diagnóstico es tardío pues los síntomas suelen ser intermitentes y su tratamiento es la remoción quirúrgica o endoscópica del cálculo. El sitio más común de incrustación de los cálculos es el íleon distal y la válvula ileocecal. El íleo biliar es una complicación rara de la colelitiasis que ocurre en 0,3% a 0,4% de los pacientes y es siete veces más frecuente en mayores de 70 años.

Materiales y métodos. Se presenta el video editado del caso de una paciente de sexo femenino de 86 años de edad, con historia de un mes de evolución de dolor abdominal intercurrente. La ecografía de hígado y vesícula biliar reportó: colecistitis aguda, vesícula “hepatizada” con múltiples cálculos en su interior.

Ingresó a urgencias del Centro Médico Imbanaco, con aparente enfermedad aguda e intenso dolor a la palpación

profunda del hipocondrio derecho y signo de Murphy positivo. Con diagnóstico de colecistitis aguda y colelitiasis, se programó para colecistectomía por laparoscopia. En la cirugía se encontró: plastrón vesicular, fístula colecisto-duodenal e íleo biliar con un cálculo de 4 cm incrustado a unos 15 cm en sentido proximal a la válvula íleo-cecal.

Resultados. Con técnica por laparoscopia se le practicó: liberación del plastrón vesicular, resección de la fístula colecisto-duodenal, sutura del duodeno, colecistectomía y enterotomía en el íleon distal para la extracción del cálculo biliar.

No presentó complicaciones en la evolución posquirúrgica.

Discusión y conclusiones. Actualmente, el íleo biliar es una afección susceptible de tratarse por laparoscopia. Si las condiciones del paciente lo permiten, se debe hacer tratamiento en un solo tiempo quirúrgico (colecistectomía, resolución de la fístula colecisto-duodenal y de la entero-litotomía). Si se trata de un paciente en estado muy crítico, se debe practicar solamente la entero-litotomía después de una adecuada repleción de líquidos.

03-009

Exploración de las vías biliares mediante coledoscopia por laparoscopia

Carlos Felipe Perdomo, Fernando Arias, Nimia Pardo

Fundación Santa fe de Bogotá
Bogotá, Colombia
pipeperdomo@hotmail.com

Hipótesis. ¿Es la exploración de las vías biliares mediante coledoscopia por laparoscopia el procedimiento de elección en pacientes con antecedentes de resección gástrica y reconstrucción tipo Billroth II?

Resultados. Se presenta el video clínico de un paciente de 69 años con antecedente de una gastrectomía subtotal con reconstrucción tipo Billroth II por cáncer gástrico hace 20 años, que ingresó al servicio de urgencias por presentar dolor abdominal, fiebre e ictericia obstructiva. Se comprobó una coledocolitiasis por colangiografía. Inicialmente, el servicio de gastroenterología intentó practicar una colangiopancreatografía endoscópica retrógrada por el asa aferente, sin lograr acceder a la papila.

Se sometió a cirugía y, por laparoscopia usando un coledoscopio de 5 mm, se exploró la vía biliar por coledocotomía con extracción de un cálculo de 8 mm de diámetro. Se realizó la exploración completa de la vía biliar proximal y se observaron en forma completa los conductos hepáticos segmentarios.

No se presentaron complicaciones posoperatorias y el paciente fue dado de alta al segundo día posoperatorio.

Discusión y conclusiones. El manejo de la coledocolitiasis por laparoscopia es un procedimiento seguro con una incidencia de complicaciones y mortalidad similar a la de la colangiopancreatografía endoscópica retrógrada, como está ampliamente documentado en la literatura.

Este tipo de abordaje es costo-efectivo, pues se soluciona esta afección en un solo tiempo quirúrgico.

03-011

Colecistectomía por laparoscopia en paciente con *situs inversus totalis*

Roosevelt Fajardo, Johnny Fuentes, Saskia Praska

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

Introducción y objetivos. El *situs inversus* es una rara alteración que puede ser parcial o total; el riesgo de presentar enfermedades es similar al de las personas normales. Se presenta la colecistectomía por laparoscopia de un paciente con dolor abdominal en la línea media y en hipocondrio izquierdo que, con la ayuda de la imaginología, fue posible hacer el diagnóstico de colecistitis y colelitiasis con *situs inversus* total.

