

ASOCIACIÓN
COLOMBIANA
DE
CIRUGÍA

TRABAJOS LIBRES, CASOS CLÍNICOS,
VIDEOS Y PÓSTERES

XXXVI CONGRESO NACIONAL AVANCES EN CIRUGÍA
27 AL 30 DE JULIO DE 2010
CENTRO DE CONVENCIONES GONZALO JIMÉNEZ DE QUESADA
BOGOTÁ, D.C., COLOMBIA

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA



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

COMITÉ EDITORIAL

GABRIEL CARRASQUILLA, MD, PhD (Bogotá)
RODOLFO DENNIS, MD, PhD (Bogotá)
JOHN DUPEPLY, MD, PhD (Bogotá)
FABIÁN EMURA, MD, PhD (Bogotá)
FABIÁN MÉNDEZ, MD, MSc, PhD (Cali)
ÁLVARO MONCAYO, MD, MPH (Bogotá)

GUSTAVO PRADILLA, MD, MSc (Bucaramanga)
ÁNGELA RESTREPO, MD, PhD (Medellín)
DIEGO ROSSELLI, MD, MEd (Bogotá)
ÁLVARO SANABRIA, MD, MSc, PhD (Bogotá)
GUSTAVO VALBUENA, MD, PhD (Houston)

COMITÉ CIENTÍFICO

JUAN ASENCIO, MD (Estados Unidos)
ITALO BRAGHETTO, MD (Chile)
JORGE CERVANTES, MD (México)
ATILA CSENDES, MD (Chile)
JAIME ESCALLÓN, MD (Canadá)
ENRIQUE MORENO, MD (España)
CARLOS PELLEGRINI, MD (Estados Unidos)
PATRIZIO PETRONE, MD (Estados Unidos)
AURELIO RODRÍGUEZ, MD (Estados Unidos)
MIGUEL RODRÍGUEZ-BIGAS, MD (Estados Unidos)
RICARDO ROSSI, MD (Chile)

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA

JUNTA DIRECTIVA 2009 - 2011

Presidente

SAÚL RUGELES, MD - Bogotá

Vicepresidente

OSWALDO BORRÁEZ, MD - Bogotá

Fiscal Médico

JOSÉ EDMAR REAL, MD - Barranquilla

Secretario

WILLIAM SÁNCHEZ, MD - Bogotá

Secretario suplente

ÓSCAR GUEVARA, MD - Bogotá

Tesorero

CAMILO OSORIO, MD - Bogotá

Tesorero suplente

ALBERTO ROA ROSSI, MD - Bogotá

Vocales principales

LÁZARO ARANGO, MD - Manizales

ADRIANA CÓRDOBA, MD - Bogotá

GIOVANNY ASCIONE, MD - Cali

GUSTAVO LANDAZÁBAL, MD - Bogotá

CARLOS MORALES, MD - Medellín

Vocales suplentes

JESÚS CURE, MD - Barranquilla

ARTURO VERGARA, MD - Bogotá

ALEJANDRO MÚNERA, MD - Medellín

JESÚS VALLE, MD - Barranquilla

GILBERT MATEUS, MD - Ibaguè

Revisor Fiscal

Sr. JORGE ANTONIO MONTERO - Bogotá

Consejo Asesor (ex presidentes)

HERNANDO ABAÚNZA, MD - Bogotá

JOSÉ FÉLIX PATIÑO, MD - Bogotá

CAMILO CABRERA, MD - Bogotá

ERIX BOZÓN, MD - Bogotá

ASSAAD MATUK, MD - Bogotá

HUMBERTO ARISTIZÁBAL, MD - Medellín

JAIME DE LA HOZ, MD - Bogotá

JAIME ESCALLÓN, MD - Toronto

ARMANDO GONZÁLEZ, MD - Cali

FRANCISCO HENAO, MD - Bogotá

CARLOS LERMA, MD - Medellín

JULIO ALBERTO NIETO, MD - Bogotá

STEVENSON MARULANDA, MD - Bogotá

MARTINIANO JAIME, MD - Medellín

COMITÉS CONSULTIVOS

COMITÉ EJECUTIVO

SAÚL RUGELES, MD - Presidente
OSWALDO BORRÁEZ, MD - Vicepresidente
WILLIAM SÁNCHEZ, MD - Secretario
CAMILO OSORIO, MD - Tesorero
JOSÉ EDMAR REAL, MD - Fiscal Médico
HERNANDO ABAÚNZA, MD - Director Ejecutivo
LÁZARO ARANGO, MD - Representante de vocales

COMITÉ DE CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA

Coordinador: JUAN DAVID HERNÁNDEZ, MD - Bogotá
MANUEL MOROS, MD - Cúcuta
LEONARDO CARRASCAL, MD - Cúcuta
GERMÁN ROSETO, MD - Pasto
JEAN PIERRE VERGNAUD, MD - Medellín

COMITÉ DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

Coordinador: NATÁN ZUNDEL, MD - Miami
LUCAS BOJANINI, MD - Medellín
RAMI MIKLER, MD - Bogotá
JOSÉ PABLO VÉLEZ, MD - Cali
FERNANDO QUIROZ, MD - Cali

COMITÉ DE METABOLISMO QUIRÚRGICO

Coordinador: ALFONSO ORLANDO RODRÍGUEZ, MD - Bucaramanga
CHARLES BERMÚDEZ, MD - Bogotá
LUIS FERNANDO CONDE, MD - Cúcuta
ANDRÉS CHALA, MD - Manizales

COMITÉ DE EDUCACIÓN Y BIOÉTICA

Coordinador: FRANCISCO HENAO, MD - Bogotá
LILIAN TORREGROSA, MD - Bogotá
LUIS GERARDO GARCÍA, MD - Bogotá

COMITÉ DE POLÍTICAS EN SALUD

Coordinador: WILLIAM FLYE, MD - Bogotá
ARTURO HAZBUN, MD - Barranquilla
GERMÁN RENGIFO, MD - Ibagué

COMITÉ DE INFECCIONES

Coordinadora: MA. FERNANDA JIMÉNEZ, MD - Bogotá
NORTON PÉREZ, MD - Villavicencio
MA. ISABEL VILLEGAS, MD - Medellín
JOHN HENRY MOORE, MD - Bogotá
CARLOS ORDÓÑEZ, MD - Cali

COMITÉ DE TRAUMA

Coordinador: RICARDO URIBE, MD - Bogotá
FABIÁN PUENTES, MD - La Dorada
FELIPE MATAMOROS, MD - Cúcuta
JORGE OSPINA, MD - Bogotá

COMITÉ DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Coordinador: LUIS FERNANDO ÁLVAREZ, MD - Cali
JOAQUÍN TIBERIO VALENCIA, MD - Medellín
RAÚL EDUARDO PINILLA, MD - Bogotá
EDUARDO VALDIVIESO, MD - Bogotá
RAFAEL POLO, MD - Santa Marta
HÉCTOR ADOLFO POLAÑA, MD - Neiva
LUIS IGNACIO LONDOÑO, MD - Medellín

COMITÉ DE CIRUGÍA DIGESTIVA

Coordinador: SERGIO HOYOS, MD - Medellín
JAIME RUBIANO, MD - Cali
HÉCTOR LÓPEZ, MD - Pasto
MARIO REY, MD - Bogotá
EDUARDO LONDOÑO, MD - Bogotá
CARLOS MARTÍNEZ, MD - Bogotá
JHON FREDDY VALLEJO, MD - Cali
JOSÉ IGNACIO RESTREPO, MD - Medellín

COMITÉ DE CIRUGÍA VASCULAR

Coordinador: GERMÁN GÓMEZ, MD - Bogotá
GUILLERMO BARRERA, MD - Bucaramanga
HÉCTOR PARRA, MD - Girardot

CONTENIDO

Presentación	8
01 - Trabajos libres	9
02 - Casos clínicos	37
03 - Videos	61
04 - Pósteres	77
Índice de autores	81

PRESENTACIÓN

Gracias al esfuerzo del Comité Editorial de la *Revista Colombiana de Cirugía*, de la Junta Directiva de la *Asociación Colombiana de Cirugía* y del Comité Científico del *XXXVI Congreso Nacional “Avances en Cirugía”*, por tercer año consecutivo estamos haciendo entrega del suplemento con los resúmenes de los trabajos inscritos al congreso, evaluados por pares científicos.

Estamos convencidos de que es un documento muy útil para todos los que practicamos la cirugía en nuestro país, pues nos permite presentar las experiencias propias y, además, conocer los avances de otros grupos quirúrgicos, lo cual enriquece la práctica de la cirugía a nivel nacional.

Esperamos que esta publicación sea de su entero agrado.

Cordialmente,

José Félix Patiño, MD, MACC, FACS
Editor

Mónica Bejarano, MD, MACC, MSc.
Editora Asociada



TRABAJOS LIBRES

CABEZA Y CUELLO

01-006

Terapia con yodo radiactivo bajo estímulo con hormona estimulante tiroidea recombinante humana en carcinoma bien diferenciado de tiroides

*Fernando José Pereira, Sergio Zúñiga,
Flor María Quintero, Juan Carlos Ramírez,
Benjamín Orozco*

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

Introducción. En pacientes con carcinoma bien diferenciado de tiroides, la terapia con yodo radioactivo (I^{131}) tiene el objetivo de tratar en individuos considerados de alto riesgo, remanentes o residuos locales posteriores a la cirugía y las metástasis. Para optimizar la captación del I^{131} las concentraciones de TSH deben ser superiores a 30 mU/L; estas concentraciones se obtienen suspendiendo la supresión hormonal con levotiroxina (L-T4) por un período promedio de cuatro semanas. Sin embargo, la experiencia ha demostrado que la suspensión de la dosis de supresión hormonal puede acarrear dificultades para los pacientes con remanentes tiroideos o enfermedad metastásica, y para los pacientes en quienes el hipotiroidismo es muy mal tolerado y puede tener consecuencias serias.

Objetivo. Evaluar la eficacia, la tolerabilidad y la seguridad de la terapia con I^{131} bajo estímulo con hormona estimulante tiroidea recombinante humana (*recombinant human thyroid-stimulating hormone, rhTSH*).

Materiales y métodos. Se llevó a cabo un estudio retrospectivo de cohorte en los Servicios de Cirugía Oncológica de Cabeza y Cuello y Medicina Nuclear del Instituto de Cancerología y la Clínica Las Américas de Medellín entre el 1° de junio de 2007 y el 1° de junio de 2009. Se incluyeron todos los pacientes que habían recibido ablación con I^{131} bajo estímulo con rhTSH.

Se hizo un análisis univariado con medidas descriptivas de resumen para las variables cuantitativas, y de frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas.

Resultados. Se analizaron 27 pacientes, de los cuales, 24 eran mujeres (88,8%); el rango de edad fue de 10 años a 89 años, con una media de 52 años. Las dosis empleadas de I^{131} estuvieron entre 120 mCi y 300 mCi, con una media de 208 mCi; la indicación para la administración del I^{131} con rhTSH fue: enfermedad metastásica en 19 casos (70%), remanentes o restos tiroideos en 5 casos (18,5%) y 3 pacientes por enfermedades concomitantes de importancia (11%); con respecto al tipo histológico todos los cánceres eran bien diferenciados, así: cáncer papilar tiroideo, 22 casos (81,5%); microcarcinoma papilar tiroideo, 2 casos, y cáncer folicular tiroideo, 3 casos; los dos casos de microcarcinoma papilar fueron por enfermedad metastásica. Sólo un paciente falleció en el periodo de seguimiento, los demás se encuentran estables y sin progresión de la enfermedad.

Conclusión. La terapia con I^{131} a altas dosis bajo estímulo con rhTSH es segura en los pacientes de alto riesgo y en presencia de enfermedades concomitantes.

Con ella se proporciona una adecuada calidad de vida, se logra paliación en los casos avanzados y se evitan todas las consecuencias del estado de hipotiroidismo grave por la suspensión de la supresión hormonal.

01-017

Es posible predecir la necesidad de traqueostomía en pacientes intubados en la unidad de cuidados intensivos

Álvaro Enrique Sanabria, Ximena Gómez, Neil Valentín Vega, Luis Carlos Domínguez, Camilo Osorio

Universidad de La Sabana y Fundación Abood Shaio
Chía, Colombia
alvarosanabria@gmail.com

Introducción. Se acepta que en los pacientes intubados en la unidad de cuidados intensivos, la traqueostomía temprana disminuye la estancia y el riesgo de estenosis traqueal. La realización temprana depende de la capacidad de predecir el éxito del retiro del tubo. El objetivo fue determinar los factores que pueden predecir la necesidad de traqueostomía al tercer día de intubación.

Materiales y métodos. Se diseñó un estudio prospectivo de tipo cohorte histórica. Se calculó un tamaño de muestra de 327 pacientes. Se recolectó la información de variables clínicas, paraclínicas y de índices de pronóstico, al ingreso y al tercer día. El desenlace fue la necesidad de traqueostomía. Se hizo un análisis multivariado para determinar las variables asociadas significativamente.

Resultados. El 63% de los pacientes fueron hombres con edad promedio de 60±17 años. El 26% requirió traqueostomía. El 79% permanecía intubado al tercer día. El 47% tuvo como indicación de asistencia respiratoria mecánica en el periodo posoperatorio.

Las variables con asociación fuerte fueron: cirugía electiva (OR=7,0; IC_{95%} 1,6-30,4), urgencia quirúrgica causada por enfermedad médica (OR=5,14; IC_{95%} 2,1-12,3), enfermedad médica sin cirugía (OR=3,8; IC_{95%} 1,4-10,6); neumonía (OR=2,45; IC_{95%} 1,1-5,5) y puntaje de Glasgow menor de 8 (OR=2,0; IC_{95%} 1,1-3,8). Al tercer día, 64% tenía algún factor de riesgo y, de éstos, 41% requirió traqueostomía contra 18% de los que no tenían ningún factor de riesgo.

Discusión. La presencia de alguno de los factores de riesgo puede ayudar a tomar una decisión quirúrgica más precoz. No fue posible obtener un modelo pronóstico de mejor desempeño.

01-019

Experiencia en la reconstrucción mandibular con colgajo microvascular de peroné por resección oncológica, Hospital Universitario San Ignacio

Luis Eduardo Nieto, Luis Eduardo Bermúdez, Juan Carlos Zambrano

Hospital Universitario San Ignacio y Facultad de Medicina
Bogotá, D.C., Colombia
j@javeriana.edu.co

Introducción. Diversas patologías oncológicas de cirugía de cabeza y cuello requieren la mandibulectomía como parte del tratamiento, lo cual siempre ha representado uno de los grandes retos para el cirujano reconstructivo.

Los defectos mandibulares crean secuelas serias tanto funcionales como estéticas, y la reconstrucción primaria con colgajos libres de peroné, microirrigados, ha permitido proporcionar una alternativa de excelentes resultados que les permite a los pacientes con mandibulectomía un retorno precoz a una adecuada calidad de vida y el completar los tratamientos adyuvantes.

Objetivo. Se presenta la experiencia del manejo interdisciplinario del Hospital Universitario San Ignacio en la reconstrucción microquirúrgica de mandíbula.

Materiales y métodos. Se revisaron 15 casos de pacientes de reconstrucción mandibular con colgajo libre de peroné y seguimiento de 24 meses, y se hizo un repaso de las indicaciones, la técnica, las complicaciones y las recomendaciones para esta técnica.

Resultados. La técnica microquirúrgica permite la reconstrucción mandibular utilizando hueso irrigado de alta calidad que soporta la terapia adyuvante en casos de patología oncológica y ofrece estabilidad para las cargas de fuerza a las que se somete esta estructura vital para la masticación y la estética facial.

Conclusión. La reconstrucción mandibular con colgajo libre de peroné representa los últimos adelantos

en el manejo multidisciplinario de la patología oncológica mandibular por las ventajas reconstructivas y bajas tasas de complicaciones y morbilidades concomitantes.

01-025

Comportamiento del cáncer diferenciado de tiroides en el Hospital Universitario de Neiva

Adonis Tupác Ramírez, Gerly Vanessa Rincón, Gelithza Fernanda Tole, Richard Andrés Silva
Hospital Universitario de Neiva y Universidad Surcolombiana
Neiva, Colombia
adoracu74@hotmail.com

Introducción. El cáncer de tiroides es la neoplasia maligna más frecuente del sistema endocrino. En el departamento del Huila no se cuenta con una caracterización de la población, del tipo histológico del tumor ni de los resultados del tratamiento quirúrgico recibido; esta información permitiría conocer a fondo el comportamiento de esta enfermedad y tomar decisiones clínicas importantes.

Materiales y métodos. Se recopiló información de 58 pacientes con cáncer bien diferenciado de tiroides en el Hospital Universitario de Neiva, durante el periodo de 2003 a 2008, con variables del paciente, el tumor, la intervención quirúrgica, las complicaciones y la supervivencia. Los datos se analizaron en el programa Epi-Info.

Resultados. La variedad papilar fue la más frecuente (82,75%), mientras que la variedad folicular y la de Hurthle representaron el 8,6% cada una. La mayoría de los casos estaba en el rango de 30 a 50 años (63,7%); 88% eran mujeres.

El 44% estaba en estadio I, el 29% en estadio II, el 15% en estadio III y un caso en estadio IV. Las complicaciones correspondieron a hipoparatiroidismo, transitorio en 32,75% y definitivo en 10,34%, y lesión transitoria o definitiva del nervio laríngeo recurrente en 3,4%.

Conclusiones. El carcinoma papilar de tiroides fue predominante, con mayor prevalencia, en mujeres. La población estudiada no presentó antecedentes de importancia. De las complicaciones posquirúrgicas evaluadas, el hipoparatiroidismo y la lesión del nervio laríngeo recurrente fueron frecuentes, datos similares a los encontrados en literatura mundial.

01-026

Cirugía tiroidea sin uso de drenaje, experiencia en el Hospital Universitario de Neiva

Adonis Tupác Ramírez, Catherine Salazar
Hospital Universitario de Neiva y Universidad Surcolombiana
Neiva, Colombia
adoracu74@hotmail.com

Introducción. La cirugía de tiroides es un procedimiento quirúrgico relativamente común y, hasta hace unos años, era obligatorio el uso rutinario de drenaje. Los diferentes estudios han demostrado que no hay ninguna diferencia en las complicaciones respecto al uso de drenaje, y se notó que los procedimientos asociados a drenaje incrementaban la estancia hospitalaria. Desde hace dos años en nuestro hospital se implementó no usar de forma rutinaria el drenaje.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio retrospectivo descriptivo de serie de casos.

Resultados. Se revisaron 71 historias clínicas de los procedimientos de tiroides realizados entre los años 2008 y 2009, en los cuales no se usó ningún tipo de drenaje. Se encontraron los siguientes resultados. Hubo complicaciones, como dos hematomas, dos seromas o una infección del sitio operatorio, en 7% de los casos. El peso promedio de la glándula fue de 59 g (rango, 20 g a 400 g). El tipo de procedimiento fue tiroidectomía total en 44% (31), tiroidectomía subtotal en 42% (30) y tiroidectomía total más vaciamiento central en 14% (10).