Materiales y métodos. Se trata de un hombre de 59 años con dolor abdominal de 24 horas de evolución localizado en la línea media y en el hipocondrio izquierdo, tipo cólico y con distensión abdominal. En la ecografía abdominal se encontró colecistitis y colelitiasis y *situs inversus* total; el hemograma era indicativo de respuesta inflamatoria.

Resultados. La laparoscopia diagnóstica evidenció *situs inversus* total y vesícula distendida con

cálculos en su interior. Se practicó colescistectomía por laparoscopia y se identificaron las estructuras anatómicas sin complicaciones. La evolución posquirúrgica fue adecuada. El abordaje fue por laparoscopia tradicional pero completamente invertido, con el cirujano ubicado a la derecha y el ayudante a la izquierda, y fue un poco más dispendioso de lo normal por la posición invertida de los órganos y la manipulación de la pinza de dirección.

Discusión y conclusiones. Aunque esta entidad es rara, el examen físico nos debe orientar o hacer sospechar esta posibilidad diagnóstica; las ayudas diagnósticas no sólo sirven para identificar estas alteraciones y evitar incisiones inadecuadas, sino que permiten determinar variaciones anatómicas que pueden causar confusiones durante la cirugía y dificultar la técnica quirúrgica.

03-012

Colecistectomía por un solo puerto

Ricardo Nassar, Luis Fernando Vélez, Nimia Pardo
Fundación Santa Fe de Bogotá
Bogotá, Colombia
luisfernandovelezmd@yahoo.com

Introducción. La colelitiasis es un problema común en la población mundial y Colombia no difiere en la presentación de esta entidad. Desde las primeras colescistectomías realizadas, el manejo de esta entidad no ha escapado a la tecnología y a los avances de la medicina. Desde los primeros intentos de realizar la colescistectomía por laparoscopia, cada vez más se ha procurado cambiar la técnica original, disminuyendo el número de puertos, utilizando tracción externa y hasta con la realización por un solo puerto. Esta nueva técnica se está abriendo paso en las instituciones de nivel superior de atención, buscando causar impacto en los pacientes y, sobre todo, mejorando la estética de los mismos.

Se practicó colescistectomía en una paciente de edad media, con colelitiasis sintomática y pruebas de función hepática normales, programada por la consulta externa.

Hipótesis. Realmente hay mayores ventajas en la realización de la colescistectomía por un solo puerto, en

comparación con la colescistectomía por laparoscopia convencional de tres o cuatro puertos.

Metodología. Es el reporte de un caso.

Resultados. La colescistectomía por un solo puerto no prolonga la hospitalización de los pacientes, tiene un mejor resultado estético, tiene mayor impacto sobre la sensación de bienestar de los pacientes y requiere entrenamiento para la utilización de los nuevos dispositivos.

Conclusiones. El uso de cirugía de un solo puerto ha revolucionado las técnicas actuales de cirugía, pero se requiere un entrenamiento especial para facilitar la manipulación de las estructuras con los nuevos instrumentos.

03-024

Cistectomía parcial por laparoscopia de quistes del lóbulo hepático posterior derecho

Manuel Mosquera, Akram Kadamani, Gabriel Sánchez
Fundación Cardioinfantil
Bogotá, Colombia
mmosquera@cardioinfantil.org

Introducción. En la actualidad, el uso de técnicas menos invasivas para procedimientos quirúrgicos mayores ha cobrado importancia a medida que se ha adquirido experiencia y habilidad para acceder a lugares que previamente no se creían *abordables por laparoscopia*.

Materiales y métodos. Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino, adulto mayor, quien consultó por intenso dolor en hipocondrio derecho y región dorsal, que limitaba los movimientos respiratorios y producía disnea, como síntomas principales, a diferencia de los síntomas de compresión gástrica y dispepsia que, en nuestra experiencia, han sido los más frecuentes.

Resultados. Por imágenes se demostró un quiste hepático simple gigante posterior derecho, que elevaba el hemidiafragma por adherencia. Por la gammagrafía hepatobiliar y la colangiorresonancia, había dudas sobre una posible comunicación con la vía biliar después de una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica fallida con posterior retroneumoperitoneo; no se presentaron síntomas de respuesta inflamatoria sistémica

o abdomen agudo y se manejó médicamente, y se obtuvo una buena evolución.

Posteriormente, se intervino quirúrgicamente mediante técnica con mínima invasión, con buen resultado. Se presenta el procedimiento haciendo énfasis en las dificultades técnicas por su localización, adherencia y características de la cápsula.

CIRUGÍA BARIÁTRICA

03-005

Manga gástrica en paciente con *situs inversus*

Juan Carlos Góngora, Hernando Vélez,

Fernando Gómez

Intergastro, Clínica Medellín

Medellín, Colombia

juancgongora@hotmail.com

Introducción. Se trata de practicar una cirugía bariátrica en un paciente con antecedente de *situs inversus*. Sólo hay un caso de manga gástrica publicado a la fecha, en este tipo de paciente.

Materiales y métodos. Se trata de una paciente femenina de 45 años de edad con obesidad mórbida tipo III, un índice de masa corporal de 42, y con enfermedades concomitantes, como hipertensión arterial, dislipidemia, artropatías y apnea del sueño. Como antecedente personal, tenía un *situs inversus*. Se programó para cirugía bariátrica tipo *bypass* gástrico por laparoscopia.

Con la paciente en decúbito supino y bajo anestesia general, se aplicó la técnica por laparoscopia con cinco trócares ubicados en espejo con respecto al método convencional. Se procedió a la evaluación de la cavidad y se encontró *situs inversus* con un importante síndrome de adherencias entre asas y un recubrimiento hermético peritoneal de todas las asas que impedía hacer un *bypass* gástrico. Por lo tanto, se procedió con una manga gástrica.

Se disecó la curvatura mayor desde 7 cm del píloro hasta el pilar derecho, se pasó bujía 42 French y se practicó la gastrectomía con sutura mecánica. Se reforzó la línea de sutura mecánica con sutura manual de polipropileno 2-0. Se introdujo un tubo de drenaje a la cavidad. El procedimiento tomó 70 minutos. Se realizó un estudio

radiográfico con contraste al día siguiente y se dio de alta, previa tolerancia a la vía oral.

Resultados. No se presentaron complicaciones tempranas ni tardías. La paciente ha perdido 42 kilos (87%) de sobrepeso y tiene un índice de masa corporal de 26,16 meses después del procedimiento. No toma medicamentos para la hipertensión arterial ni para la dislipidemia. Toma una multivitamina diaria. Asiste a los controles de los servicios de cirugía bariátrica, nutrición y psicología. Su calidad de vida es óptima.

Discusión y conclusiones. La manga gástrica por laparoscopia es un procedimiento posible y efectivo en pacientes con *situs inversus*. El grupo quirúrgico debe prepararse para manejar una anatomía e imagen en espejo. El espacio quirúrgico es más estrecho. Debe haber una experiencia amplia en casos con anatomía normal, antes de realizar esta cirugía en estos pacientes.

Este caso fue presentado en el congreso mundial IFSO 2008, en Buenos Aires, Argentina. Sólo hay un caso reportado en la literatura.

03-008

***Bypass* gástrico en Y de Roux con gastrectomía subtotal por laparoscopia**

Carlos Lopera, Jesús Vásquez, Sergio Díaz,

Jean Vergnaud, Juan Toro

Universidad de Antioquia

Medellín, Colombia

juanpablotorov@une.net.co

Introducción. El *bypass* gástrico en Y de Roux se ha convertido en el procedimiento bariátrico más frecuentemente realizado. Sin embargo, aún existe controversia con respecto al manejo del remanente gástrico excluido, especialmente, en pacientes con riesgo alto de desarrollar adenocarcinoma o con lesiones premalignas ya comprobadas.

Materiales y métodos. Se presenta el caso de una paciente obesa y con sospecha de adenocarcinoma *in situ* del antro, a quien se le practicó un *bypass* gástrico en Y de Roux con gastrectomía subtotal por laparoscopia.

Resultados. Se trata de una paciente de 54 años, de sexo femenino, con obesidad mórbida y antecedente de hipertensión arterial y dislipidemia, con índice de masa

corporal de 45 kg/m² y candidata para *bypass* gástrico en Y de Roux.