Conclusiones. El uso de drenaje posterior a cirugía tiroidea no debe ser un procedimiento de rutina. El no usar drenaje no incrementa la morbilidad respecto a la presencia de seromas, hematomas o infección del sitio operatorio, y es una conducta segura. En nuestra institución el uso del drenaje está reservado sólo para los bocios gigantes o para la cirugía tiroidea asociada a vaciamiento ganglionar lateral de cuello.

01-034

BACAF en cáncer de tiroides, experiencia en el Hospital Universitario del Valle

Jaime Rubiano, Alden Pool Gómez
Universidad del Valle y Hospital Universitario del Valle
Cali, Colombia
aldenpool4@hotmail.com

Introducción. El cáncer de tiroides comprende un grupo de tumores con diferentes historias naturales; por

ejemplo, el carcinoma papilar es uno de los tumores con mejor pronóstico y supervivencia de todos –mayor del 95%, a 20 años– mientras que el carcinoma anaplásico se considera el más maligno, con supervivencia a 5 años de 0%. En medio de este espectro, se encuentra el carcinoma folicular con pronóstico y supervivencia intermedios.

La biopsia por aspiración con aguja fina (BACAF) de la glándula tiroidea es una prueba de detección, principalmente, y, también es diagnóstica en muchas condiciones. La gran sensibilidad, combinada con los bajos resultados de falsos negativos, es lo que patólogos y cirujanos buscan en la prueba. No obstante, su interpretación es difícil cuando se informa neoplasia folicular, porque la naturaleza del nódulo resulta incierta.

Objetivo. Conocer las diferentes variables diagnósticas (sensibilidad, especificidad, *likelihood ratio* positivo y negativo de la biopsia con aguja fina de la tiroidea en el Hospital Universitario del Valle

Materiales y métodos. Consistió en la revisión retrospectiva de las 170 citologías reportadas durante el periodo de 2004 a 2009.

Resultados. El reporte más común fue el de carcinoma papilar. No existió un patrón determinado ni hubo consenso en el reporte de las citologías, ya que se utilizan múltiples terminologías; se propone uno, el de carcinoma folicular.

Conclusión. Con la biopsia por aspiración con aguja fina se obtuvo una exactitud diagnóstica similar a la informada en la literatura universal.

01-035

Neoplasia folicular: ¿todas se deben operar?

Jaime Rubiano, Alden Pool Gómez

Universidad del Valle

Cali, Colombia

aldenpool4@hotmail.com

Introducción. El cáncer de tiroidea suele presentarse como un nódulo, aunque sólo una minoría de los nódulos tiroideos es maligna. Los nódulos tiroideos son frecuentes en personas mayores de 40 años; 4% a 10% de ellos son palpables y hasta 60% se pueden detectar mediante ecografía tiroidea. Debido a que sólo 5% a 30% son malignos y necesitan tratamiento quirúrgico, es necesaria una evaluación precisa para evitar cirugías innecesarias.

Por el contrario, cuando un nódulo tiroideo corresponde a una neoplasia folicular tiroidea, 90% son benignos y 10% son malignos. En la actualidad, la conducta aceptada es la extirpación quirúrgica.

Objetivo. Revisar los reportes del Hospital Universitario del Valle de carcinoma folicular en las tiroidectomías y compararlos con los resultados de la biopsia por aspiración con aguja fina (BACAF) reportados como neoplasia folicular, y revisar la literatura para proponer guías de reporte y manejo.

Materiales y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo sobre los reportes de patología de las tiroidectomías realizadas en el hospital, desde 2004 hasta 2009, y se compararon con las citologías practicadas durante el mismo periodo.

Resultados. De los 38 pacientes con reporte de neoplasia folicular en la biopsia, 24 fueron sometidos a cirugía. En tres de ellos se encontró un tumor maligno: dos de tipo folicular y uno de tipo papilar. Esto muestra que en 90% de los pacientes sometidos a cirugía, ésta se practicó en forma innecesaria.

Conclusión. Se necesita consenso entre patólogos y cirujanos, para el reporte y el manejo de la neoplasia folicular de tiroidea, pues se está practicando cirugía innecesaria en 90% de los casos reportados como este tipo de tumor en la biopsia por aspiración con aguja fina.

01-041

Presentación clínica, causas y tratamiento quirúrgico del hiperparatiroidismo en Bucaramanga, Colombia

Álvaro Antonio Herrera-Hernández,

Ricardo Andrés Liendo, Jonathan Liendo,

Julio Alexander Díaz-Pérez

Universidad Industrial de Santander, Hospital Universitario de Santander y Universidad de Santander

Bucaramanga, Colombia

juliodiaz_82@yahoo.com

Introducción. El hiperparatiroidismo es causado por una excesiva producción de hormona paratiroidea por una o más glándulas paratiroides. La causa más común del hiperparatiroidismo primario es el adenoma de la paratiroides. Se han realizado notables avances en el tratamiento de esta enfermedad.

Objetivo. Describir las características clínicas, biológicas y terapéuticas de los pacientes intervenidos quirúrgicamente por hiperparatiroidismo en Bucaramanga, Colombia.

Materiales y métodos. Se realizó un estudio descriptivo prospectivo en los pacientes intervenidos quirúrgicamente por hiperparatiroidismo primario, en tres hospitales o clínicas de Bucaramanga.

Resultados. Se estudiaron 21 pacientes con hiperparatiroidismo, 10 hombres y 11 mujeres, con una edad media de 45 ± 16 años. En 11 de 21 pacientes se presentó hiperparatiroidismo primario y en 10 de 21, hiperparatiroidismo secundario renal. Uno de los pacientes presentó en forma concomitante un bocio tiroideo multinodular. Las causas del hiperparatiroidismo primario fueron en 10 de 11 adenoma de paratiroides y 1 de 11 carcinoma de paratiroides. Los 10 casos de hiperparatiroidismo secundario fueron por hiperplasia.

Se practicó paratiroidectomía subtotal en 6 de 21 casos, paratiroidectomía más tiroidectomía en 1 de 21 casos, paratiroidectomía total en 9 de 21 casos, paratiroidectomía subtotal más trasplante autólogo en 2 de 21, parotidectomía inferior izquierda en 1 de 21, parotidectomía superior derecha en 1 de 21 y parotidectomía inferior derecha en 1 de 21. Todos los pacientes presentaban síntomas óseos que mejoraron en su totalidad después de la intervención. En todos los pacientes se normalizó el calcio sérico en el periodo posoperatorio. Como complicaciones quirúrgicas se observó un caso de síndrome de hueso hambriento. No se presentó ninguna muerte luego de una mediana de 15 meses de seguimiento.

Conclusiones. En este trabajo se describen las características de los pacientes con hiperparatiroidismo. El tratamiento quirúrgico es la piedra angular de su manejo, lo cual fue evidente por la alta tasa de respuesta favorable observada mediante la normalización del calcio sérico en el periodo posoperatorio.

01-042

Características de los pacientes con parálisis facial posterior a parotidectomía

Álvaro Antonio Herrera-Hernández,
Tatiana Suárez, Ricardo Andrés Liendo,
Julio Alexander Díaz-Pérez

Hospital Universitario de Santander
y Universidad de Santander
Bucaramanga, Colombia
juliodiaz_82@yahoo.com

Introducción. La parálisis facial es una complicación del tratamiento quirúrgico de las enfermedades de la glándula parótida. Esta complicación puede prevenirse con el empleo de técnicas quirúrgicas adecuadas, además del uso de aumentos y de estimulador de nervio periférico.

Objetivo. Determinar las características de los pacientes con parálisis del nervio facial posterior a parotidectomía.

Materiales y métodos. Se realizó un estudio descriptivo de los pacientes con enfermedades de la glándula parótida manejadas quirúrgicamente, desde enero de 2000 a diciembre de 2009.

Resultados. Se estudiaron 80 pacientes intervenidos quirúrgicamente por lesiones de la glándula parótida, con una edad media de $51,37 \pm 17,7$ años y una relación mujer:hombre de 1,2:1. Todos los pacientes consultaron por masas (tamaño, $36,46 \pm 19,9$ mm); de éstos, siete pacientes (8,97%) presentaron parálisis facial previa a la cirugía.

Los diagnósticos histopatológicos fueron: 30 adenomas pleomorfos, 8 tumores de Warthin, 7 carcinomas mucoepidermoides, 7 sialoadenitis crónicas, 5 oncocitomas, 2 adenomas de células basales, 2 metástasis, 2 adenocarcinomas NOS (*not otherwise specified*), 2 quistes linfoepiteliales benignos, y un caso de carcinoma mioepitelial-epitelial, carcinoma adenoideo quístico, carcinoma ex adenoma pleomorfo, carcinoma de células acinares, fibromatosis, hemangioma cavernoso, linfoma, lesión linfoepitelial, lipoma, mioepitelioma, tumor de células gigantes, tumor oncocítico, cistadenocarcinoma, carcinoma escamocelular y enfermedad de Castleman.

Sesenta y dos de estos casos fueron intervenidos con parotidectomía superficial, diez con parotidectomía total con conservación del nervio facial y cinco con parotidectomía radical con nervio facial. Después de la intervención, se observaron 22 casos de parálisis transitoria (28,2%) y 8 (10,3%) casos de parálisis permanente.

Conclusiones. En este estudio se analizó un grupo relevante de pacientes intervenidos quirúrgicamente por

enfermedades de la glándula parótida. Es de destacar la baja observación de casos de parálisis facial posterior a la parotidectomía; ocho pacientes en esta serie de 80 presentaron esta complicación.

01-044

Osteonecrosis inducida por bisfosfonatos

Alejandra Rojas, Paolo Verona, Diego Chávez
Hospital Militar Central y Universidad Militar Nueva Granada
Bogotá, D.C., Colombia
dra_rojas@cirujanosfaciales.com

Introducción. La osteonecrosis de los maxilares inducida por bisfosfonatos fue reportada inicialmente por Marx en 2003; se define como la exposición ósea dolorosa de este hueso facial e, inicialmente, fue reportado en estas dos estructuras anatómicas únicamente. Esta forma de osteonecrosis es muy similar a la osteopetrosis, pero no debe ser confundida en su diagnóstico con entidades de exposición ósea similares de etiología conocida, como la osteorradionecrosis y la osteomielitis, entre otras. La frecuente formulación de estos medicamentos, el desconocimiento de la enfermedad y la escasa remisión a servicios odontológicos, constituyen un gran problema para su diagnóstico y manejo, lo cual nos enfrenta posiblemente a un problema.

Objetivo. Identificar los pacientes en riesgo de desarrollar la enfermedad y reconocer aquéllos que la presentan, ubicándolos en su estadio, y presentar el manejo quirúrgico.

Material y método. Se presenta un estudio retrospectivo de los casos manejados en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Militar Central, con seis pacientes con diagnóstico de osteonecrosis inducida por bisfosfonato, con un promedio de edad de 64,2 años (rango, 59,4 a 69,3 años), con un promedio de 12 meses de seguimiento y con diagnóstico asociado de mieloma múltiple y osteoporosis, entre otros. Todos los pacientes eran del sexo femenino.

Resultados. Dos pacientes en estadio III se manejaron con hemimandibulectomías parciales y colocación de placas de reconstrucción mandibular. El resto de pacientes permanecen con manejo de la enfermedad de base y tratamiento de sus síntomas con analgésicos, ciclos de antibióticos y enjuagues orales antisépticos, entre otros.

Conclusión. El reto más importante de los servicios de cirugía oral y maxilofacial es socializar la presentación de esta enfermedad, debido al desconocimiento de su existencia y, más aún, a su difícil manejo. En otros países donde se ha podido lograr este objetivo, la osteonecrosis inducida por bisfosfonatos se ha convertido en un problema de salud, mientras que en Colombia está completamente subdiagnosticada.

TÓRAX

01-021

Cirugía toracoscópica por dos puertos asistida por video, experiencia en la Clínica Universitaria San Juan de Dios

Edgard Eduardo Gutiérrez, Efrén Cantillo, Claudia Roa, Nair Bobadilla
Universidad de Cartagena
y Clínica Universitaria San Juan de Dios
Cartagena de Indias, Colombia
ecantillo81@gmail.com

Introducción. La cirugía toracoscópica asistida por video (*Video-Assisted Thoracoscopic Surgery*, VATS) puede practicarse a través de uno, dos o tres puertos, y es controversial cuál de los abordajes es superior.

Objetivo. Evaluar las características clínicas de los pacientes en quienes se realizaron procedimientos con la técnica con dos puertos, determinando el porcentaje de complicaciones y de conversión a cirugía convencional.

Materiales y métodos. Se trató de un estudio descriptivo, retrospectivo, de tipo serie de casos en pacientes en quienes se realizaron procedimientos con cirugía toracoscópica por dos puertos asistida por video en la Clínica Universitaria San Juan de Dios, en el periodo de febrero de 2009 a febrero de 2010. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, tipo de procedimiento, enfermedad, estancia en la unidad de cuidados intensivos, conversión y complicaciones.

Resultados. Se incluyeron 26 pacientes, 14 (54%) hombres y 12 (46%) mujeres. Siete (27%) pacientes presentaban nódulos pulmonares, 6 (23%) con derrame pleural, 4 (15%) con cáncer broncogénico (lesión de 3 a 6 cm de diámetro), 3 (11,5%) con bronquiectasias, 3 (11,5%) con bulas, 2 (8%) con enfermedad pulmonar intersticial y 1 con quiste broncogénico. Se practicaron

14 (54%) lobectomías parciales, 9 (34,6%) lobectomías totales, 2 (8%) pleurectomías y 1 resección de quiste broncogénico. La estancia promedio en la unidad de cuidados intensivos fue de 1,8 días para las lobectomías y de 2 días para las pleurectomías. Se presentaron tres complicaciones no fatales y se convirtió un procedimiento.

Conclusiones. Se considera que el abordaje mediante cirugía toracoscópica por dos puertos asistida por video es una técnica segura, con bajas tasas de complicaciones y de conversión, con el beneficio de una recuperación más temprana, que disminuye la tasa de morbilidad y los costos.

01-024

Evaluación del manejo con fibrinólisis en pacientes con derrame pleural tabicado

Gustavo Adolfo Valderrama, José Luis Castillo, Rodolfo Soto, Marisol Badiel, Ivo Siljic
Hospital Universitario del Valle y Fundación Valle de Lili
Cali, Colombia
gvalderramah@yahoo.com

Introducción. La fibrinólisis intrapleurales es un tratamiento efectivo para el manejo del derrame pleural, en pacientes a quienes no se consideran, por diversas razones, buenos candidatos para cirugía. Sin embargo, su uso es poco conocido y, la mayoría de las veces, desestimado por los clínicos, lo que causa gran impacto en el grupo de pacientes de alto riesgo.

Objetivo. Observar los resultados en una cohorte de pacientes de dos hospitales, que se manejaron con fibrinólisis intrapleurales al ser considerados de alto riesgo para un manejo quirúrgico.

Materiales y métodos. Se revisaron las historias clínicas de 50 pacientes con derrames pleurales únicos o múltiples, con infección o sin ella, en etapa subaguda de la evolución de su enfermedad, que tenían factores de riesgo para ser llevados a cirugía, tales como insuficiencia cardíaca, tromboembolismo pulmonar, insuficiencia renal crónica, desnutrición grave o inestabilidad hemodinámica.

Se trataron con estreptocinasa en dosis estándar a través de su sistema de drenaje. Los resultados se evaluaron con radiografías de tórax tomadas uno y tres meses después de finalizado el tratamiento.

Resultados. Se observó mejoría en 80% de los casos tratados, con resolución completa del derrame pleural. No hubo complicaciones importantes en ningún caso.

Conclusión. El manejo con fibrinólisis intrapleurales es seguro y efectivo en el grupo de pacientes con derrame pleural, que no sean candidatos para una cirugía segura. Se requiere un ensayo clínico controlado para determinar los beneficios de este manejo en comparación con la cirugía, en pacientes bien seleccionados, no sólo por su riesgo, sino por las características del derrame pleural.

VÍAS BILIARES Y PANCREAS

01-010

Reconstrucción de la vía biliar mediante hepato-yeyunostomía en Y de Roux con tubo en T transyeyunal

Ricardo Francisco Carvajal, Germán David Carvajal
Hospital Regional de Duitama
y Universidad Nacional de Colombia
Bogotá, Colombia
gerenbogota@yahoo.com.ar

Introducción. Después de la reconstrucción de la vía biliar se puede presentar estenosis de la anastomosis bilio-entérica en 10% a 19% de los casos. Varias de estas estenosis pueden manejarse efectivamente con dilatadores transhepáticos y colocación de *stents*, aunque algunas requieren revisión quirúrgica. Una clave quirúrgica importante para evitar este tipo de estenosis es la colocación en la anastomosis de una sonda de nelatón como férula, que se puede extraer a través del hígado hacia el exterior, o bien, a través del yeyuno.

Objetivo. Ilustración la técnica quirúrgica del uso de un tubo en T transyeyuno como férula en la anastomosis bilio-entérica en Y de Roux, en la reconstrucción de la vía biliar.

Materiales y métodos. Se seleccionaron tres pacientes adultos, con lesión de diverso grado de la vía biliar posterior a colecistectomía abierta o por laparoscopia, que requirieron anastomosis bilio-entérica y a quienes se les colocó como férula un tubo en T transyeyuno, con salida a la piel en el cuadrante superior derecho, el cual se ubica de manera más segura en la anastomosis.

Resultados. La evolución posquirúrgica de los tres pacientes fue adecuada. Se practicó colangiografía por el tubo en T, sin que se visualizaran defectos de llenado ni estrechez de la anastomosis. El tubo en T se retiró a las seis semanas.

Conclusiones. Es un método fácil de reproducir en cualquier hospital de Colombia, no produce efectos colaterales y se retira fácilmente. Se presenta esta técnica para estimular su uso como alternativa al uso de una sonda de nelatón como férula transhepática y transyeyuno.

01-012

Cirugía laparoendoscópica avanzada por incisión única

*Fernando Arias, Nubia Elisa Prada,
Evelyn Astrid Dorado, José Carlos Villarreal,
Virginia Cuevas, Andrés Fernando Durán*
Hospital Universitario Fundación Santafé de Bogotá
Bogotá, D.C., Colombia
farias00@hotmail.com

Introducción. La búsqueda de la cirugía “ideal” ha llevado al desarrollo de técnicas como la cirugía endoscópica a través de orificios naturales (*Natural orifice transluminal endoscopic surgery*, NOTES) y la cirugía laparoendoscópica por incisión única, siendo esta última la más popular.

Objetivo. Presentar nuestra experiencia en la cirugía laparoendoscópica por incisión única en el Hospital Universitario de la Fundación Santa Fe de Bogotá.

Materiales y métodos. Se trata de una serie de casos a los que se les practicó cirugía laparoendoscópica por incisión única. Se evaluaron la edad, el sexo, el procedimiento, el dispositivo, el tiempo quirúrgico, la estancia hospitalaria, la infección del sitio operatorio, la conversión, el resultado cosmético, el dolor posoperatorio y la necesidad de utilizar drenes.