Durante los estudios preoperatorios se encontró una úlcera del antro gástrico, cuya biopsia endoscópica sugería adenocarcinoma *in situ*.

Se practicó *bypass* gástrico en Y de Roux con gastrectomía subtotal por laparoscopia, técnica de 5 puertos, con neumoperitoneo de 15 mm Hg. El tiempo operatorio fue 200 minutos, el sangrado estimado fue de 300 ml y no se presentaron accidentes durante la cirugía. La evolución fue satisfactoria, con una estancia hospitalaria de tres días en sala general. El reporte definitivo de anatómo-patología confirmó el diagnóstico de adenocarcinoma. El seguimiento de la paciente ha demostrado una adecuada pérdida del exceso de peso, sin evidencia de recidiva tumoral.

Discusión y conclusiones. El *bypass* gástrico en Y de Roux y la gastrectomía subtotal por laparoscopia pueden llevarse a cabo de manera segura en el mismo acto operatorio, sin mayor morbilidad adicional. La resección por laparoscopia del cáncer gástrico temprano es una práctica aceptada y efectiva, con muy buenos resultados en este caso en particular.

HERNIAS

03-010

Eventroplastia reproducida por laparoscopia

Carlos Felipe Perdomo, Johnny Mauricio Fuentes,
María Paula Usta, Esteban Velázquez
Fundación Santa fe de Bogotá
Bogotá, Colombia
pipeperdomo@hotmail.com

Hipótesis. ¿Es seguro el abordaje por laparoscopia para la reparación de eventraciones reproducidas?

Materiales y métodos. Se presenta el video clínico de una paciente de 55 años procedente de Aruba, a quien un año antes el servicio de cirugía plástica le había practicado una abdominoplastia. Al tercer mes posoperatorio, le comprobaron una eventración sintomática en el flanco izquierdo, que fue reparada con sutura primaria por el mismo cirujano plástico; se presentó recurrencia al primer mes posoperatorio. Posteriormente, la paciente viajó a Barranquilla, donde nuevamente y por abordaje convencional

abierto, le colocaron una malla de Polipropileno en el defecto.

Posterior a esto, la paciente presentó dolor continuo en el flanco derecho que se exacerbaba con la deambulación y disminuía en forma importante su calidad de vida.

Fue remitida a la Fundación Santa Fe de Bogotá, en donde fue valorada y se solicitó una tomografía abdominal que demostró una eventración reproducida por segunda vez, aproximadamente, de 10 por 8 cm, en relación con el colon izquierdo.

Fue sometida a cirugía por laparoscopia, con la paciente en decúbito lateral derecho a 45 grados. Se colocó una malla de poliéster de 15 cm por 20 cm con recubrimiento de colágeno y fijada con *tackers* de titanio, sin complicaciones. En el video se anexan las fotos de la tomografía abdominal, la posición de la paciente y la colocación de los puertos.

Resultados. La duración total del procedimiento quirúrgico fue de 90 minutos. No se presentaron complicaciones durante ni después de la cirugía. Se manejó en forma ambulatoria y con analgésicos comunes. El dolor crónico sobre el flanco izquierdo desapareció.

Discusión y conclusiones. Se sugiere que la laparoscopia es un abordaje seguro y beneficioso en pacientes con eventraciones primarias y reproducidas.

Los avances en el desarrollo de nuevos materiales protésicos, nuevos dispositivos y técnicas para la colocación de la malla, reducen la morbilidad posoperatoria y las recurrencias, y mejoran la calidad en el cuidado del paciente.

03-014

Herniorrafia transperitoneal por laparoscopia

Ricardo Nassar, Roosevelt Fajardo, Nimia Pardo,
Luis Fernando Vélez
Fundación Santa Fe de Bogotá
Bogotá, Colombia
luisfernandovelezmd@yahoo.com

Introducción. Con los avances tecnológicos de la humanidad, se han desarrollado nuevas tecnologías para el uso médico. El manejo de las hernias, en especial, ha evolucionado permitiendo crear nuevas técnicas y modificar algunas de las ya existentes. Los métodos

mínimamente invasivos han permitido desarrollar la herniorrafia transperitoneal por laparoscopia.

Hipótesis. La herniorrafia transperitoneal por laparoscopia en un método seguro, con mejores resultados estéticos y con menos complicaciones que los procedimientos abiertos, ideal para la reparación de hernias recidivantes.

Método. Se presenta un caso en el cual se realizó herniorrafia con esta técnica.

Resultados. Es un procedimiento sencillo, con mejor resultado estético, sin complicaciones como seromas, que permite realizar el reparo de hernias bilaterales por la misma incisión; su costo es superior al del procedimiento abierto.

Discusión y conclusiones. La herniorrafia transperitoneal por laparoscopia es un procedimiento con claras ventajas sobre los procedimientos abiertos. Evita la aparición de complicaciones locales, como seromas e infecciones del sitio operatorio, y permite la reparación de hernias recidivantes con resultados equiparables a los del mejor procedimiento por técnica abierta para esta entidad.

SISTEMA VASCULAR

03-006

Manejo híbrido, una opción de tratamiento en patología compleja de aorta

*Juan Guillermo Barrera, Camilo Espinel,
Ligia Cecilia Mateus, Laura Juliana Quiroga*
Fundación Cardiovascular de Colombia
Floridablanca, Colombia
drjuangbarrera@yahoo.com

Introducción. El manejo híbrido de la aorta toraco-abdominal es una opción para el tratamiento de patologías complejas de la aorta, permitiendo la exclusión de aneurismas que comprometen las ramas viscerales.

Se presenta el caso de una paciente que requirió, además de la exclusión del aneurisma de la aorta toraco-abdominal y revascularización de las ramas viscerales, corrección de fugas internas posteriores al procedimiento.

Material y métodos. Se presenta el caso de una paciente de 71 años con hipertensión, diabética, fumadora pesada, con aneurisma toraco-abdominal de más de 6 cm de

diámetro que comprometía las ramas viscerales, asintomática.

Se hizo tratamiento híbrido de la aorta toraco-abdominal por tiempos; inicialmente, se realizó revascularización con derivaciones de la aorta a la arteria renal derecha, renal izquierda, tronco celiaco y mesentérica superior, con injertos de dacrón. Evolucionó sin complicaciones.

A los 30 días, se realizó un segundo tiempo de tratamiento vascular con angioplastia de la arteria renal derecha, renal izquierda y mesentérica superior por estenosis significativa y exclusión de la aorta toraco-abdominal con prótesis rectas. La paciente evolucionó sin complicaciones.

En el seguimiento a los 21 meses, la paciente requirió corrección de fugas internas en dos oportunidades; el día de hoy está completamente excluido el aneurisma.

Resultados. Se practicó procedimiento vascular híbrido sin morbilidad perioperatoria ni en el seguimiento a dos años; se manejó satisfactoriamente la corrección de fugas internas por vía vascular.

Discusión y conclusiones. Con el advenimiento de las técnicas vasculares se han ampliado las opciones en el manejo de patologías complejas de aorta, aunque no se ha demostrado la efectividad del manejo híbrido, es posible en nuestra institución ofrecer esta técnica a los pacientes con compromiso de ramas viscerales.

ENDOCRINO

03-018

Cistogastrostomía por laparoscopia de puerto único, abordaje y tratamiento del pseudoquistes pancreático

*Fernando Arias, Juan Carlos Robayo,
Rolando Martínez*
Fundación Universitaria Santafé de Bogotá
Bogotá, Colombia
farias00@hotmail.com

Introducción. El manejo quirúrgico del pseudoquistes pancreático ha sufrido cambios en las últimas décadas; desde la cistogastrostomía, la cistoduodenostomía o cistoyeyunostomía en Y de Roux, hasta técnicas menos invasivas, radiológicas o endoscópicas. La

cistogastrostomía laparoscópica mínimamente invasiva de puerto único es una alternativa efectiva y segura. Se presenta un caso.

Materiales y métodos. Con el paciente en posición francesa, se hizo una incisión umbilical y se introdujo un trocar de 10 mm. Se produjo neumoperitoneo a presión de 15 mm Hg, Con un lente de laparoscopia de 30°, se observó una masa retrogástrica que elevaba el cuerpo y el antro gástricos, desplazando el mesocolon transverso. Se amplió la incisión a 2,5 cm y se insertó un multipuerto *SILSport*. Se pusieron puntos de reparo en la pared gástrica y se completó la disección del píloro con *ligasure* de 5 mm a 5 cm del píloro.