Los pacientes se dividieron, de acuerdo con el procedimiento practicado, en grupos de: apendicectomía, colecistectomía y otros. Este último incluyó: gastrectomía tubular, biopsia de ganglios, resección de quiste mesentérico, esplenectomía, gastrostomía, colectomía derecha, cistogastrostomía, gastroyeyunostomía y sutura con drenaje de peritonitis. Se utilizaron cuatro dispositivos: Triport®, Gelport®, SILS® y un dispositivo híbrido.

Resultados. Se intervinieron 71 pacientes, desde julio del 2008 hasta septiembre del 2009. El tiempo quirúrgico promedio fue de 62 minutos (rango, 15 a 120 minutos) para las apendicectomías y de 118 minutos (rango, 45 a 250 minutos) para las colecistectomías. La estancia hospitalaria fue, en promedio, de 12 horas para las apendicectomías y las colecistectomías. El 85% de los pacientes calificó con 5/5 el resultado cosmético y el 65% refirió dolor menor de 4/10. Ninguno de los procedimientos hubo que convertirlo a cirugía laparoscópica convencional o abierta. No hubo complicaciones perioperatorias relacionadas con la técnica.

Discusión y conclusiones. En nuestra experiencia con diferentes dispositivos con múltiples canales, el híbrido permitió mejores arcos de movimiento y adaptabilidad frente a los diferentes procedimientos.

01-016

Colecistectomía de tres puertos con abordaje suprapúbico

Fernando Quiroz, Ricardo Parra
Clínica Los Farallones
Cali, Colombia
quiroz60@gmail.com

Introducción. La colecistectomía laparoscópica ha sido, por sí misma, la punta de lanza de la cirugía mínimamente invasiva. Desde hace algunos años se está hablando de cirugía sin cicatrices y se ha planteado la cirugía de puerto único y la cirugía a través de orificios (transgástrica, transvaginal), que busca ocultar las cicatrices para lograr un mejor resultado estético.

Nosotros hemos venido utilizando el abordaje transumbilical y suprapúbico para la apendicectomía laparoscópica y otros procedimientos de tipo ginecológico. Ahora presentamos una técnica de colecistectomía de tres puertos con acceso transumbilical y suprapúbico, que no deja cicatrices visibles y presenta menor dolor y rápida recuperación.

Objetivo. Mostrar la factibilidad técnica del procedimiento.

Materiales y métodos. La técnica consiste en hacer un abordaje transumbilical de 10 mm, introducir la lente y evaluar el caso; si se considera adecuado, se hacen dos incisiones de 5 mm en la zona suprapúbica, debajo

de la línea del vello púbico, se pasa la lente al puerto suprapúbico izquierdo, y se trabaja con agarre desde el puerto suprapúbico derecho y disección desde el puerto umbilical. La extracción de la vesícula se realiza por el puerto umbilical.

Resultados. Se demostró la factibilidad técnica del procedimiento.

Conclusión. El escaso número de casos realizados, no permite sacar conclusiones definitivas, solamente demostrar la factibilidad técnica del procedimiento.

01-020

Caracterización de ampulomas en el Hospital Universitario del Caribe

*José Carlos Posada, Efrén Cantillo,
Nair Bobadilla, Roy Ballestas, Belisario Solana*
Universidad de Cartagena y Hospital Universitario del Caribe
Cartagena de Indias, Colombia
ecantillo81@gmail.com

Introducción. Los ampulomas son tumores raros, con una incidencia de 4 a 6 casos por millón de habitantes, aproximadamente; representan el 6% de las lesiones que provienen de la región periampular, con la atenuante de ser causa de 20% de las obstrucciones del confluente bilio-digestivo.

Objetivo. Determinar la incidencia y las características clínicas de los pacientes con ampulomas con confirmación histológica, en el Hospital Universitario del Caribe.

Materiales y métodos. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de tipo serie de casos, utilizando la base de datos del Servicio de Endoscopia Digestiva del Hospital Universitario del Caribe, y correlacionándola con la base de datos del Servicio de Patología, en el periodo de agosto de 2007 a mayo de 2010.

Resultados. De las 389 colangiografías retrógradas analizadas, sólo 7 (2%) pacientes cumplieron los criterios de inclusión, 4 (57%) de sexo femenino y 3 (43%) de sexo masculino. Los rangos de edad se distribuyeron de la siguiente forma: de 31 a 40 años, un paciente; de 51 a 60, dos; de 61 a 70, dos; de 71 a 80, uno, y de 81 a 90, uno. La distribución por años fue: en el 2007, un paciente (14%); en el 2008, dos (29%), y en el 2009, cuatro (57%).

Todos los pacientes consultaron por síndrome icterico obstructivo y el tipo histológico de todos los tumores fue de adenocarcinoma.

Conclusión. Los ampulomas son tumores infrecuentes, que se presentan especialmente en mujeres por encima de la sexta década de la vida y, generalmente, producen ictericia de patrón obstructivo. En nuestro medio se diagnostican en los estadios avanzados y, al parecer, el número de casos muestra una tendencia al aumento.

01-027

Desempeño del *stent* plástico para paliación en la obstrucción biliar maligna proximal maligna versus la distal

*Rodrigo Castaño, Andrés Mauricio Ricardo,
Lina Velázquez*
Universidad Pontificia Bolivariana
Medellín, Colombia
linitave@yahoo.com

Introducción y objetivo. Los principales objetivos del estudio fueron comparar el desempeño de los *stents* plásticos en el tratamiento de las estenosis malignas no extirpables, distales y proximales de la vía biliar, evaluando la permeabilidad del *stent* y la supervivencia de los pacientes.

Materiales y métodos. Desde enero de 2002 a febrero de 2009, se revisaron retrospectivamente los casos de 70 pacientes (37 hombres y 33 mujeres) con obstrucción biliar maligna proximal (grupo 1) o distal (grupo 2), no extirpable quirúrgicamente, y quienes se sometieron a la implantación endoscópica de un *stent* plástico. Durante el procedimiento, se colocó uno o más, según el criterio del médico endoscopista.

Resultados. Se encontraron 30 pacientes con obstrucción proximal (15 hombres, 50%) y 40 pacientes con obstrucción distal (22 hombres, 55%). La edad promedio para el grupo 1 fue de $67,07 \pm 11,29$ años y, para el grupo 2, de $67 \pm 5,77$ años. No hubo diferencias significativas en los aspectos epidemiológicos y de laboratorio entre ambos grupos. El tiempo mediano de permeabilidad del *stent* fue de $81,4 \pm 75,37$ días en el grupo de estenosis distal (grupo 2) ($p=0,40$; $IC_{95\%} 0,47-1,37$). El tiempo promedio de supervivencia fue de 126,27 días en el grupo 1 y de 159,4, en el grupo 2. No hubo una diferencia significativa entre los dos grupos.

Conclusiones. La implantación de un *stent* plástico es un método paliativo útil para el manejo de la obstrucción biliar maligna no extirpable. La supervivencia total y la permeabilidad con el uso del *stent* plástico en pacientes con estenosis distal, comparada con la obstrucción proximal, no fue significativamente diferente en nuestro estudio.

01-048

Experiencia en colecistectomía laparoscópica, Clínica CES, enero a julio de 2009

Sergio Díaz, Ricardo Londoño, Juan David Wolf, Felipe Solórzano, Lina Giraldo,

María Juliana Correa

Universidad CES

Medellín, Colombia

chalo_gomez@yahoo.com

Introducción. La colecistectomía laparoscópica es el segundo procedimiento más frecuente realizado por cirujano general y, aunque son muchas las ventajas del procedimiento y las complicaciones son poco frecuentes, estas últimas pueden tener desenlaces funestos. Es de subrayar que el conocimiento y la depuración de la técnica son factores de éxito bien conocidos, descritos en la literatura.

Objetivo. Describir las características demográficas, los hallazgos intraoperatorios y los resultados a corto y mediano plazo de las últimas 300 colecistectomías laparoscópicas realizadas en la Clínica CES, empleando una técnica estandarizada y realizada en conjunto por el cirujano y el residente de cirugía general.

Material y método. Se trata de estudio descriptivo, retrospectivo, que incluye los 300 pacientes con indicación de colecistectomía laparoscópica y que hubiera sido practicada por alguno de los docentes institucionales.

Resultados. Se revisaron las historias clínicas de los 300 pacientes que cumplían los criterios de inclusión. Se describen las características demográficas, la indicación de la cirugía, la tasa de conversión, la tasa de complicaciones y su manejo, y el tiempo quirúrgico y de hospitalización.

Conclusión. La utilización de una adecuada técnica quirúrgica estandarizada conlleva bajas tasas de conversión y complicaciones, disminución del tiempo

quirúrgico y de la estancia hospitalaria, y una pronta recuperación. El aprendizaje por parte de los residentes de cirugía general de esta técnica estandarizada, hace que la curva de aprendizaje para la colecistectomía laparoscópica sea segura y eficaz.

GASTROINTESTINAL

01-001

Ascenso gástrico asistido por video para el manejo del carcinoma esofágico, descripción de la técnica quirúrgica

Jorge Alberto Bernal, Evelyn Astrid Dorado

Universidad CES e Instituto de Cancerología Las Américas
Medellín, Colombia

doradofamilia@gmail.com

Introducción. El cáncer esofágico es una enfermedad rara de comportamiento agresivo y alta mortalidad a cinco años. La cirugía y el tratamiento adyuvante son las opciones de estos pacientes.

Objetivo. Describir la técnica quirúrgica del ascenso gástrico por video y su morbilidad perioperatoria.

Materiales y métodos. Se llevó a cabo un trabajo prospectivo y retrospectivo, descriptivo. Se tomó una muestra de siete pacientes, atendidos de enero a mayo del 2010 en la Clínica Las Américas. Los criterios de inclusión fueron: cáncer esofágico extirpable por estudios de estadificación y cirugía practicada por el grupo investigador. Los criterios de exclusión fueron: conversión a procedimiento abierto y tumor no extirpable o enfermedad metastásica.

Resultados. Todos los pacientes eran de sexo masculino, entre los 55 y los 76 años de edad. Dos recibieron tratamiento adyuvante con quimioterapia y radioterapia. Se les practicó esofagectomía y linfadenectomía por toracoscopia con abordaje posterior y, luego, linfadenectomía de la curva menor del estómago y “tubulización” (sic.) gástrica por laparoscopia. El espécimen se extrajo por cervicotomía izquierda y la anastomosis esófago-gástrica latero-lateral se hizo con sutura mecánica lineal. El tiempo quirúrgico fue de 340 minutos y la pérdida sanguínea, de 150 ml. Se trasladaron a la unidad de cuidados intensivos y se les retiró el tubo al segundo día.

Se presentaron complicaciones en tres pacientes: en dos, paresia del nervio laríngeo recurrente, y en uno, neumonía

asociada al respirador. Ningún paciente presentó filtraciones ni falleció. En el estudio de anatomopatología se encontró adenocarcinomas invasores, con bordes libres y un promedio de 25 ganglios extirpados.

Conclusión. El cáncer esofágico es una entidad rara y en pocos pacientes está indicada la cirugía. El ascenso gástrico asistido por video es un procedimiento que se realiza poco, que amerita entrenamiento avanzado. Se quiere mostrar el beneficio del procedimiento, que se resume en buena tolerancia, en ser radical desde el punto de vista de la oncología, poca morbilidad y ausencia de mortalidad.

01-002

Gastrectomía radical por laparoscopia, experiencia inicial en dos instituciones de nivel IV en Colombia

Jorge Alberto Bernal, Evelyn Astrid Dorado,

Fernando Arias, Mario Muñoz

Universidad CES, Instituto de Cancerología Las Américas y

Fundación Universitaria Santa Fe

Medellín, Colombia

doradofamilia@gmail.com

Introducción. El cáncer gástrico es la primera causa de muerte por cáncer. La cirugía asistida por video ha demostrado ser una opción oncológica radical poco mórbida.

Objetivo. Demostrar la radicalidad oncológica de la gastrectomía asistida por video en el cáncer gástrico.

Materiales y métodos. Se realizó un trabajo observacional, prospectivo y retrospectivo, de cohorte lineal. Se recolectó una muestra de 50 pacientes en un periodo de cuatro años (enero de 2006 a marzo de 2010).

Los criterios de inclusión fueron: pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico y pacientes operados por los cirujanos participantes. Los criterios de exclusión fueron: enfermedad metastásica y conversión a procedimiento abierto.

Resultados. La distribución por sexo fue de 64% de hombres y 36% de mujeres; el 52% tenía entre 60 y 80 años de edad. El principal síntoma fue la epigastralgia (51%) y en 70% el tumor se localizó en el cuerpo y el antro gástricos; eran de estadio III y II b. En 68% se practicó gastrectomía subtotal y en 32%, gastrectomía

total. El tiempo quirúrgico fue de 150 minutos y la pérdida sanguínea, fue de 200 ml.

El diagnóstico anatomopatológico definitivo fue tumor mal diferenciado de tipo intestinal con infiltración en 28% y con bordes libres en el 100%. El 90% tuvo un vaciamiento ganglionar satisfactorio, con un índice mayor de 20. Un recuento menor de 15 ganglios hizo parte de la curva en los casos iniciales.

Hubo complicaciones posoperatorias en 8%: dos fístulas, una filtración y un sangrado. Un paciente falleció por falla respiratoria. No se presentaron recurrencias.

Conclusión. Con este trabajo se quiere mostrar nuestra experiencia en el manejo del cáncer gástrico por laparoscopia, el cual garantiza radicalidad oncológica que se traduce en resecciones con un adecuado recuento ganglionar, bordes libres, tiempo libre de enfermedad y muy buena tolerancia al procedimiento.

01-005

Experiencia en adrenalectomía laparoscópica en Barranquilla

Roberto Quintero, Ricardo Daguer,

Rafael McCausland, Adolfo León Uribe,

Álvaro Rojas, Jesús Valle

Endocirugía, Clínica La Asunción

Barranquilla, Colombia

robertoquinterop_@hotmail.com

Introducción. La primera adrenalectomía laparoscópica la practicó Gagner en 1992; se pasó de cirugía convencional a mínimamente invasiva. La cirugía suprarrenal es practicada por cirujanos generales como tratamiento para masas suprarrenales y alteraciones endocrinas que, hoy en día, son estudiadas y permiten ofrecer tratamientos definitivos. Nuestro deseo es mostrar nuestra primera serie de casos.

Objetivo. Presentar nuestra experiencia en Barranquilla en adrenalectomía por laparoscopia en una serie de casos, sus resultados y la curva de aprendizaje.

Materiales y métodos. Se presenta una serie de siete casos, de adrenalectomías laparoscópicas realizadas en la Clínica La Asunción de Barranquilla, entre junio del 2007 y mayo del 2010. Se incluyeron pacientes con masas suprarrenales menores de 10 cm.

Se analizaron las siguientes variables: cuadro clínico, estudios radiológicos, técnica quirúrgica laparoscópica transperitoneal antero-lateral, estudio de anatomopatología, conversión, complicaciones y estancia hospitalaria.

Resultados. Se practicaron siete adrenalectomías por laparoscopia en la Clínica La Asunción de Barranquilla,. Fueron cinco mujeres y dos hombres, con edades entre los 29 y los 61 años. En tres casos eran del lado derecho y en cuatro del izquierdo. Hubo dos masas que habían conservado su función. Las indicaciones fueron: un síndrome de Cushing, uno de hiperaldosteronismo y en cinco casos fue un hallazgo incidental. Los exámenes de imágenes incluyeron tomografía computadorizada y angiorresonancia.

La técnica quirúrgica fue transperitoneal y antero-lateral. El tiempo quirúrgico promedio fue de 120 a 180 minutos. En un caso fue necesaria la conversión: el tumor era de más de 10 cm, tenía una cirugía anterior y el diagnóstico fue de feocromocitoma. La estancia fue de dos días, excluyendo la conversión.

El diagnóstico de anatomopatología fue: cinco adenomas córtico-suprarrenales, un feocromocitoma y un quiste suprarrenal. El tamaño promedio fue de 4 cm.

Conclusiones. El abordaje laparoscópico es la técnica de elección para la cirugía suprarrenal; es segura, eficaz, con baja morbilidad, estancia corta y recuperación rápida, en comparación con la cirugía abierta. La técnica quirúrgica es bien manejada por cirujanos expertos en laparoscopia, con experiencia en cirugía mínimamente invasiva.

Actualmente, en Barranquilla se está practicando esta cirugía y es nuestro deseo el fortalecimiento de la cirugía endocrina con una curva de aprendizaje adecuada.

01-014

Cirugía antirreflujo en la Clínica CES, resultados a mediano plazo

Sergio Díaz, Gonzalo Gómez, Lina Giraldo, María Clara Arroyave, Juan David Martínez, María Cristina García, Rogelio Matallana, Diego Penagos, Diana Carolina Ríos
Universidad CES y Clínica CES
Medellín, Colombia
maquitarroyave@hotmail.com

Introducción. Para la enfermedad por reflujo gastroesofágico se han propuesto, en la literatura, tratamientos médicos y quirúrgicos, con tasas de complicaciones y de resultados a corto y largo plazo muy variables, lo cual hace bastante confusa la toma de decisiones. En nuestra institución se practica la funduplicatura laxa de 360 grados por laparoscopia, sin sección de vasos cortos, a los pacientes con indicación quirúrgica para ello.

Objetivo. Evaluar las características demográficas, la prevalencia de los síntomas, y los resultados clínicos de la cirugía antirreflujo en nuestra institución, para determinar la calidad y la efectividad del manejo que ofrecemos.

Materiales y métodos. Se presenta un trabajo descriptivo, retrospectivo, que incluyó a los pacientes a quienes se les practicó cirugía antirreflujo durante los años 2008 y 2009, para un total de 110 pacientes.

Resultados. Se incluyeron 29 hombres (26%) y 81 mujeres (74%). El rango de edades estuvo entre los 8 y los 86 años. Los principales síntomas fueron: regurgitación en 43 (39%), pirosis en 19 (17,3%) y epigastralgia en 17 (15,5%) casos.

Se reportaron complicaciones en 16 pacientes (14,5%), entre las cuales se encontraron disfagia transitoria (11,8%), hematoma de herida (1,8%) y neumotórax (0,9%). Dos pacientes requirieron reintervención. Se evaluaron los resultados posoperatorios con base el puntaje de Visick. Fue necesario reiniciar los inhibidores de la bomba de protones en 10 pacientes (9,1%).

Conclusión. La cirugía antirreflujo en nuestra institución es un método de tratamiento seguro y eficaz para los pacientes con enfermedad por reflujo gastro-esofágico, con tasas de éxito y complicaciones homologables a los de la estadística mundial.

01-022

Caracterización de pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano de Neiva

Rafael Hernando Pino, Luis Gerardo Vargas, Alejandro Concha, Paola Andrea Gómez
Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo y Universidad Surcolombiana
Neiva, Colombia
paolagomez940@hotmail.com

Introducción. El adenocarcinoma gástrico era la primera causa de muerte por cáncer, con una supervivencia a cinco años es de 5% a 15%. La ausencia de factores definidos de riesgo y de sintomatología específica, contribuyen a que diagnostique en estadios avanzados.

Objetivo. Conocer las características de la población con esta enfermedad y plantear posibles intervenciones diagnósticas o terapéuticas.