Se identificó la zona más elevada de la pared posterior del estómago y se incidió la mucosa con electrocauterio; se visualizó la pared del pseudoquiste, la que se abrió para pasar la endograpadora *GIA 45 roticulator*, y se hizo la anastomosis con el estómago. Se hizo el cierre anterior del estómago utilizando los puntos de reparo con endograpadora *GIA 60 y 45 roticulator*, con refuerzo con puntos de seda 3-0 y sutura seromuscular invaginante, y se retiró el borde gástrico.

Discusión y conclusiones. Aunque la experiencia es limitada, nuestro procedimiento fue seguro y efectivo. Mejoró el confort del paciente, se disminuyó su estancia hospitalaria y se recobró de manera más rápida su actividad normal, luego de tres días de hospitalización.

03-030

Pancreatectomía distal por laparoscopia con esplenectomía por lesión quística grande compatible con cistoadenoma mucinoso

Manuel Mosquera, Carlos Felipe Chaux, Akram Kadamani, Gabriel Sánchez
Fundación Cardioinfantil
Bogotá, Colombia

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

El tratamiento quirúrgico de tumores pancreáticos, tanto de la cabeza como del cuerpo y la cola, se realiza de forma abierta con incidencia no despreciable de complicaciones posoperatorias. Entre las ventajas del procedimiento por laparoscopia se encuentran menor

dolor y la aparición de íleo menos frecuente, y regreso a la actividad normal en forma más temprana.

Según la experiencia quirúrgica en este tipo de procedimientos, el uso de una visión ampliada permite una mejor exposición de las estructuras críticas con posibilidad de reseca lesiones cada vez más grandes, aunque se incurre en un mayor tiempo quirúrgico. En cuanto al costo-beneficio, hacen falta más experiencias.

Se presenta el video del procedimiento en una mujer, adulta joven, con dolor crónico en el hipocondrio izquierdo, que había sido estudiada y evaluada en otra institución, con diagnóstico de tumor quístico pancreático. Inicialmente, se le practicó drenaje percutáneo del mismo, con recidiva en corto tiempo y antígeno carcinoembrionario elevado en el líquido de drenaje. Por esta razón, se consideró candidata a cirugía para resección quirúrgica por laparoscopia, procedimiento que se acompañó de esplenectomía por la adherencia del tumor al bazo. Se muestran las variaciones en la técnica y las dificultades en la realización del procedimiento.

TRAUMA

03-027

Reparación de herida cardiaca con parche de dacrón

Arbey Ruano, Guillermo Julián Sarmiento, Jorge Herrera
Universidad del Cauca
Popayán, Colombia
arbeyruga@hotmail.com

Introducción. En Colombia, el trauma ha pasado a ser la primera causa de muerte, con una incidencia mayor en los jóvenes entre los 20 y los 25 años. Se estima que 25% de las muertes son consecuencia de lesiones torácicas, entre las cuales las penetrantes corresponden al 96%. En Estados Unidos es la tercera causa de muerte y el 10% se le atribuye a trauma cardiaco penetrante. El reparo de las heridas cardiacas, de acuerdo con su clasificación, se puede realizar con sutura primaria utilizando material no absorbible o parches sintéticos para la corrección de defectos grandes.

Reporte del caso. Se presenta un paciente de 35 años que, en enero del 2009, sufrió una herida por arma corto-contundente en el área precordial. Ingresó al servicio de urgencias del Hospital Universitario San

José (Popayán) con inestabilidad hemodinámica y se trasladó a la sala de cirugía donde se practicó una toracotomía antero-lateral izquierda. Se encontró hemotórax de 500 ml, hemopericardio de 200 ml y una herida de 3 cm en ventrículo izquierdo que comprometía toda su pared hasta llegar a la cavidad. Inicialmente, se hizo una rafia primaria con prolene pero fue imposible afrontar el músculo cardiaco y quedó un defecto de 2 cm, el cual se cubrió con un parche de dacrón de 3 cm por 3 cm. La evolución clínica en su posoperatorio fue buena.