Materiales y métodos. Se llevó a cabo un estudio retrospectivo y descriptivo, tipo serie de casos. Se incluyeron 180 pacientes de la zona de cobertura del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. La información fue registrada y procesada con Epidat, versión 3.

Resultados. La mayoría de los pacientes procedía de Neiva, por ser la zona de influencia de la institución. Fue más frecuente en hombres. La mayoría de casos pertenecía al régimen subsidiado.

El tabaquismo fue el principal factor de riesgo. Los síntomas más frecuentes fueron la epigastralgia y el vómito. El tipo histológico fue intestinal y predominó el estadio IV. Por endoscopia, la localización más frecuente fue la proximal. La supervivencia a cinco años fue: estadio I, 80%; estadio II, 65%; estadio III, 10%, y estadio IV, 0%, para una supervivencia global de 8%.

Conclusión. Las características descritas en este estudio sirven como base para un análisis que permita orientar las acciones preventivas o de intervención temprana. La epigastralgia y el vómito son los principales indicios de enfermedad gástrica. El cigarrillo y el alcohol son los factores de riesgo predominantes en el cáncer gástrico. Son más frecuentes la localización proximal y el estadio IV. Nuestros pacientes ingresan en estados avanzados

01-029

Tumores del estroma gastrointestinal, experiencia en el Hospital Universitario de La Samaritana

Carlos Manuel Zapata, Germán David Carvajal
Hospital Universitario de La Samaritana
Bogotá, D.C., Colombia
gerenbogota@yahoo.com.ar

Introducción. Cada vez más, los cirujanos nos vemos enfrentados a lesiones subepiteliales, y los tumores del estroma gastrointestinal (*Gastrointestinal Stromal Tumor*, GIST) son los que encontramos con mayor frecuencia. Históricamente se clasifican como tumores del músculo liso de la pared del intestino. El advenimiento de la microscopía electrónica ha llevado a establecer que estos tumores se originan de las células madre intersticiales de Cajal.

Objetivo. Revisar la experiencia y los factores pronósticos luego del manejo quirúrgico de los tumores del estroma gastrointestinal en el Hospital Universitario de La Samaritana.

Material y método. Se hizo un estudio de tipo retrospectivo de serie de casos, de 9 pacientes consecutivos sometidos a resección quirúrgica de tumor de localización gastrointestinal, en estómago, duodeno y colon. Se revisaron las historias clínicas en forma retrospectiva, mediante las bases de datos recolectadas en el hospital de 2003 a 2009.

Resultados. Se incluyeron seis mujeres y tres hombres. Los tumores se localizaron en el estómago (7), el intestino delgado (1) y el colon (1). El promedio de edad fue de 58 años (máximo, 72 años, y mínimo, 22 años). El tiempo de seguimiento fue de seis años, con mortalidad en un caso.

Conclusión. Los tumores del estroma gastrointestinal son raros, pero el cirujano cada vez se enfrenta a ellos con mayor frecuencia. El tratamiento principal es la cirugía, con márgenes de resección negativos. La terapia dirigida con inhibidores de cinasa de la tirosina ha revolucionado la atención de estos pacientes, permitiendo mejores resultados.

01-031

Comparación de la sexta y la séptima edición de la clasificación TNM en pacientes con cáncer gástrico resecado

Óscar Barrera, Óscar Guevara, Ricardo Oliveros, Jorge Mesa, Jairo Ospina, Mario Abadía, María E. Manrique, Nadim Abisambra, Mario Rey, Rosario Albis
Universidad Nacional de Colombia e Instituto Nacional de Cancerología
Bogotá, D.C., Colombia
oaguevarac@yahoo.com

Introducción. En el año 2010 empezó a tener efecto la nueva clasificación TNM (séptima edición), que trajo cambios importantes en la estadificación del cáncer gástrico.

Objetivo. Establecer si había cambios en la clasificación del estadio en pacientes con carcinoma gástrico resecado, comparando la sexta con la séptima edición de la clasificación TNM.

Materiales y métodos. Se recolectaron datos de 100 pacientes operados consecutivamente por adenocarcinoma gástrico, entre el 1º de enero de 2008 y el 28 de febrero de 2010, en una institución oncológica de tercer nivel. Se obtuvieron los datos demográficos, clínicos, imaginológicos e intraoperatorios, y, luego, se revisaron los datos del reporte de patología. Con base en el mismo reporte, se realizó la clasificación TNM, tanto de la sexta como de la séptima edición.

Resultados. En 100 pacientes se realizaron las dos clasificaciones con base en la información de patología y en la información radiológica e intraoperatoria. Utilizando la sexta edición, se clasificaron por estadios con los siguientes porcentajes: E I, 24%; E II, 28%; E III, 32%, y E IV, 16%. Al utilizar la clasificación de la séptima edición, la distribución fue: E I, 15%; E II, 27%; E III, 55%, y E IV, 3%. En total, 32% cambió de estadio y, solamente, 18% conservó la misma clasificación, si se tienen en cuenta las subclasificaciones (A, B o C).

Conclusión. La nueva clasificación TNM introduce cambios importantes de estadificación del cáncer gástrico, que pretenden predecir de mejor manera el pronóstico de los pacientes y brindar ayuda en la toma de decisiones terapéuticas.

01-032

Morbimortalidad y clasificación de las complicaciones de Clavien en cien gastrectomías consecutivas por cáncer gástrico

Óscar Guevara, Óscar Barrera, Ricardo Oliveros, Jairo Ospina, Mario Abadía, María E. Manrique, Nadim Abisambra, Mario Rey, Rosario Albis
Universidad Nacional de Colombia e Instituto Nacional de Cancerología
Bogotá, D.C., Colombia
oaguevarac@yahoo.com

Introducción. Se ha propuesto la clasificación de Clavien para estandarizar las complicaciones posoperatorias.

Objetivo. Determinar la incidencia de complicaciones posoperatorias y la mortalidad, utilizando la clasificación de Clavien, y encontrar los factores de riesgo asociados a complicaciones graves.

Materiales y métodos. Se incluyeron los pacientes sometidos a gastrectomía por adenocarcinoma gástrico entre enero de 2008 y febrero de 2010. Se recolectaron los datos preoperatorios, intraoperatorios y postoperatorios, con seguimiento a 30 días. Las complicaciones se clasificaron según la escala Clavien (grado 1 a 5). Se hizo análisis bivariado para asociación con las complicaciones grado 3, 4 o 5, y luego, el análisis multivariado con regresión logística.

Resultados. De 100 pacientes, 60% eran hombres y la mediana de edad fue de 61 años. Los procedimientos fueron: gastrectomía subtotal (38%), gastrectomía total (46%) y gastrectomía total con esofagectomía distal (16%). La mediana de ganglios disecados fue de 27. Con la escala POSSUM, la morbilidad predicha fue de 34% y la mortalidad de 7,8%. La incidencia total de complicaciones fue de 34% y la mortalidad a 30 días fue de 4%. El 19% tuvo una complicación grado 3 a 5 y éstas se asociaron al sexo masculino, la albúmina, la duración del procedimiento y el tipo de gastrectomía. El análisis multivariado mostró asociación con el sexo y el tiempo operatorio. La estancia postoperatoria fue significativamente prolongada en pacientes con grados 3 a 5 de Clavien.

Conclusión. La incidencia y la mortalidad estuvieron cercanas a las predichas y los pacientes hombre con cirugías más prolongadas tuvieron mayor riesgo de complicaciones graves en el posoperatorio. La clasificación de complicaciones de Clavien se relacionó con la estancia posoperatoria.

COLONY RECTO

01-007

Validación de la escala diagnóstica de Alvarado en pacientes con dolor abdominal indicativo de apendicitis, en un centro de segundo nivel de complejidad

*Mónica Mora, Álvaro Enrique Sanabria,
Luis Carlos Domínguez, Neil Valentín Vega,
Camilo Osorio*
Universidad de La Sabana
Chía, Colombia

Introducción. La apendicitis es la condición quirúrgica más común a la que se enfrenta el cirujano. Aún se hace uso indiscriminado de los métodos diagnósticos, con aumento de los costos y sin disminución de las apendicectomías no terapéuticas.

Objetivo. El propósito fue validar la capacidad de la escala de Alvarado para el diagnóstico de apendicitis y determinar su utilidad para discriminar las conductas diagnósticas.

Materiales y métodos. Se diseñó un estudio prospectivo de pruebas diagnósticas para valorar la escala de Alvarado, en pacientes con duda diagnóstica de apendicitis. El método de referencia fue el estudio histopatológico. Con los valores obtenidos se definió el nivel de riesgo como bajo, intermedio o alto, y se simuló el valor de uso de recursos.

Resultados. Se incluyeron 71 pacientes (37% hombres). En 66,7% hubo apendicitis. La tasa de apendicectomía no terapéutica fue de 22,6% y la de laparotomía no terapéutica fue de 17,7%. El valor del uso de recursos sin la escala fue de Col\$ 113'217.000, con una frecuencia de apendicectomías en blanco de 22,6%. El esquema propuesto mostró un gasto de Col\$ 101'582.000, con una frecuencia potencial de apendicectomías en blanco de 8,0%.

Conclusión. La escala de Alvarado permite clasificar a los pacientes en grupos de riesgo según el puntaje, para calcular la probabilidad de apendicitis, así: de 0 a 4 puntos, 7,7%; de 5 a 7 puntos, 57,6%; y de 8 a 10 puntos, 90,6%.

La aplicación de la escala disminuye los costos en 10% y disminuye las apendicectomías no terapéuticas a 8%. Su uso es reproducible y ofrece ventajas como un uso más racional de los recursos y la disminución de cirugías innecesarias.

01-013 **Apendicectomía por puerto único (NOTUS), experiencia en la Clínica CES, Medellín**

*Felipe Vanegas, Sergio Díaz, Rogelio Matallana,
Juan David Martínez, Gonzalo Gómez,
Diego Penagos, María Clara Arroyave*
Universidad CES y Clínica CES
Medellín, Colombia
chalo_gomez@yahoo.com

Introducción. El abordaje por puerto único es, en la actualidad, una alternativa viable en los procedimientos laparoscópicos. Se presenta una revisión de la experiencia de la Clínica CES, con 68 apendicectomías por puerto único transumbilical, con resultados muy satisfactorios en hospitalización y recuperación, y cosméticos para los pacientes.

Objetivo. Evaluar los resultados de la apendicectomía por NOTUS (*Natural Orifice Transumbilical Surgery*), en pacientes manejados en la Clínica CES, durante el periodo 2009-2010.

Materiales y métodos. Se practicó apendicectomía por puerto único (NOTUS) con técnica modificada por Vanegas y Matallana, en 68 pacientes, con diagnóstico de apendicitis aguda, en el servicio de urgencias de la Clínica CES. Se excluyeron los pacientes con sospecha de peritonitis generalizada, embarazo o enfermedades que contraindicaran el neumoperitoneo.

Resultados. De los 68 pacientes, 46 mujeres y 22 hombres, con promedio de edad de 29,3 años (rango, 11 a 69 años); en 66 se logró terminar exitosamente el procedimiento; sólo hubo dos conversiones por peritonitis de dos o más cuadrantes. El tiempo quirúrgico promedio fue de 29,8 minutos. Entre los diagnósticos histopatológicos se encontró que 51 pacientes (74,9%) habían presentado apendicitis aguda supurada; 6 (8,8%), apendicitis gangrenada, y 2, peritonitis localizada. En 7 (10,2%) pacientes el apéndice estaba sano y en el procedimiento se encontró la causa del dolor en 6 de ellos (hemoperitoneo, enfermedad de los anexos). El tiempo promedio de estadía hospitalaria fue de 20 horas y 7 casos se manejaron ambulatoriamente.

Conclusión. La apendicectomía por NOTUS es una técnica viable, con tiempo quirúrgico adecuado y resultados comparables a los de la técnica convencional o mejores; además, proporciona las ventajas de la laparoscopia en la cavidad abdominal.

01-033

Estándares de calidad en el manejo de pacientes con cáncer de colon y recto en el Hospital Federico Lleras Acosta y la Clínica Medicádiz

Jorge Mario Castro

Hospital Federico Lleras Acosta y Clínica Medicádiz
Ibagué, Colombia
jorgemaricastro@yahoo.com

Introducción. En octubre de 2005 se iniciaron las actividades de la subespecialidad del coloproctología en el Hospital Federico Lleras de Ibagué; desde ese momento, y ante la falta de información –previa sistematización de una base de datos–, se viene llevando de manera prospectiva el registro de todos los pacientes con cáncer de colon y recto manejados en nuestro servicio.

Estamos convencidos de los beneficios del manejo multidisciplinario, razón por la cual el manejo del cáncer de colon y recto se realiza de manera conjunta con los servicios de Oncología, Radioterapia, Cirugía Oncológica, Cirugía General, Gastroenterología, Angiología y demás especialidades requeridas en el manejo de esta patología.

Objetivo. Presentar los diferentes estándares de calidad del manejo de pacientes con cáncer de colon y recto en la experiencia personal y grupal del Hospital Federico Lleras Acosta y la Clínica Medicádiz de Ibagué.

Materiales y métodos. A lo largo de estos casi cinco años, se ha obtenido el registro de más de 270 pacientes, el cual se presentará en la plenaria del Foro Quirúrgico Colombiano, en términos de diagnóstico, estadificación, manejo endoscópico, cirugía radical, recidivas y supervivencia. Se presenta ante la plenaria para que sea evaluada por los pares, esperando obtener retroalimentación que enriquezca nuestra práctica, y porque se puede convertir en fuente de partida para otras experiencias similares en el país.

Resultados. Por tratarse de una serie prospectiva de casos, la inclusión de pacientes se realizará hasta el 10 de julio y, por consiguiente, los datos serán presentados con mayor claridad en la sesión dispuesta del Foro Quirúrgico Colombiano, en términos de caracterización de una serie prospectiva de casos de pacientes con cáncer de colon y recto atendidos en nuestros servicios.

Conclusión. El manejo interdisciplinario constituye el estándar fundamental del manejo del cáncer de colon y recto. Una de las metas debe ser la detección temprana de un mayor número de pacientes en los estadios tempranos e, idealmente, con manejo endoscópico. La cirugía con principios oncológicos debe tener recidivas locales y sistémicas, y supervivencias similares a las reportadas en la literatura mundial; un primer paso para lograr esto es tener un punto de partida y datos propios de nuestro medio.

01-047

Manejo de apendicitis complicada por cirugía laparoscópica por puerto único

*Fernando Arias, Evelyn Astrid Dorado,
José Carlos Villareal, Mónica Rodríguez*
Fundación Universitaria Santa Fe de Bogotá
Bogotá, D.C., Colombia
farias00@hotmail.com

Introducción. El manejo de la apendicitis complicada con plastrón o absceso, por incisión única, es una técnica innovadora que amerita entrenamiento en laparoscopia avanzada por ser una opción bien tolerada por el paciente y de poca morbilidad.

Objetivo. Describir la técnica del manejo de apendicitis complicada por incisión umbilical única.

Materiales y métodos. Se presenta un trabajo descriptivo de quince pacientes con apendicitis complicada, operados en la Fundación Santa Fe de Bogotá en un periodo de dos años (2008 a 2010).

Resultados. La distribución por sexo fue de 7 mujeres y 8 hombres, con un promedio de edad de 60 años; los pacientes habían sido hospitalizados por un cuadro de varios días de dolor abdominal (mínimo, 2 días), distensión, vómito y diarrea. A todos se les realizó tomografía que confirmó el diagnóstico.

Todos los pacientes presentaron respuesta inflamatoria sistémica (taquicardia, leucocitosis y fiebre).

Se les practicó laparoscopia transumbilical con liberación de las adherencias perilesionales, revisión sistemática del íleon distal y colon ascendente, drenaje de abscesos y apendicectomía con sutura lineal cortante. Se dejó drenaje de Jackson Pratt perilesional transumbilical.

El tiempo quirúrgico fue de dos horas, con pérdida sanguínea menor de 10 ml.

Los pacientes evolucionaron satisfactoriamente, hubo poca necesidad de administrar opiáceos, con inicio temprano de la vía oral y con deambulaci3n.

Se dieron de alta, aproximadamente, al tercer día posquirúrgico, sin que se hubieran presentado complicaciones.

Conclusi3n. No hay reportes en la literatura del manejo laparosc3pico con incisi3n umbilical única de las apendicitis complicadas, que es una t3cnica avanzada, bien tolerada por los pacientes, con retorno temprano a sus actividades y buen resultado est3tico, disminuci3n del riesgo de laparotomías, evisceraciones o infecciones del sitio operatorio que aumentan la morbilidad y la estancia hospitalaria.

VASCULAR

01-003

Cat3teres subclavios, ¿c3mo reducir sus complicaciones?

Stalng Guillermo Pallares, Alberto Federico García
Universidad del Valle, Hospital Universitario del Valle
Cali, Colombia
stalngpallares@yahoo.com

Introducci3n. El acceso venoso central subclavio es un procedimiento frecuente en la pr3ctica del cirujano. Es necesario establecer los factores predictores de complicaciones, para alertar al cirujano y a su equipo sobre la dificultad del procedimiento.

Objetivo. Se hizo una revisi3n de los factores de riesgo modificables publicados en la literatura, para investigar si 3stos tenían importancia estadística como factores pron3stico de complicaciones, ya que algunos de ellos sólo han permanecido en el tiempo gracias a la tradici3n médica oral.

Materiales y métodos. Se revisaron las referencias bibliográficas de Pubmed y Cochrane, en idioma inglés y espaól, que contenían las palabras clave ‘central venous catheter’, ‘CVC cannulation’, ‘CVC placement’, ‘vascular-access’ y ‘subclavian vein catheterization’, buscando factores de riesgo del procedimiento que se pudieran modificar.

Resultados. Son factores de riesgo modificables –documentados en la literatura– la posici3n en la que se coloca el paciente, el número de luces, la curva de aprendizaje (menos de 50 cat3teres), el número de intentos (superior a dos), la antisepsia y asepsia durante el procedimiento y el número de plaquetas (menos de 50.000 por mm³). No fueron factores de riesgo la referencia anatómica, el sexo, el lado del cat3ter, tiempo de protrombina, el tiempo parcial de tromboplastina, *International Normalized Ratio*, ni el índice de masa corporal.

Conclusi3n. Se ha demostrado que hay factores predictores de complicaciones que se pueden modificar durante la colocaci3n de un acceso venoso y su control reduce la frecuencia de las complicaciones relacionadas con el procedimiento.

01-028

Profundoplastia en pacientes con isquemia crítica: resultados e mediano plazo

Heinz Hiller, Fernando Monroy, Camilo Cabrera
Fundaci3n Cardio-Infantil y Fundaci3n Vascular de Colombia
Bogotá, D.C., Colombia
heinzhiller@gmail.com

Introducci3n. Los pacientes en estados avanzados de isquemia con enfermedad arterial extensa, tienen pocas alternativas de tratamiento para evitar una amputaci3n.

Objetivo. La profundoplastia de la arteria femoral profunda favorece la circulaci3n colateral y puede ofrecer una posibilidad de tratamiento quirúrgico efectivo.