TUMORES

03-022

Importancia de la técnica combinada para mejorar la detección del ganglio centinela

Diego Vanegas, William Sánchez, Daniel Gómez, Tulio Torres

Hospital Militar Central,
Universidad Militar Nueva Granada
Bogotá, Colombia

Introducción. El estado de los ganglios axilares es aceptado universalmente como el elemento pronóstico más poderoso en el carcinoma temprano de seno. El grado de compromiso axilar determina, asimismo, diferentes alternativas de manejo y terapias adyuvantes. Antes del desarrollo de las diferentes técnicas de ganglio centinela, la disección de los niveles I y II de la axila eran el estándar de manejo, con un grado de morbilidad secundaria importante.

El ganglio centinela ha demostrado un grado de efectividad equivalente a la disección extensa de la axila, pero con menor morbilidad, lo que lo ha convertido en el método de elección. La técnica combinada del radiotrazador y la técnica con tinciones vitales han sido estudiadas y comparadas con las técnicas individuales, y es mejor por el incremento de la efectividad en la identificación y en la resección de los ganglios centinelas de la axila.

Materiales y métodos. Presentamos un video donde mostramos la combinación de las dos técnicas (radiocoloide de sulfuro de tecnecio-azul de metileno) para la identificación del ganglio centinela en una paciente con una lesión no palpable BI RADS IVb, altamente sugestiva de un proceso maligno.

Resultados. Mostramos en nuestro video cómo se incrementa la eficacia en la detección del ganglio centinela con la combinación de ambas técnicas, al registrar la resección de dos ganglios centinelas, uno de los cuales estaba marcado *in vivo* y *ex vivo* por la gammasonda (2.154 U 1x correspondiente al 10% esperado del tumor primario, el cual marcó 20.100) pero no se tiñó de azul, y otro teñido de azul con alto registro del radiotrazador *in vivo* y *ex vivo*, centinela dominante.

Discusión. El valor del ganglio centinela en la estadificación y el pronóstico en el abordaje del cáncer de seno en estadios tempranos ha sido claramente definido desde su introducción al acervo de manejo de esta patología, y dados sus resultados, está proyectado que será el estándar de manejo de la axila para la detección del compromiso metastásico temprano de la misma.

Aun siendo una técnica relativamente fácil y accesible, falta mucho para que esté disponible en todos los centros; sin embargo, está claro que depende de la disponibilidad del recurso en cada institución, más que del entrenamiento de los grupos que manejan la patología mamaria. Debido al impacto que tiene en el pronóstico de vida en una enfermedad de alta prevalencia, preconizamos en nuestro trabajo la importancia no sólo de la aplicación de la técnica para la detección del ganglio centinela, sino la combinación de las mismas para incrementar su grado de certeza y, por ende, su eficacia en el manejo de esta patología.

TECNOLOGÍAS

03-021

Drenaje de absceso esplénico por laparoscopia

Carlos Lopera, Jesús Vásquez, Jean Pierre Vergnaud, Sergio Díaz, Luis Sánchez, Daniel Contreras

Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia
danielcontrerasp@hotmail.com

Introducción. El absceso esplénico es una entidad infrecuente, de difícil diagnóstico y con alta mortalidad si no se trata. El tratamiento se basa en el drenaje quirúrgico y terapia antibiótica.

Materiales y métodos. Se presenta el caso de un paciente de 41 años, en quien persistió el dolor en

hipocondrio izquierdo después del tratamiento de una neumonía, en quien se demostraron abscesos esplénicos en la TC. Se programó para drenaje guiado por laparoscopia.

Con técnica de cinco puertos y usando un bisturí armónico, se liberó el plastrón periesplénico. Se logró drenar los abscesos esplénicos y remover el tejido necrótico. Se lavó con solución salina normal tibia y se aspiró. Se dejó tubo de drenaje.

Resultados. El procedimiento quirúrgico tomó 70 minutos. Se logró el drenaje completo de los abscesos

esplénicos. En el cultivo del contenido del absceso se identificó *Pseudomonas aeruginosa* positiva para β -lactamasas de espectro extendido y sensible a carbapenem.

Conclusión. Los abscesos esplénicos están asociados a condiciones que predisponen a ello, como una bacteriemia. La primera elección de manejo es el drenaje quirúrgico. La técnica por laparoscopia es una opción que permite el drenaje completo y de manera segura.