Material y métodos. Se incluyeron los pacientes que ingresaron por urgencias con isquemia crítica con puntaje de 4 a 5 en la clasificaci3n de Rutherford. Se registraron datos demográficos, enfermedades concomitantes y variables dependientes, como grado de isquemia, presencia de ulceraci3n, tipo de lesi3n, cirugía, tipo de injerto usado, tiempo de recuperaci3n, sangrado, estado posterior a la intervenci3n y seguimiento.

Resultados. Se incluyeron 10 pacientes, con edad promedio de 73,3 años (rango, 54 a 89), de los cuales, ocho eran hombres. El puntaje de Rutherford preoperatorio promedio fue de 5,3 (rango, 4 a 6); las lesiones fueron TASC (*Trans Atlantic Intersociety Consensus*) D en 9 pacientes y TASC C en 1; el tiempo

promedio de cirugía fue de 137,6 minutos y el sangrado, de 247 ml; cuatro pacientes requirieron estancia en la unidad de cuidados intensivos (máximo de 5 días en un paciente).

En siete pacientes se practicó profundoplastia más embolectomía primaria, en dos se colocó un *bypass* aorto-bifemoral con profundoplastia y en otro, un *bypass* femoro-femoral con profundoplastia. El tiempo de hospitalización promedio fue de 12,4 días y el de seguimiento de 1,47 años. En un caso fue necesario amputar el antepié por necrosis de la piel, y en el resto de los pacientes no se presentaron complicaciones. En el seguimiento, el puntaje de Rutherford mejoró en todos los pacientes, y pasó a un promedio de 2,8 (rango, 2 a 4; $p=0,009$).

Conclusión. La profundoplastia puede ser una alternativa viable y eficaz para prevenir una amputación mayor en pacientes con isquemia crítica.

MAMA Y TEJIDOS BLANDOS

01-018

Uso y abuso de la vitamina E en la enfermedad mamaria benigna

Neil Valentín Vega, Álvaro Enrique Sanabria, Alejandro Orozco, Luis Carlos Domínguez, Camilo Osorio

Universidad de La Sabana y Asociación Sociedad Colombiana de Mastología
Chía, Colombia
neilvalentin@yahoo.com

Introducción. El uso de la vitamina E en la enfermedad mamaria benigna es frecuente y masivo en Colombia. No hay recomendaciones universales en la literatura que justifiquen su utilización y representa un buen trazador sobre una prescripción de cuestionable racionalidad científica.

Objetivos. Establecer la frecuencia de prescripción de la vitamina E por parte de los médicos generales, en el manejo de la enfermedad mamaria benigna, determinar las variables relacionadas con su formulación y evaluar los conocimientos de los médicos generales en la prescripción del medicamento.

Materiales y métodos. Se llevó a cabo un estudio observacional analítico de corte transversal en médicos

generales asistentes al Primer Congreso Nacional de Mastología que se realizó en Bogotá en noviembre de 2009. Se desarrolló en dos etapas: 1) fase cuantitativa, estadística descriptiva; y 2) fase cualitativa, implementación de la técnica en grupos focales, evaluando costumbres, hábitos y prácticas relacionadas con la prescripción del medicamento.

Resultados. Se estudiaron 122 médicos generales; 90% efectúa actividades de promoción y prevención, y 75,8% prescribe vitamina E, de los cuales, 71,4% lo hace de forma terapéutica asociada a otros medicamentos o sin asociación.

Los grupos focales evidenciaron una deficiencia importante en aspectos conceptuales y operativos del manejo de la enfermedad mamaria benigna y del papel de la vitamina E.

Conclusión. Existe una gran frecuencia y una irracionalidad de la prescripción de la vitamina E, ausencia de conocimientos farmacológicos y un abordaje basado en tradición oral, de una enfermedad de alta prevalencia. Se plantean recomendaciones y estrategias de mejoramiento.

01-036

Comportamiento de la mastitis granulomatosa en un centro de atención de tercer nivel de Santander

Deivis López, Óscar Serrano, Julio Alexander Díaz-Pérez, Paula Serrano, Tatiana Suárez, Álvaro Niño
Universidad Industrial de Santander y Universidad de Santander
Bucaramanga, Colombia
juliodiaz_82@yahoo.com

Introducción. En los años recientes las enfermedades de la glándula mamaria han aumentado en frecuencia, en parte por la incidencia de las enfermedades neoplásicas que comprometen la glándula pero, también, por el resurgimiento de lesiones granulomatosas ahora no sólo causadas por microorganismos sino también por lesiones por cuerpo extraño.

Objetivo. Caracterizar las neoplasias granulomatosas que se presentan en las pacientes del Hospital Universitario de Santander.

Materiales y métodos. Se realizó un estudio descriptivo de las pacientes que consultaron por lesiones

de la glándula mamaria, y se seleccionaron las que tenían diagnóstico histopatológico de mastitis granulomatosa. Se determinaron medidas de tendencia central, dispersión, proporción y porcentaje.

Resultados. Se estudiaron cinco pacientes con edad media de $44,2 \pm 14,6$ años, tres provenientes de Bucaramanga, una de Piedecuesta y una de Málaga. Todas consultaron por una masa (media, 45 mm) (IC95% 11,9-78,12), en todos los casos de consistencia blanda. Tres pacientes presentaron dolor mamario, una telorrea y ninguna presentaba adenopatías. Ninguna de las pacientes refirió antecedentes toxicológicos, familiares ni quirúrgicos de la glándula.

En el examen físico se encontró rubor en dos casos, calor en dos casos y edema en dos casos. Ninguna paciente presentó lesiones neoplásicas ni hiperplásicas. Todas tenían confirmación histopatológica de su enfermedad.

Conclusiones. La mastitis granulomatosa es una entidad con diagnóstico de exclusión, relativamente rara, que afecta a mujeres jóvenes no fumadoras. El agente etiológico casi siempre es una bacteria y su relevancia radica en que fácilmente se puede malinterpretar como una neoplasia maligna. Actualmente, no existe consenso sobre su tratamiento.

TRAUMA E INFECCIONES

01-008

Influencia de los centros de trauma de nivel 1 en los centros de nivel 2

Bárbara Haas, David Gómez, Melanie Neal, Chris Hoeft, Avery B. Nathens

Saint Michael's Hospital, Universidad de Toronto
Toronto, Canadá
haas222@gmail.com

Introducción. Con la excepción de un mandato académico, los centros de trauma de nivel 2 deben funcionar a un nivel similar a los centros de nivel 1. Deben suministrar atención definitiva a los pacientes lesionados como resultado de trauma. Sin embargo, el rol de un nivel 2 puede variar significativamente, dependiendo del ambiente regional de atención.

Objetivo. En este estudio se determina si la proximidad de un centro de trauma de nivel 1 afecta el desempeño de un centro de trauma de nivel 2.

Materiales y métodos. Los datos se obtuvieron del *National Trauma Data Bank* (versión 9.1). Se incluyeron sólo pacientes de 18 años o mayores y con un *Injury Severity Score* (ISS) ≥ 9 . Los centros de nivel 2 fueron clasificados como aislados (más de 30 millas de uno de nivel 1) o no aislados (menos de 30 millas del nivel 1 más cercano). Se utilizó la regresión logística para calcular la mortalidad ajustada en cada centro.

Resultados. Se identificaron 55.655 pacientes en 161 centros, 55% de los cuales recibieron cuidado en centros aislados. Los pacientes de los centros aislados eran significativamente mayores, tenían más enfermedades concomitantes y sufrieron mecanismos contundentes más frecuentemente. Los pacientes atendidos en los centros de trauma mostraron un riesgo 12% menor de mortalidad, en comparación con los tratados en centros no aislados (0,88; IC_{95%}: 0,78 - 0,98).

Conclusiones. Los centros de nivel 2 asumen diferentes roles según la configuración del sistema regional. Idealmente, los centros de nivel 2 se deberían beneficiar de la presencia un centro de nivel 1. Sin embargo, estos datos sugieren lo opuesto: los centros no aislados tienen un desempeño menor al esperado.

01-009

Impacto de la fractura de cadera en el desempeño de los centros de trauma

David Gómez, Bárbara Haas, Sandra Goble, Melanie Neal, Avery B. Nathens

Saint Michael's Hospital, Universidad de Toronto
Toronto, Canadá
gomezjaramid@smh.ca

Introducción. Los registros de inclusión de pacientes con fractura de cadera varían en los centros de trauma. Esta variabilidad puede tener efectos significativos en la evaluación del desempeño de dichos centros.

Objetivo. Evaluar el impacto de incluir las fracturas de cadera en la evaluación del desempeño de los centros de trauma.

Materiales y métodos. Los datos fueron obtenidos del *National Trauma Data Bank* (versión 8.1). Se incluyeron adultos con *Injury Severity Score* (ISS) ≥ 9 que fueron atendidos en centros de trauma de nivel 1 y 2, durante el 2007.

Las fracturas de cadera se definieron como aquéllas que ocurrieron en pacientes de 65 años o mayores, lesionados como resultados de caídas, con códigos AIS (*Abbreviated Injury Scale*) de fractura de cadera y sin otra lesión significativa. Se utilizó la regresión logística para predecir la mortalidad en cada centro. Se utilizó la proporción de mortalidad observada sobre la predicha, para evaluar el desempeño de los centros, incluyendo y excluyendo las fracturas de cadera.

Resultados. Se identificaron 91.152 pacientes en 132 centros, 5% con fractura de cadera. La proporción de pacientes con fractura de cadera en cada centro varió significativamente, en un rango de 0% a 30%. Al evaluar la mortalidad ajustada, la exclusión de las fracturas de cadera tuvo un efecto significativo, ya que 37% de los centros cambiaron de puesto en la evaluación del desempeño.

Conclusión. La inclusión de fracturas de cadera varía significativamente en los centros en el *National Trauma Data Bank*. Como los métodos estadísticos no pueden ajustar dicha variabilidad, los pacientes con fractura de cadera deben excluirse de los registros de pacientes en los centros de trauma.

01-030

Factores asociados con la necesidad de más de una laparotomía en pacientes con peritonitis grave

Carlos A. Ordóñez, Marisol Badiel,
Luis Fernando Pino, John Loaiza,
Fernando Rosso, Marcela Granados,
Gustavo Ospina, Juan Carlos Puyana
Fundación Valle de Lili, Universidad del Valle e *Institute for Clinical Research Education*, Pittsburgh University
Cali, Colombia
ferpmd@gmail.com

Introducción. Un tercio de los pacientes con peritonitis secundaria grave requieren, al menos, de una segunda laparotomía para el control de la infección. No obstante, no se han logrado identificar los factores asociados a la una segunda laparotomía desde la primera intervención.

Objetivo. Identificar los posibles factores asociados a la necesidad de una segunda laparotomía, en pacientes con peritonitis secundaria grave.

Materiales y métodos. Se incluyeron todos los pacientes adultos con diagnóstico de peritonitis secundaria grave sometidos a cirugía entre 2004 y 2009. Se excluyeron los pacientes con peritonitis secundaria por apendicitis. El desenlace fue la necesidad de una o más nuevas intervenciones después de la laparotomía índice. Se hizo análisis bivariado y multivariado.

Resultados. Se incluyeron 247 pacientes del registro PERIT. Se seleccionaron 212 con peritonitis secundaria grave para el análisis. En 87 (41%) se necesitó más de una segunda laparotomía. La mediana de repetición de laparotomías fue de 3. La peritonitis secundaria grave se asoció al colon en 94 (44,3%) casos y al intestino delgado en 83 (39,2%). Hubo infección por bacilos Gram negativos en 53,3%, por Gram positivos en 16,5% y por hongos en 4,7%. La mortalidad global fue de 17% (n=36). El análisis multivariado se describe en la tabla 1.

Más de una nueva laparotomía	Odds ratio	P>z	IC95%	
APACHE II>15	3,28	0,000	1,69	6,35
Posquirúrgica	3,40	0,001	1,64	7,05
Generalizada	2,97	0,015	1,24	7,14
SOFA>15	2,83	0,002	1,46	5,48

Este modelo predijo el 76,8% de los sujetos que necesitaron nuevas laparotomías posteriores (*Goodness of Fit Test*, p=0,699).

Conclusión. Los pacientes con peritonitis secundaria grave de origen posquirúrgico, generalizada, con APACHE II mayor de 15 al ingreso a la unidad de cuidados intensivos y SOFA mayor de 4, tienen una mayor probabilidad de necesitar más de una segunda laparotomía durante su hospitalización.

01-037

¿Cuál es la evolución de la peritonitis secundaria a cirugía oncológica abdominal en cuidados intensivos?, informe preliminar

Fernando José Pereira, Alexander Obando,
Juan Camilo Álvarez, Isabel Cristina Herrera,
Andrea Hernández, Mario Muñoz
Instituto de Cancerología, Clínica Las Américas, Instituto de Cancerología y Universidad CES
Medellín, Colombia
drfernandopereira@gmail.com

Introducción. A pesar de realizar tratamientos quirúrgicos apropiados en pacientes mejor seleccionados, disponer de unidades de cuidados intensivos con tecnología de vanguardia, emplear adecuadamente los antibióticos disponibles y comprender la fisiopatología de la peritonitis, la tasa de mortalidad para esta enfermedad ha cambiado muy poco en los últimos 50 años y, según su causa y gravedad, puede llegar a ser de 30% a 35%.

Las complicaciones de la peritonitis han aumentado en las unidades de cuidados intensivos; existe un sinnúmero de razones que justifican este incremento. Destacamos mayor agresividad y duración de los procedimientos quirúrgicos, peores condiciones de la población que se interviene y la presencia de enfermedades concomitantes subyacentes para las cirugías oncológicas agresivas.

Objetivo. Analizar y describir la evolución de los pacientes oncológicos del Instituto de Cancerología que presentaron peritonitis y fueron manejados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Las Américas de Medellín.

Materiales y métodos. Se hizo un estudio de cohorte retrospectiva del 1° enero de 2007 al 31 diciembre de 2009, de pacientes que habían ingresado con peritonitis posterior a cirugía oncológica y no oncológica, como grupo de comparación, con una estancia en la unidad de cuidados intensivos mayor de 48 horas. Se analizaron las variables cuantitativas y cualitativas y sus desenlaces. Se determinó la mortalidad hospitalaria entre los dos grupos.

Resultados. Se evaluaron 59 pacientes, de 101 seleccionables, 30 (50,8%) oncológicos y 29 no oncológicos, con una distribución por sexo homogénea en los dos grupos. La edad promedio fue de 67,2 años en la cirugía oncológica Vs. 59 años en la cirugía no oncológica. El 66% de los pacientes del primer grupo y 58,6% del segundo, presentaron enfermedades concomitantes.

La evolución en la unidad de cuidados intensivos fue similar en los dos grupos: 13 días el primero Vs. 17 días el segundo. Los dos grupos tuvieron índices pronósticos similares: APACHE II (16,3 Vs. 19,6) y POSSUM (39,5 Vs. 35,3), respectivamente, pero con un índice Manheim mayor de 22 en el primero y uno menor de 22 en el segundo. La mortalidad, hasta el momento, es mayor en el segundo grupo 9 (31%) Vs. 5 (16,7%) en el primero.

Conclusiones. Teniendo publicaciones muy limitadas en esta área, siempre se especula que el paciente oncológico tiene peor desenlace cuando presenta complicaciones posoperatorias, y existe cierta resistencia para volver a intervenirlo y manejarlo en la unidad de cuidados intensivos. Con el desarrollo final del trabajo, esperamos proporcionar herramientas útiles que nos ayuden en la toma de decisiones correctas y oportunas.

01-039

Microbiología de la peritonitis secundaria adquirida en la comunidad, Clínica CES, enero de 2005 a abril de 2010

Sergio Díaz, Diana Carolina Ríos, Felipe Vanegas, Felipe Solórzano, Juan David Martínez, Carlos Andrés Calle, Rogelio Matallana
Universidad CES
Medellín, Colombia
dianar34@hotmail.com

Introducción. La toma de cultivos durante la primera intervención quirúrgica no ha demostrado ser de utilidad para definir el tratamiento antibiótico definitivo. Sin embargo, es de utilidad para conocer la flora local y determinar el antibiótico que se puede usar empíricamente.

Objetivo. Describir los gérmenes aerobios más comúnmente encontrados en una peritonitis secundaria, en pacientes de la comunidad y determinar la resistencia a los antibióticos empíricos más usados.

Materiales y métodos. Se llevó a cabo un estudio descriptivo, retrospectivo, en la Clínica CES, de pacientes operados entre enero de 2005 y abril de 2010, con diagnóstico de peritonitis secundaria. Se excluyeron los pacientes con trauma penetrante, en el periodo posoperatorio con hospitalización mayor de tres días y a los que no se les había tomado cultivo. Se analizó el resultado del cultivo tomado en la primera cirugía.

Resultados. Se revisaron 220 historias, 84 de las cuales cumplían los criterios de inclusión. Entre otros resultados, se encontró como principal causa de peritonitis la apendicitis aguda (26%). El germen más aislado fue *Escherichia coli* (24%). En 47% de los cultivos no creció ningún germen. En general, 22% de los gérmenes eran resistentes al antibiótico empírico. De los gérmenes resistentes, *E. coli* fue el más común (66%) y presentó

resistencia en 17,6% de los casos a trimetoprim-sulfametoazol, en 11,8% a ciprofloxacina y en 8,8% a ampicilina-sulbactam.

Conclusiones. El germen más comúnmente encontrado en la peritonitis secundaria de la comunidad fue *E. coli*. La mayoría de los gérmenes encontrados en este estudio no fueron resistentes al antibiótico empírico. El cultivo inicial no modifica la terapia antibiótica definitiva.

01-040

Control de daños en el manejo de trauma de tórax

Juan Sebastián Martínez, Julio Rodríguez, Mauricio Millán, Carlos A. Ordóñez, Alberto Federico García

Hospital Universitario del Valle y Fundación Valle del Lili
Cali, Colombia
sebasmarti75@yahoo.com

Introducción. Las técnicas de control de daños han sido aplicadas en el manejo de traumatismos abdominales críticos. Su uso se ha extendido a otras áreas anatómicas y a problemas diferentes al trauma. Los reportes de estas técnicas en el trauma torácico son escasos y en pocos pacientes.

Objetivo. Analizar los resultados de los pacientes con trauma torácico, manejados con control de daños en el Hospital Universitario del Valle y la Fundación Valle de Lili.

Materiales y métodos. Se revisaron retrospectivamente los pacientes con trauma de tórax que requirieron técnicas de control de daños, como parte de su manejo quirúrgico, entre enero de 2006 y diciembre de 2009, en las instituciones mencionadas.

Resultados. Se identificaron 19 casos, de los cuales, 17 eran hombres. La edad fluctuó entre los 15 y los 50 años (mediana Rango intercuartílico (RIC), 19 a 34 años). El trauma se produjo por arma blanca en cinco sujetos, por arma de fuego en 13 y fue cerrado en uno. El *Revised Trauma Score* (RTS) fluctuó entre 1,16 y 7,84 (mediana, 7,1; RIC, 6,08 a 7,55), y el *Injury Severity Score* (ISS), entre 10 y 54 (mediana, 26 RIC, 24 a 41). Las estructuras torácicas lesionadas fueron: corazón en 4 casos, pulmón en 16, pared torácica en 11, sistema vascular en 8 y esófago en 1. En 10 casos hubo trauma abdominal asociado.

Se practicó neumorrafia en nueve pacientes, tractotomía o resección pulmonar en cuña en tres, lobectomía primaria en uno, y neumonectomía en un caso, después de pinzamiento del hilio pulmonar durante 18 horas como parte del control de daños. La lesión pulmonar fue manejada primariamente con empaquetamiento en dos pacientes, y el empaquetamiento fue el complemento del manejo del trauma pulmonar en 9.

Un paciente desarrolló dilatación cardíaca aguda y fue manejado con un parche de *viaflex* en el pericardio. El manejo del trauma de la pared torácica requirió empaquetamiento en tres ocasiones. Una herida de vena subclavia fue suturada; las lesiones vasculares restantes se trataron con injerto o se suturaron. En cinco oportunidades el manejo se complementó con empaquetamiento.

En total, en 16 pacientes se hizo empaquetamiento y en 14 se realizó cierre no convencional de la pared torácica (empaquetamiento y cierre de la piel).

Cuatro pacientes fallecieron.

Conclusión. El control de daños tiene aplicación en el manejo quirúrgico de las lesiones traumáticas críticas.

01-045

Ecocardiograma, estudio indispensable para pacientes estables con lesiones no precordiales por arma de fragmentación

Daniel Ruiz, Jorge Gutiérrez, Iván Katime Orcasita, William Sánchez
Hospital Militar Central y Universidad Militar Nueva Granada
Bogotá, D.C., Colombia

Introducción. El trauma torácico, cerrado o penetrante, continúa siendo la segunda causa de muerte después de la enfermedad coronaria, en pacientes menores de 40 años. En nuestro país se libra un conflicto irregular que involucra a combatientes legítimos y al margen de la ley, además de la población civil en general; cada día son más frecuentes los traumas de guerra en nuestros servicios de urgencias y, dado que generan lesiones diferentes a los civiles, asimismo cambian los algoritmos de manejo y los paradigmas establecidos en la cirugía de trauma.

Presentamos dos casos de soldados profesionales que sufrieron trauma torácico penetrante en el área no precordial con herida cardíaca secundaria, por

dispositivos explosivos improvisados de fragmentación en dos circunstancias diferentes, uno en área de combate y otro en ejercicio militar dentro de una guarnición de entrenamiento.

Objetivo. Incluir en el algoritmo de manejo del trauma de tórax penetrante por arma de fragmentación, la práctica de ordenar un ecocardiograma de rutina para excluir lesiones cardiacas potencialmente fatales en todos los casos, dada la trayectoria errática e impredecible de este tipo arma y la presentación clínica atípica de estas lesiones.

Materiales y métodos. Se presentan dos casos de trauma cardiaco penetrante no precordial por arma de fragmentación, con la documentación gráfica del trauma de guerra manejado en nuestra institución y su análisis respectivo, así como la escasa bibliografía disponible en la literatura.

Resultados. El primer paciente presentó herida penetrante en hemitórax derecho a la altura de la línea medio-clavicular con orificio puntual, quien llegó estable sin estado de choque ni signos de taponamiento cardiaco y tubo de tórax sin producción, y con ventana ecocardiográfica positiva por escaso líquido. El paciente fue llevado a cirugía en la que se encontró una lesión de la unión cavo-auricular. El segundo paciente presentaba una lesión penetrante infraescapular izquierda, 48 horas antes de su ingreso; se colocó tubo de tórax izquierdo y se obtuvo drenaje hemático. Estando estable, el paciente se llevó a cirugía en la que se encontró una lesión del ventrículo izquierdo y de la base pulmonar.

Conclusiones. En las lesiones penetrantes de tórax por arma de fragmentación, los trayectos son impredecibles. Por lo anterior, es necesario realizar estudios diagnósticos exhaustivos para descartar lesiones potencialmente fatales que puedan pasar desapercibidas. En los centros especializados se debe considerar de rutina el ecocardiograma en este tipo de pacientes y, si no está disponible, se debe realizar una ventana pericárdica.

01-046

Laparoscopia: herramienta diagnóstica y terapéutica en trauma abdominal cerrado secundario a onda explosiva

Daniel Gómez, Iván Katime Orcasita, Diego Peña, William Sánchez

Hospital Militar Central y Universidad Militar Nueva Granada
Bogotá, D.C., Colombia
sanchez.william@cable.net.co

Introducción. El trauma por explosión representa uno de los mecanismos de trauma más importantes en Colombia. Actualmente, el lavado peritoneal y la tomografía computadorizada (TC) abdominal no son ciento por ciento sensibles ni específicos para identificar lesiones intraabdominales. Es muy complejo descartar una lesión intraabdominal en trauma no penetrante que presente serio compromiso de los tejidos blandos de la pared abdominal. Por otro lado, hoy en día, con la tecnología quirúrgica y diagnóstica que tenemos disponibles es inaceptable una laparotomía en blanco por el posible incremento de la morbilidad y la mortalidad.

Objetivo. Evaluar la introducción de la laparoscopia en el algoritmo diagnóstico y terapéutico en el manejo del trauma abdominal por explosión.

Materiales y métodos. Se hizo una revisión retrospectiva de los casos de pacientes heridos en operaciones militares por dispositivos explosivos improvisados (bombas y minas antipersona), vistos entre enero de 2008 y junio de 2009, de los cuales se seleccionaron 20 que cumplían los criterios de inclusión, es decir, sin estigmas de lesión abdominal penetrante, estables desde el punto de vista hemodinámico (presión arterial sistólica mayor de 90 mm Hg), ecografía FAST (*Focused abdominal sonogram for trauma*) positivo, placa de tórax negativa para presencia de neumoperitoneo y examen físico no indicativo de abdomen agudo. Los datos se analizaron utilizando los programas SPSS y Microsoft Excel.

Resultados. Todos los pacientes eran soldados de sexo masculino. De este grupo, se seleccionaron 20 con edades entre los 21 y los 32 años. La palpación abdominal no era sugestiva en todos los pacientes debido al extenso compromiso de los tejidos blandos y del sistema osteomuscular con fracturas asociadas (n=15), el uso previo al ingreso de medicamentos opiodes para el control del dolor (n=5) o la sedación (n=5). Diez pacientes presentaban hemoperitoneo (50%); 8 de ellos tenían hematoma de colon (80%) y dos, lesiones de grado II en bazo (20%). No se encontraron lesiones intraabdominales en 8 pacientes (40%) y en dos la intervención se convirtió a laparotomía por perforación intestinal.

OTROS

01-004

Experiencia en cirugía videolaparoscópica básica y avanzada en endocirugía

Ricardo Daguer, Rafael McCausland, Roberto Quintero, Álvaro Rojas, Jesús Valle
Clínica La Asunción y Clínica del Prado
Barranquilla, Colombia
rdaguer@hotmail.com

Introducción. La videolaparoscopia juega un papel importante en el desarrollo de la cirugía moderna. A pesar del incremento de esta técnica a nivel mundial, en nuestro medio encontramos limitaciones para su práctica. Somos un grupo de cirujanos de Barranquilla que realizamos la mayoría de los procedimientos con esta técnica. Se presenta nuestra experiencia de los últimos seis años.

Objetivo. Presentar la experiencia en cirugía videolaparoscópica básica y avanzada de un grupo quirúrgico de Barranquilla (endocirugía).

Materiales y métodos. Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo. Se revisaron 3.058 pacientes operados, en el lapso comprendido entre 2004 y 2009.

Resultados. Recopilamos 3.058 expedientes de cirugías, distribuidas de la siguiente forma: 7 adrenalectomías; 45 apendicectomías; 28 biopsias; 27 cirugías antirreflujo; 521 cirugías bariátricas; 6 cirugías de colon; 20 cirugías ginecológicas; 2.131 colecistectomías; 3 colangiografías; 1 colostomía; 11 drenajes de colección intraabdominal; 2 esplenectomías; 13 hernioplastia; 17 lisis de adherencias; 7 miotomías de Heller; 9 simpatectomías; y 210 videolaparoscopias diagnósticas.

Se presentaron complicaciones equivalentes al 0,8% y una tasa de conversión de 0,3%.

Conclusiones. La cirugía por videolaparoscopia es un procedimiento seguro en manos experimentadas, con una curva de aprendizaje de acuerdo con la complejidad de cada enfermedad. Queremos que nuestra experiencia sirva de incentivo y se formen más grupos a nivel nacional. Somos conscientes de las dificultades técnicas, administrativas y económicas para la práctica de la cirugía mínimamente invasiva en nuestro sistema de salud. Creemos que el trabajar en grupo y el ser dueños de los equipos de video, aminora los costos y

aumenta el volumen de cirugías, lo cual disminuye las complicaciones.

01-015

Simpatectomía lumbar laparoscópica: ¿un procedimiento olvidado?, utilidad clínica

Luis Gerardo Cadavid, Rogelio Matallana, Sergio Díaz, Gonzalo Gómez
Universidad CES
Medellín, Colombia
chalo_gomez@yahoo.com

Introducción. La simpatectomía lumbar es un procedimiento que era ampliamente utilizado y que, en la actualidad, tiene su aplicación en pacientes muy seleccionados. A lo anterior se le ha sumado el hecho de que el abordaje retroperitoneal por laparoscopia disminuye el trauma y mejora el manejo del periodo posoperatorio de los pacientes.

Objetivo. Evaluar los resultados de los pacientes a quienes se les practicó simpatectomía lumbar por laparoscopia.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio prospectivo, realizado desde el año 2008, en una serie de casos de ocho pacientes, con rango de edades de 22 a 72 años, sin diferencia de sexo, y con diagnósticos de hiperhidrosis, síndrome de Buerger, úlcera de Martorell, vasculitis con vasoespasmo y arterioesclerosis con úlcera isquémica. Fueron atendidos en el Servicio de Cirugía Vascular y Laparoscopia Avanzada de la Clínica del Rosario y la Universidad CES, y operados por abordaje laparoscópico retroperitoneal, con resección selectiva de la cadena simpática lumbar. Se realizó seguimiento clínico de los pacientes.

Resultados. En seis pacientes se practicó simpatectomía unilateral, dos de manera bilateral (hiperhidrosis y síndrome de Buerger). La estancia hospitalaria promedio fue de 24 horas, con una paciente manejada de manera ambulatoria. De los ocho pacientes en seguimiento, seis continúan asintomáticos, sin progresión de la enfermedad, y sólo dos pacientes presentaron recaída de la enfermedad. No se presentaron complicaciones asociadas al procedimiento.

Conclusión. La simpatectomía lumbar es un procedimiento con resultados satisfactorios en pacientes bien seleccionados, a quienes no se les puede ofrecer otras opciones terapéuticas. Además, el abordaje por laparoscopia permite una cirugía con poca morbilidad y estancia hospitalaria corta.

01-023

Laparoscopia diagnóstica temprana en pacientes con dolor abdominal inespecífico: revisión sistemática de la literatura

Luis Carlos Domínguez, Álvaro Enrique Sanabria, Neil Valentín Vega, Camilo Osorio

Universidad de La Sabana y Pontificia Universidad Javeriana Chía, Colombia

lucardo61@gmail.com

Introducción. Los pacientes con dolor abdominal inespecífico son frecuentes en urgencias. La laparoscopia diagnóstica temprana es una alternativa para su estudio. Sin embargo, los datos disponibles no permiten recomendar que la laparoscopia diagnóstica temprana pueda utilizarse de forma rutinaria.

Objetivo. Esta revisión sistemática presenta la evidencia disponible en estudios clínicos controlados que comparan la laparoscopia diagnóstica temprana con la observación clínica activa en pacientes con dolor abdominal inespecífico.

Materiales y métodos. Se hizo una revisión sistemática de los estudios clínicos controlados, comparando la laparoscopia diagnóstica temprana con la observación clínica activa, en pacientes con dolor abdominal inespecífico. El desenlace primario fue el número de pacientes con hallazgos positivos y negativos, y la utilidad de cada método para evaluarlos. Los desenlaces secundarios incluyeron la morbilidad, la mortalidad, los costos y la calidad de vida.

Resultados. Se incluyeron cinco estudios clínicos controlados en el análisis, con un total de 921 pacientes: 460 con laparoscopia diagnóstica temprana y 461 bajo observación clínica activa. Hubo mejor rendimiento de la primera para establecer un diagnóstico (79,2%-96,9%) comparada con la segunda (28,1%-78,1%). Sin embargo, la utilidad final de la laparoscopia diagnóstica temprana es menor (10,9%-86,5%). Al comparar la práctica de la endoscopia con la observación clínica, se

encontró: mortalidad de 1,65% Vs. 1,63%; morbilidad de 1,15%-23,72 Vs. 1,9 %-31,14%, y estancia hospitalaria de 1,3 a 4,18 días Vs. 2 a 7,3 días, respectivamente. La calidad de vida mejora según los datos de un estudio clínico controlado, en el que se utilizó el *Well Being Score* a las seis semanas. Dada la heterogeneidad de la calidad de los estudios, no es posible conducir un metanálisis.

Conclusión. Existe gran heterogeneidad en los estudios que comparan la laparoscopia diagnóstica temprana con la observación clínica activa en casos de dolor abdominal inespecífico. Los datos sugieren que la laparoscopia tiene un mejor rendimiento diagnóstico; sin embargo, su utilidad es cuestionable. No es posible recomendar de forma rutinaria el uso de laparoscopia diagnóstica temprana en pacientes con dolor abdominal inespecífico.

01-038

Aporte económico de los internos y residentes de Cirugía General de la Universidad Surcolombiana a la E.S.E Hospital Universitario de Neiva

Luis Eduardo Sanabria

Universidad Surcolombiana y Hospital Universitario de Neiva Neiva, Colombia

lesanabria@gmail.com

Introducción. La administración del Hospital Universitario de Neiva tradicionalmente ha cuestionado el aporte económico de la Universidad Surcolombiana y ve en el convenio docencia-asistencia una debilidad y no una oportunidad. Dos trabajos del posgrado en Gerencia y Servicios de Salud y Seguridad Social de la Universidad Surcolombiana intentaron cuantificarlo en 1998 y 2005.

La Constitución Política de 1991, el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, el Sistema General de Seguridad Social, la Ley 100 de 1993, los convenios docencia-asistencia (Decreto 190 de 1996) y la Ley 1164 de 2007 obligan no sólo a la habilitación sino a la acreditación de los hospitales universitarios y limitan la enseñanza tradicional priorizando la seguridad del paciente.

Objetivo. Cuantificar en el periodo comprendido entre el 1º de mayo de 2008 y el 30 de abril de 2009 en la E.S.E. Hospital Universitario de Neiva “Hernando

Moncaleano Perdomo”, III nivel de atención con 350 camas, el valor de las ayudantías quirúrgicas, revistas de piso, atención de urgencias, consulta externa de cirugía general y de las subespecialidades (gastro-oncología, tórax, seno, cabeza y cuello, trasplante renal, clínica de heridas, soporte metabólico y nutricional) en las que intervienen los estudiantes de pregrado y posgrado de la Universidad Surcolombiana.

Materiales y métodos. Se revisó la estadística reportada a la Superintendencia Nacional de Salud, las subgerencias, la hospitalización, la coordinación de cirugía y urgencias, las agendas del personal de planta y de contrato a través de la Cooperativa de Trabajo Asociado que los agrupa, los horarios y el funcionamiento de los médicos internos y residentes.

La información de los libros de cirugía, ayudantías y procedimientos programados y urgentes, el registro de consulta externa y de urgencias, las interconsultas, las remisiones, la unidad de cuidados intensivos, de gastro-oncología, seno, cabeza y cuello, tórax, trasplantes, soporte metabólico y nutricional, se cruzó, se filtró y se ajustó a lo que realmente se había hecho en tablas de Microsoft Office Excel 2007. Para la fecha, el valor de la hora médica correspondía a Col\$ 42.500 y el de las ayudantías a la facturación y contratación vigente a tarifas ISS 2001 y SOAT 2008-2009.

Resultados. Se cuantificó un aporte mínimo total anual de Col\$ 601'734.830, con ayudantías quirúrgicas a tarifas ISS 2001, de Col\$ 644'566.046 a tarifas SOAT 2008-2009, que se discriminaba en: Col\$ 159'778.750 (26,6%-24,8%) revistas de piso; Col\$ 62'050.000 (10,3%-9,6%), cirugía de tórax; Col\$ 62'050.000 (10,3%-9,6%), gastro-oncología; Col\$ 93'075.000 (15,5%-14,4%), soporte metabólico y nutricional; Col\$ 10'625.000 (1,8%-1,6%), clínica de heridas, y Col\$ 214'156.080 (35,6%), ayudantías quirúrgicas ISS 2001 o Col\$ 256'987.296 (39,9%) ayudantías quirúrgicas SOAT 2008-2009.

No se consideró el aporte económico en consulta externa pues se mantiene la productividad en 3,09 pacientes por hora, y en la atención de urgencias debido a la disponibilidad de 24 horas del cirujano de urgencias del Hospital Universitario de Neiva.

Conclusión. Se reporta un aporte mínimo de Col\$ 601'734.830 anuales (Col\$ 53'880.504 mensuales) a

tarifas ISS 2001; el mayor aporte es dado por las ayudantías quirúrgicas (35,6%), seguido de las revistas de piso (26,6%), que sumados corresponden al 62,2%. El convenio docencia-asistencia se convierte, en lo referente a cirugía general, en una fortaleza y una oportunidad. No se discute el aporte docente, científico y de investigación de la Universidad Surcolombiana al Hospital Universitario de Neiva, que se refleja en calidad y prestigio.

01-043

Descripción epidemiológica de los tumores neuroendocrinos, Hospital Universitario del Valle

Jaime Rubiano, María Antonieta Barrera
Universidad del Valle
Cali, Colombia
datinka55@hotmail.com

Introducción. Los tumores neuroendocrinos constituyen un grupo heterogéneo de neoplasias. Se originan en las células neuroendocrinas de la cresta neural y se localizan en diversos órganos; son poco frecuentes y su incidencia anual por edad es de 5,25 casos por 100.000 habitantes; la mayoría son esporádicos y no presentan una causa ni factores de riesgo conocidos. Con este trabajo queremos describir el comportamiento de esta enfermedad en nuestra institución.

Objetivos. Describir las características epidemiológicas de los pacientes con tumores neuroendocrinos, caracterizar la ubicación y el grado de compromiso tumoral, e identificar la tasa de mortalidad y los factores relacionados.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio descriptivo, en 30 pacientes con diagnóstico de tumor neuroendocrino. Se consideraron variables como la edad, el sexo, la presentación clínica, el órgano comprometido, la cirugía y la resección tumoral completa; además, se analizaron la mortalidad y los factores relacionados, que nos ayudan a entender esta enfermedad.

Resultados. Se incluyeron 30 pacientes, 16 mujeres y 14 hombres, 90% de ellos mayores de 40 años. El principal motivo de consulta fue el dolor abdominal agudo y crónico. Se sometieron a cirugía 25 pacientes, 14 de ellos de urgencias. En 23 casos había compromiso del aparato gastrointestinal y, el apéndice, el colon, el

páncreas, el recto y el intestino delgado fueron los órganos más frecuentemente afectados. Once pacientes fallecieron a causa del tumor, siete de ellos durante su primera hospitalización, todos mayores de 40 años, con enfermedad metastásica y compromiso extenso de la enfermedad, casi todos del sistema gastrointestinal.

Conclusiones. En nuestra población, el aparato gastrointestinal es el más comprometido, en mayores de cuarenta años, con una tasa significativamente alta de mortalidad, a diferencia de lo encontrado en la literatura, debida a que cuando consultan, el compromiso es extenso.



CASOS CLÍNICOS

CABEZA Y CUELLO

02-002

Carcinoma avanzado de tiroides invasivo a la luz de laringe y tráquea

Andrés Ignacio Chala, Jorge R. Villamizar, Carlos Darío Aguilar, Carlos R. Villegas
Facultad de Ciencias para la Salud, Universidad de Caldas Manizales, Colombia

Introducción. El carcinoma avanzado de tiroides que invade la luz de la laringe y la tráquea, se presenta en cerca de 3,6% de todos los cánceres. Implica un verdadero reto quirúrgico para buscar una adecuada resección con la menor morbilidad posible, dado que con el tratamiento multimodal posquirúrgico se espera una supervivencia prolongada.

Materiales y método. Se presenta una serie de casos de 14 pacientes tratados por el grupo en los últimos 18 meses, con estados avanzados de carcinoma de tiroides que invadía la luz de la tráquea o de la laringe, y que, además de la cirugía convencional, requirieron resección traqueal con reconstrucción o laringectomía parcial o total. Algunos de ellos presentaban, concomitantemente, invasión vascular, esofágica o de hipofaringe.

Resultados. Los tipos histológicos comprendieron carcinoma anaplásico, papilar, folicular, medular y escamocelular. Se evaluó la forma de presentación, el tratamiento, la morbilidad y la mortalidad.

Conclusiones. El carcinoma avanzado de tiroides con invasión de la luz de tráquea y laringe, requiere resecciones quirúrgicas extensas con el ánimo de obtener

la curación oncológica y producir las menores secuelas posibles. Se han diseñado y propuesto diferentes técnicas de manejo de la invasión con medidas temporales, como los *stents*, la radioterapia sin resección, etc. De todas formas, el método más adecuado es la resección completa y oncológica del tumor, con reconstrucción, generalmente asociado a radioterapia y, en los cánceres diferenciados, a terapia de yodo.

02-003

Casos complejos de estenosis subglótica

Andrés Ignacio Chala, Jorge R. Villamizar, Augusto Arango
Facultad de Ciencias para la Salud, Universidad de Caldas Manizales, Colombia

Introducción. La estenosis subglótica es una entidad frecuente en nuestro medio que, en general, se asocia con intubación prolongada de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos. Su manejo es quirúrgico y con frecuencia casi como una urgencia, dadas las implicaciones sobre la vía aérea y la vida. En ocasiones, se presenta asociada a otras estenosis, lo que dificulta aún más su manejo.

Materiales y método. Se presenta una serie de casos de 15 pacientes con estenosis subglótica tratados por el grupo en los últimos dos años. La mayoría fue posterior a intubación prolongada, y en dos casos fue idiopática. La mayoría se presentó en hombres en edad productiva, muy sintomáticos por disnea y estridor. Dos pacientes tenían asociada estenosis glótica y uno, estenosis traqueal baja.

Resultados. Los procedimientos fueron resección subglótica y traqueal con reconstrucción. En un caso, el intento quirúrgico fue fallido. Se revisa la presentación, la cirugía, la morbilidad y los resultados finales.

Conclusión. La estenosis subglótica es una entidad de manejo complejo, que requiere adecuadas resecciones y reconstrucciones que le permitan al paciente superar la obstrucción de la vía aérea y mantener adecuadamente la voz y la deglución. Se han propuesto diversas técnicas de ampliación de la luz, plastias, dilataciones, etc., pero el método ideal es la resección con reconstrucción. Se requiere promover medidas profilácticas preventivas de esta entidad, que suele poner en riesgo la vida del paciente.

02-004

Sarcoma fibromixioide submaxilar atípico, presentación de un caso y revisión de la literatura

Andrés Ignacio Chala, Jorge R. Villamizar, César Munar, Eliana Muñoz

Facultad de Ciencias para la Salud, Universidad de Caldas Manizales, Caldas

Introducción. Los sarcomas de tejidos blandos de cuello son raros en niños y, más aún, los de tipo fibromixioide de localización maxilar. Su abordaje terapéutico es complejo dada su ubicación anatómica y las posibles secuelas cosméticas, además del reto diagnóstico para diferenciar las lesiones benignas de las malignas.

Materiales y método. Se trata de una paciente de cuatro años de edad que fue llevada a consulta por una masa submaxilar de crecimiento progresivo que, por su tamaño, se tornó dolorosa. En la tomografía computadorizada (TC) se observó una gran lesión con extensión al maxilar inferior. La biopsia por aspiración con aguja fina (BACAF) no fue conclusiva.

Resultados. Se hizo una resección quirúrgica amplia, con bordes adecuados. El estudio de anatomopatología reportó un sarcoma fibromixioide de bajo grado. Su evolución posquirúrgica y su seguimiento fueron satisfactorios.

Conclusión. El sarcoma fibromixioide de bajo grado es un tumor raro, en especial, si se localiza en cabeza y cuello. Se presenta en pacientes jóvenes y su diagnóstico

histológico suele causar dificultad, por lo que se requieren estudios de inmunohistoquímica. A pesar de su diferenciación, suele asociarse con frecuentes metástasis a pulmón y recidivas. La mejor opción terapéutica es la resección quirúrgica amplia, dada su pobre respuesta a la radioterapia y a la quimioterapia.

02-005

Tiroides lingual, presentación de un caso y revisión de la literatura

Andrés Ignacio Chala, Humberto I. Franco, Rafael Pava, Carlos Darío Aguilar

Facultad de Ciencias para la Salud, Universidad de Caldas Manizales, Colombia

Introducción. La glándula tiroides lingual es una entidad extremadamente rara. En nuestro grupo se ha presentado en una de 1.830 tiroidectomías practicadas. Su presentación clínica puede ser insidiosa y causar obstrucción respiratoria. Puede ser el único vestigio de tiroides en un paciente y puede padecer de cualquier enfermedad que se presente en la glándula tiroides normal.

Materiales y método. Se trata de una paciente de cinco años de edad que fue llevado a consulta por una masa localizada hacia la base de la lengua, con episodios ocasionales de inflamación por trauma que, además, le producía molestias locales, en especial para la deglución, pero que no le causaba obstrucción. Las pruebas tiroideas eran normales y tenía, además, tejido tiroideo cervical evidenciado en una gammagrafía.

Resultado. Se practicó una glosectomía medial parcial con excelente evolución. El estudio de anatomopatología confirmó la presencia de tejido tiroideo lingual. No requirió suplencia hormonal posoperatoria.

Conclusión. La glándula tiroides lingual es una entidad rara, que se presenta con una incidencia menor de 1 por 100.000 nacidos. El manejo es relativamente sencillo; debe hacerse un adecuado diagnóstico de la funcionalidad de la glándula, la presencia de tiroides cervical y de la necesidad de suplencia hormonal posoperatoria, especialmente, dadas las implicaciones en el crecimiento del niño. El tratamiento consiste en glosectomía parcial con adecuada reconstrucción.

02-007

Cáncer papilar tiroideo metastásico al páncreas, reporte del cuarto caso en la literatura mundial

*Fernando José Pereira, Sergio Zúñiga,
Flor María Quintero, Alfredo Martelo*
Instituto de Cancerología, Clínica Las Américas
Medellín, Colombia
drfernandopereira@gmail.com

Introducción. El carcinoma papilar tiroideo es el más común de los cánceres tiroideos, con 87% de los casos. La primera manifestación de carcinoma papilar tiroideo es un nódulo y, con menor frecuencia, metástasis a los ganglios linfáticos regionales. Las metástasis distantes son raras y ocurren en los estadios avanzados, al pulmón, el hueso y los ganglios linfáticos torácicos. Sólo se han publicado tres casos de metástasis de carcinoma papilar tiroideo al páncreas.

Objetivo. Describir este raro caso y conocer las pautas diagnósticas y terapéuticas establecidas con los anteriores tres casos.

Materiales y métodos. Se trata de un paciente de sexo femenino, de 56 años de edad, con un nódulo tiroideo de seis meses de evolución.

En la biopsia tiroidea por aspiración con aguja fina (BACAF) se encontró un carcinoma papilar tiroideo. En la tomografía computadorizada (TC) de cuello, tórax y abdomen se observó una con masa multilobulada de toda la tiroides, de 6 cm x 8 cm, adherida a la tráquea y el esófago, adenopatías del lado derecho del cuello, múltiples nódulos pulmonares difusos y una masa quística en la cola del páncreas de 9 cm en contacto con el colon izquierdo. El antígeno carcinoembrionario y la colonoscopia fueron normales.

Resultados. Se practicó una biopsia guiada por TC indicativa de lesión papilar pancreática benigna. Se programó para cirugía radical tiroidea. El estudio de anatomopatología informó un tumor de 7 cm que correspondía a un carcinoma papilar tiroideo con patrón clásico y folicular. Había compromiso de los ganglios centrales (3/4) y cervicales derechos (6/39). Se clasificó como T4N1bM1 y se decidió dar tratamiento con 200 mCi de yodo radiactivo (I^{131}) más dos dosis por vía intramuscular de 0,9 mg de estimulador de hormona tiroidea recombinante humana (rhTSH). Con TSH de

155 UI/ml, tiroglobulina (TGB) de 1.831 ng/ml y anticuerpos antitiroglobulina (TGBA) de 20 U/l, había captación difusa pulmonar y pretraqueal.

Se evaluó nuevamente el caso con TC abdominal a los ocho meses y se encontró lesión infiltrante de 13 cm x 7 cm en el cuerpo y la cola del páncreas que se extendía al colon descendente. Se propuso tratamiento quirúrgico, pero la paciente no lo aceptaba sin que se hubiera tomado una nueva biopsia. Se confirmó la metástasis pancreática con inmunohistoquímica (TTF y TGB).

En el momento se trata con supresión hormonal de 150 µg diarios de levotiroxina, con TSH de 0, TGB de 721 y TGBA de 14, y lleva una supervivencia de 3 años y 6 meses. Está por definirse si hay consentimiento para cirugía pancreática y, posteriormente, una nueva dosis ablativa de I^{131} .

Conclusiones. Aunque la cirugía pancreática es una aproximación agresiva, es la única alternativa en los pacientes con metástasis por carcinoma papilar tiroideo que no responden a la terapia con I^{131} ; proporciona una adecuada paliación, según los casos reportados. El manejo de pacientes con cáncer tiroideo debe ser interdisciplinario y hecho en un centro de referencia, para optimizar la utilización e interpretación de los recursos y acertar en las conductas terapéuticas.

02-008

Linfoma primario de tiroides, presentación de dos casos y revisión de la literatura

Fernando José Pereira, Sergio Zúñiga
Instituto de Cancerología, Clínica Las Américas
Medellín, Colombia
drfernandopereira@gmail.com

Introducción. El linfoma primario de tiroides representa 1% a 5% de las neoplasias malignas de tiroides y 1% a 2% de los linfomas extraganglionares. Los pacientes con tiroiditis linfocítica crónica tienen alto riesgo de desarrollar linfoma primario de tiroides. El tratamiento de este linfoma ha cambiado en los últimos 30 años, con avances en la quimioterapia y en la radioterapia.

Objetivo. Fue revisar la literatura y discutir los recientes desarrollos en el diagnóstico y tratamiento del linfoma primario de tiroides.

Materiales y métodos. Se presentan dos casos clínicos de pacientes de sexo femenino, uno de ellos, una mujer de 70 años, con progresión en seis meses de masa tiroidea, sin síntomas compresivos. En la biopsia por aspiración con aguja fina (BACAF) de tiroides se encontró una neoplasia folicular. Se sometió a cirugía y biopsia por congelación, en la cual se informó tiroiditis linfocítica crónica; el estudio histopatológico definitivo reveló un linfoma difuso de células grandes de fenotipo B. Los exámenes de extensión de hemato-oncología fueron normales. Se consideró la cirugía como tratamiento único.

El segundo caso fue una mujer de 61 años, con una masa cervical anterior de crecimiento rápido en tres meses y sensación de “ahogo”. La tomografía axial cervical reveló una lesión tiroidea que se extendía al mediastino. En la biopsia por aspiración con aguja fina se informó una tiroiditis linfocítica. Se sometió a cirugía y biopsia por congelación, cuyo informe indicó sospecha de malignidad. El reporte histopatológico definitivo fue de linfoma folicular. Recibió tratamiento complementario de quimioterapia con rituximab-ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisolona (R-CHOP).

Resultados. El linfoma primario de tiroides es más común en mujeres entre los 50 y los 80 años. Típicamente se presenta como una masa de tiroides de rápido crecimiento y disfonía, estridor o disfagia; crece más rápido que otras neoplasias malignas de tiroides, con excepción del carcinoma anaplásico. Produce síntomas de tipo B, como fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso. La edad avanzada es un factor que ensombrece el pronóstico. El 90% de los pacientes lo presentan en estadio temprano, en el que la terapia local puede ser curativa; en los casos de linfomas agresivos, como el difuso de células B, son más apropiados los esquemas de tratamiento con R-CHOP.

Conclusiones. El linfoma primario de tiroides es poco frecuente. Los dos casos presentados nos enseñan que para un adecuado tratamiento, es fundamental un diagnóstico correcto y rápido, en conjunto entre el cirujano, el patólogo y el hemato-oncólogo.

02-021

Escisión amplia de cuello: una opción para el cáncer de tiroides localmente avanzado

Carlos Iván Rodríguez, Andrey Moreno

Universidad Nacional de Colombia

Bogotá, D.C., Colombia

Introducción. Se presenta el caso de un paciente a quien se le practicó escisión amplia cervical, reconstrucción del tubo digestivo con colgajo libre de yeyuno y traqueostomía.

Objetivo. Presentar la escisión amplia cervical como una opción de manejo para el cáncer de tiroides localmente avanzado y revisar el tema.

Material y método. Se hizo la revisión completa de la historia clínica, incluyendo el análisis de las imágenes preoperatorias, el procedimiento quirúrgico y la evolución posoperatoria. Se revisó la literatura para evaluar los resultados de otros casos y definir las indicaciones del procedimiento.

Resultados. Se trata de una mujer de 62 años, con un cuadro clínico de tres meses de evolución de disfonía y disfagia, asociado posteriormente a una masa en el cuello. Los hallazgos imaginológicos sugirieron la presencia de un tumor originado en el lóbulo tiroideo izquierdo, que comprimía y desplazaba la vía aérea superior.

Una vez completados los estudios de extensión, se sometió a cirugía y se encontró un gran tumor tiroideo que infiltraba la vía aérea superior y el esófago, razón por la cual se practicó tiroidectomía y laringectomía total, esofagectomía cervical con reconstrucción con colgajo libre de yeyuno, gastrostomía y traqueostomía. La evolución posoperatoria fue excelente.

El estudio histopatológico reportó un carcinoma de tiroides de tipo papilar (20%) de células claras y altas, con áreas de carcinoma pobremente diferenciado (80%), de subtipo insular, que reemplazaba la totalidad del órgano.

Una vez estable, tolerando la dieta normal y con adecuado manejo de la traqueostomía, se remitió para manejo médico. Este procedimiento radical mejoró la expectativa y la calidad de vida.

Conclusión. La escisión amplia cervical es una opción de manejo para el cáncer de tiroides localmente avanzado y debe considerarse como un procedimiento adecuado que podría mejorar la expectativa y la calidad de vida del paciente.

02-024

Cáncer de hipofaringe, reconstrucción con colgajo del músculo pectoral mayor, una opción terapéutica

Adonis Tupác Ramírez, Alejandro Lindarte
Hospital Universitario de Neiva y Universidad Surcolombiana
Neiva, Colombia
adoracu74@hotmail.com

Introducción. Los cánceres de hipofaringe usualmente son agresivos en su comportamiento, crecen en una zona con abundante drenaje linfático, no producen signos ni síntomas y se presentan en personas con desnutrición importante y con supervivencia comprometida.

El manejo es difícil a pesar de los avances en las técnicas quirúrgicas y el manejo multidisciplinario, con frecuente recidiva, pobre supervivencia y alteraciones significativas en la deglución y en la fonación. Uno de los retos en el manejo es la reconstrucción, con una indicación definida del uso de técnicas de microcirugía con colgajos libres, incluyendo colgajos músculo-cutáneos y de yeyuno, y con opción del uso de colgajos músculo-cutáneos pediculados.

Metodología. Se reporta un caso clínico de un hombre de 70 años de edad, con un cuadro clínico de un año de evolución de alteraciones de la deglución, importante pérdida de peso y aparición de metástasis ganglionares bilaterales. Se practicó una nasofibrolaringoscopia en la que se encontró una lesión tumoral que comprometía la hipofaringe en toda su extensión y de forma circunferencial (T4N3M0). El paciente fue sometido a laringofaringectomía total con vaciamiento radical modificado bilateral y reconstrucción con colgajo de músculo pectoral mayor. Como complicación, se presentó una pequeña fístula anterior. Recibió radioterapia, con un seguimiento desde hace un año negativo para recidivas y con adecuada deglución pero sin fonación.

Conclusiones. Existen diferentes opciones para la reconstrucción de la hipofaringe, según la extensión del compromiso, la disponibilidad de microcirugía y la

experiencia del centro. Se demostró que el colgajo del músculo pectoral aún sigue siendo una buena herramienta en aquellos centros en donde no se cuenta con microcirugía.

02-025

Carcinosarcoma de laringe, una enfermedad poco frecuente

Adonis Tupác Ramírez, Miguel Fernando Gutiérrez
Hospital Universitario de Neiva y Universidad Surcolombiana
Neiva, Colombia
adoracu74@hotmail.com

Introducción. La gran mayoría de cánceres que se encuentran en la vía aérea superior son carcinomas escamocelulares, con muy pocas variantes histológicas. El carcinoma sarcomatoide es un ejemplo de éstas. Existen tres teorías sobre su naturaleza histogenética: 1) no neoplásicos, 2) metaplasia del carcinoma escamocelular, y 3) sarcoma verdadero. Su diagnóstico es difícil, tanto para el patólogo como para el cirujano.

Metodología. Se reporta un caso clínico de un paciente de 70 años con cuadro clínico de un año de evolución de disfonía progresiva, que consultó por obstrucción franca de la vía aérea, que requirió traqueostomía de urgencia.

Se practicó tomografía computadorizada de cuello en la que se observó una masa polipoide de 2 cm x 2 cm x 2 cm, de bordes libres, que emergía de la cuerda vocal derecha, con obstrucción del 90% de la luz. Se tomó biopsia por laringoscopia, la que se reportó como carcinosarcoma de laringe.

Resultados. Se practicó laringectomía total, con reporte definitivo de carcinosarcoma que comprometía la glotis derecha y de áreas de displasia en la cuerda vocal izquierda. El seguimiento a ocho meses ha sido negativo para recidivas, no ha presentado complicaciones y tiene una adecuada deglución pero sin rehabilitación de la voz.

Conclusiones. Los carcinosarcomas son una enfermedad poco frecuente, con un pronóstico que depende del compromiso en profundidad de la lesión. Su tratamiento es quirúrgico, asociado a radioterapia o no, según el compromiso y la extensión de la enfermedad, tanto a nivel local como metastásico a distancia.

02-026

Ganglioneuroma cervical, reporte de caso clínico

Adonis Tupác Ramírez, Efraín Johanny Lozano
Hospital Universitario de Neiva y Universidad Surcolombiana
Neiva, Colombia
adoracu74@hotmail.com

Introducción. El ganglioneuroma es la forma más madura del neuroblastoma, originado en células de la cresta neural que, normalmente, migran de la médula suprarrenal y de los ganglios simpáticos. Clínicamente, los signos y síntomas se relacionan con la masa y la disfunción neurológica pero, usualmente, se presentan sin síntomas.

Metodología. Se reporta un caso clínico de un paciente de sexo femenino, de 27 años de edad, con un cuadro clínico de siete años de evolución, aproximadamente, de aparición de una masa cervical izquierda localizada en el nivel II ganglionar izquierdo, asociada a dolor tipo urente. Se ordenó tomar tomografía computadorizada de cuello en la cual se reportó una masa hipodensa que mostraba realces laminares gruesos y capsulares ligeramente engrosados, y localizada en la región lateral profunda del cuello en el lado izquierdo. Se tomó biopsia con *tru-cut* en dos ocasiones, sin datos conclusivos.

Resultados. Se decidió practicar resección quirúrgica y se encontró una masa encapsulada de 4 cm, aproximadamente, sin adenopatías. El reporte de patología fue de ganglioneuroma. Actualmente, después de dos años, se encuentra asintomática, sin recidivas.

Conclusiones. La resección quirúrgica total es el tratamiento de elección, con objetivo tanto diagnóstico como terapéutico, lo cual previene el crecimiento progresivo y el efecto compresivo de estas masas. El pronóstico de estos tumores es bueno y no tienen potencial metastásico.

02-027

Carcinoma escamocelular de piel, metastásico a cuello, sincrónico con cáncer medular de tiroides

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

Introducción. La aparición de dos o tres tumores primarios es reconocida como un verdadero dilema en los enfermos con cáncer de cabeza y cuello. La incidencia varía entre 1% y 47%, y la mayoría son nuevos cánceres de la misma región, de pulmón o de esófago. Generalmente, estos últimos se diagnostican en estadios avanzados. Según el momento de su aparición, se han establecido tres categorías: los que se descubren conjuntamente en el mismo mes o simultáneos, los que se diagnostican dentro de los primeros seis meses o sincrónicos, y los posteriores a ese período o metacrónicos.

Metodología. Se reporta un caso clínico de un paciente de 66 años, con cuadro clínico de cuatro meses de evolución de aparición de una lesión submandibular derecha, dura, poco móvil, quien tenía el antecedente de resección de un cáncer escamocelular de piel del ala nasal, seis meses antes, con bordes negativos. En la tomografía computadorizada de cuello se observó una lesión de aspecto ganglionar metastásico. En la biopsia por *tru-cut* se reportó cáncer escamocelular moderadamente diferenciado.

Resultados. El paciente fue sometido a vaciamiento radical derecho, modificado, y tiroidectomía total por hallarse en la cirugía un nódulo en el lóbulo derecho de la tiroides. En el reporte de patología se informó un conglomerado ganglionar de grupo I con cáncer escamocelular, cáncer medular de 1,5 cm no encapsulado, con metástasis a un ganglio del grupo II.

Conclusiones. No hay reportes en la literatura de casos como éste. El pronóstico no se puede definir aún y está determinado por la extensión de cada uno de los cánceres diagnosticados.

02-028

Nasoangiofibroma juvenil, experiencia en el Hospital Universitario de Neiva

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

Introducción. El nasoangiofibroma juvenil es un tumor benigno muy bien irrigado, que se origina en el agujero esfeno-palatino en hombres adolescentes. Es poco común

y corresponde, aproximadamente, a 0,5% de todos los tumores de cabeza y cuello. Los síntomas incluyen obstrucción nasal y epistaxis. Cerca del 20% de los pacientes tiene evidencia de invasión en la base del cráneo en el momento del diagnóstico. El tratamiento es quirúrgico, asociado a radioterapia o no, o sólo radioterapia. La probabilidad de cura posterior a la cirugía o la radioterapia es de 80% a 85%.

Metodología. Se hace un reporte de casos.

Resultados. Durante los años 2008 y 2009, se atendieron en el Hospital Universitario de Neiva, dos pacientes, de 12 y 15 años, con nasofibroma juvenil, grado III de Chandler. Se sometieron a resección completa mediante osteotomía Lefort de tipo 1, sin complicaciones durante la cirugía o después de ella. Se les hizo seguimiento a 12 y 18 meses, respectivamente; hubo recidiva en un caso con compromiso intracraneano, y recibió radioterapia posterior, con remisión completa.

Conclusiones. El nasofibroma juvenil es una neoplasia benigna de comportamiento agresivo. La probabilidad de recidiva está asociada con el grado de extensión del tumor. El tratamiento es quirúrgico y la radioterapia se reserva para pacientes con compromiso avanzado.

02-034

Metástasis de tejido tiroideo benigno en ganglios linfáticos, presentación de un caso y revisión de la literatura

Fernando José Pereira, Sergio Zúñiga, Alfredo Martelo, Carolina Echeverri
Instituto de Cancerología, Clínica Las Américas
Medellín, Colombia
drfernandopereira@gmail.com

Introducción. Se han hecho múltiples descripciones de siembras o metástasis de tejidos benignos, y las de tejido tiroideo benigno a los ganglios linfáticos no son la excepción; las metástasis de tejido tiroideo benigno fueron descritas por primera vez por Frantz *et al.*, en 1942. Desde entonces, se ha generado mucha controversia; no hay cifras estadísticas claras que reflejen su real incidencia. Queremos hacer un llamado de alerta para evitar tiroidectomías y vaciamientos innecesarios de cuello.

Objetivo. Revisar la literatura disponible y recalcar los criterios para su diagnóstico.

Materiales y métodos. Se presenta el caso de un hombre de 59 años, portador de un adenocarcinoma parotídeo derecho que infiltraba el nervio facial, a quien se le practicó parotidectomía radical y radioterapia. En su seguimiento apareció una adenopatía submandibular derecha, cuya biopsia por aspiración con aguja fina (BACAF) fue positiva para neoplasia maligna.

Resultados. Se hizo vaciamiento radical del lado derecho del cuello y el estudio de patología reportó 3 de 40 ganglios comprometidos con folículos tiroideos benignos de localización capsular, en la zona II y la IV, con lesión de mayor tamaño de 2 cm. La ecografía posoperatoria de tiroides y su BACAF fueron normales.

Conclusión. Pueden presentarse siembras de tejido tiroideo benigno en los ganglios linfáticos. Para su diagnóstico se deben seguir unas estrictas pautas clínicas, imaginológicas y, principalmente, histopatológicas; entre éstas, tenemos: “El ganglio linfático debe ubicarse en la línea media o medial a la vena yugular, el tejido tiroideo debe estar localizado en la cápsula, las inclusiones han de ser suaves, sin hallazgos histológicos de cáncer papilar tiroideo, y no debe existir un cáncer papilar primario tiroideo”.

02-035

FDG-PET/CT en cáncer bien diferenciado de tiroides, ¿cuál es su impacto en el diagnóstico y tratamiento?

Fernando José Pereira, Sergio Zúñiga, Flor María Quintero
Instituto de Cancerología, Clínica Las Américas
Medellín, Colombia
drfernandopereira@gmail.com

Introducción. El cáncer bien diferenciado de la glándula tiroides representa 1% de todos los tumores malignos. Su pronóstico es favorable cuando se trata con cirugía más ablación con yodo radioactivo (I^{131}), obteniéndose tasas de supervivencia a 10 años de 80% a 90%; sin embargo, existen pacientes de alto riesgo con tejido tumoral que no capta yodo, en que el rastreo posterior a la ablación carece de exactitud. La tomografía con emisión de positrones marcada con fluorodeoxiglucosa (FDG-PET/CT) es el método más exacto en esta

situación, con un rango de sensibilidad y especificidad entre el 85% y el 94%.

Objetivo. Discutir un caso clínico complejo de cáncer bien diferenciado de la tiroides, recalcar la importancia de la tomografía con emisión de positrones marcada con fluorodeoxiglucosa, y su impacto en el diagnóstico y manejo.

Materiales y método. Se presenta el caso de una mujer de 63 años con un cáncer papilar de células altas de la tiroides, bien diferenciado, sometida a tiroidectomía total en otra institución cinco años atrás.

Resultados y Por su progresión, se hizo vaciamiento central y cervical derecho. El primer control a los cuatro meses mostró adecuada supresión hormonal, elevación de los anticuerpos antitiroglobulina (TGBA) y tiroglobulina (TGB) normal. Se realizaron estudios de extensión y se observó persistencia de la enfermedad en el mediastino y en el lado derecho del cuello. Se practicó linfadenectomía del mediastino por vía esternal y nuevo vaciamiento del cuello, y ablación con I^{131} negativa para metástasis captadoras de yodo. Los controles no mostraron recaída.

A los dos años de seguimiento, la paciente sufrió una caída con fractura del húmero izquierdo. En el proceso de osteosíntesis, se practicó una biopsia de hueso, la cual fue informada como positiva para cáncer papilar de tiroides. Se trató con cirugía ortopédica oncológica y radioterapia complementaria.

Se hizo una tomografía con emisión de positrones marcada con fluorodeoxiglucosa por una alta sospecha de progresión tumoral, en la cual se identificaron: “Múltiples lesiones hipermetabólicas ganglionares del cuello, mediastino y retroperitoneo; múltiples lesiones nodulares pulmonares bilaterales, lesión del segmento IV-A hepática, lesiones líticas en el alerón ilíaco izquierdo, escápula derecha, húmero izquierdo y región frontal derecha”. Actualmente, la paciente se encuentra en tratamiento paliativo.

Conclusiones. Los pacientes con elevación de la tiroglobulina en el seguimiento, pero con informes de rastreo negativos posteriores a la ablación con I^{131} , tienen una clara indicación para la tomografía con emisión de positrones marcada con fluorodeoxiglucosa. La cirugía de los focos localizados de captación, es la única opción de tratamiento en los casos seleccionados, ya que

también existe la posibilidad de identificar una importante progresión tumoral, como en este caso.

02-036

Paragangliomas múltiples en cabeza y cuello

Julio Naranjo, Dínimo José Bolívar,

Jhon Jairo Celis

Hospital Occidente de Kennedy

Bogotá, D.C., Colombia

dinimobolivar@gmail.com y jhonjacels@hotmail.com

Introducción. Los paragangliomas son tumores derivados de la cresta neural, localizados predominantemente en la bifurcación de la arteria carótida común, con un incremento en su incidencia en las regiones ubicadas por encima de los 2.500 metros sobre el nivel del mar. Existen pocas descripciones de casos con múltiples tumores glómicos. A continuación se describe el caso de una paciente con cuatro paragangliomas simultáneos en cabeza y cuello.

Objetivo. Describir el caso clínico y hacer la revisión de la literatura de pacientes con paragangliomas múltiples.

Material y método. Se trata de una mujer con cuatro paragangliomas localizados en arteria carótida derecha, nervio vago derecho y ambos tímpanos.

Resultados. Se trata de una paciente de 49 años de edad, que consultó al Hospital Occidente de Kennedy por hipoacusia izquierda. En la otoscopia mostró aumento bilateral de la irrigación. En la tomografía computadorizada de cuello se evidenció una masa de la arteria carótida derecha, con características de paraganglioma; fue reseca y se encontró un tumor glómico de vago y carotídeo derechos. Por persistencia de la hipoacusia, se hizo una tomografía de oídos que evidenció masas bilaterales; se practicó mastoidectomía simple bilateral. El estudio de patología informó paragangliomas timpánicos.

Conclusión. Los paragangliomas múltiples son entidades extremadamente infrecuentes, menos del 10%. Predominan en mujeres de la quinta y sexta décadas de la vida, y se localizan en el ángulo de la mandíbula, la base de cráneo y el hueso hioides. Se manifiestan con hipoacusia, parálisis de pares craneales y masas cervicales.

TÓRAX

02-033

Ocupación pleural de difícil diagnóstico en urgencias

Óscar David Rubio, Hernando Russi

Hospital San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana
Bogotá, D.C., Colombia
oscardavid2@hotmail.com

Introducción. Los quistes broncogénicos congénitos son una entidad clínica poco frecuente. Su incidencia varía de 1 en 42.000 a 1 en 63.000 de todas las hospitalizaciones. Se producen por un desarrollo anormal del divertículo ventral del árbol broncopulmonar durante el período más activo de desarrollo fetal, entre el día 26 y el 40 de vida intrauterina. Normalmente, suelen deberse a restos embrionarios de células epiteliales. El desarrollo embriológico del pulmón ocurre del centro a la periferia; por esta razón, los quistes broncogénicos pueden ser tanto del mediastino como pulmonares. En ambos casos, están recubiertos de epitelio respiratorio secretor de moco.

Materiales y método. Se reporta el caso de un paciente de 13 años que fue remitido de un centro de salud con diagnóstico de neumotórax a tensión, por la radiografía de tórax. Al ingreso, había ausencia de ruidos respiratorios en el hemitórax derecho, con timpanismo y elevación. El paciente se encontraba hipóxico y polipneico y, en el servicio de urgencias se hizo descompresión con catéter 18 en el segundo espacio intercostal, con mejoría clínica.

Resultado. Se practicó toracostomía cerrada, pero el pulmón no se volvió a expandir a pesar de que el tubo estaba en el espacio pleural. Para aclarar la causa, como presencia de un cuerpo extraño, se tomó una tomografía en la que se observó un gran neumotórax residual derecho.

Con estos hallazgos, se sometió a toracotomía derecha y se encontró una gran masa quística que ocupaba el 90% del hemitórax derecho, la cual dependía del lóbulo medio; su estudio anatomopatológico hizo el diagnóstico de quiste pulmonar broncogénico. El paciente evolucionó satisfactoriamente.

Conclusión. La importancia de este caso es la sensibilización al tema, con los diferentes diagnósticos en urgencias y los hallazgos en imágenes, su diagnóstico, y su manejo quirúrgico posterior, acertado y rápido.

VÍAS BILIARES

02-016

Hiperplasia nodal focal hepática, presentación de un caso clínico y revisión de la literatura

*Albert Franz Guerrero, Johanna Piamonte,
Edgar Julián Ferreira, Sandra Milena Beltrán,
Julio Alexander Díaz-Pérez*

Universidad Industrial de Santander y Universidad de Santander
Bucaramanga, Colombia
juliodiaz_82@yahoo.com

Introducción. Las masas hepáticas de comportamiento benigno están constituidas por lesiones regenerativas y lesiones neoplásicas, que pueden cursar asintomáticas. Los hemangiomas hepáticos, la hiperplasia nodal focal y los adenomas hepáticos, son los más comunes y de mayor significado clínico. La hiperplasia nodal focal corresponde a una lesión tumoral hepática benigna, infrecuente, que cursa, generalmente, de forma asintomática.

Objetivo. Se presenta el caso clínico de una paciente adolescente con diagnóstico de hiperplasia nodal focal sintomática, la cual requirió manejo quirúrgico y se realiza una discusión.

Material y método. El caso clínico se trata de una adolescente de 13 años con dolor en hipocondrio derecho de 3 años de evolución, el cual se exacerbó sin respuesta al manejo analgésico. No se observó ictericia, coluria, acolia, ni otros síntomas. Refirió antecedentes de rinitis alérgica tratada con cetirizina. Negó historia familiar de neoplasias.

En el examen físico se evidenció una masa en el hipocondrio derecho, dura. Se practicó ecografía hepatobiliar que evidenció una masa isoecoica de 9 cm x 8 cm. El perfil hepático y el cuadro hemático no presentaron alteraciones. La alfa-fetoproteína y el CA125 se encontraron dentro de los límites normales. La tomografía computadorizada de abdomen evidenció una lesión expansiva de contornos bien definidos, de 10 cm x 10 cm x 8 cm, la cual dependía del segmento IVB. Esta masa se encontraba alimentada principalmente por ramas de la arteria hepática.

Resultados. Se practicó la resección, y se encontró una lesión hepática de 10 cm x 10 cm x 9 cm, aproximadamente, de bordes bien definidos y de consistencia cauchosa, en el segmento hepático IV B,

que no se encontraba adherida a los órganos adyacentes. Por lo anterior, se practicó resección del tumor hepático, con bordes de tejido sano y sin complicaciones.

La paciente presentó evolución favorable y fue dada de alta dos días después del procedimiento quirúrgico. Se hizo diagnóstico histopatológico de hiperplasia nodal focal hepática. La paciente se encuentra actualmente asintomática y sin evidencia de recidiva de la lesión.

Conclusión. Las lesiones que ocupan espacio en el hígado tienen un origen diverso, por lo cual es de crucial importancia el establecer el diagnóstico, no sólo presuntivo, que permita establecer la estrategia terapéutica más adecuada.

02-018

Áscaris en vías biliares

José Carlos Posada, Javier G. Velásquez,

Efrén Cantillo, Nair Bobadilla

Universidad de Cartagena y Hospital Universitario del Caribe
Cartagena de Indias, Colombia

javivelza@hotmail.com

Introducción. La ascariasis es la parasitosis más común de las helmintiasis humanas. La ascariasis biliar es una de las complicaciones más graves, que origina síntomas de obstrucción biliar y requiere que se practique una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica para su diagnóstico y su tratamiento, o para ambos.

Objetivo. Determinar las características clínicas de los pacientes con áscaris en la vía biliar, en las colangiopancreatografías retrógradas endoscópicas practicadas en el Hospital Universitario del Caribe, entre el 1° de enero de 2007 y el 31 de diciembre de 2009.

Material y método. Se llevó a cabo un estudio retrospectivo, descriptivo, de las historias clínicas de los pacientes con áscaris en la vía biliar, según los reportes de las colangiopancreatografías retrógradas endoscópicas practicadas en el Hospital Universitario del Caribe.

Resultados. Se practicaron 301 colangiopancreatografías retrógradas endoscópicas en el período del estudio, y se encontraron cuatro casos. Todos fueron en mujeres jóvenes (16 a 37 años). Los principales síntomas fueron dolor abdominal y vómito. El motivo de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica fue la

dilatación de la vía biliar en todos los casos, uno de ellos con diagnóstico de áscaris en la vía biliar según la ecografía. Un caso tenía antecedente de colecistectomía abierta con áscaris en la vesícula. En un caso se encontró el parásito en la ampolla de Vater y en tres, en el colédoco. Las vías biliares intrahepáticas eran normales. El tratamiento administrado fue con piperazina, y la extracción del parásito por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, mediante esfinterotomía, uso de canastas Dormia y asas de polipectomía.

Conclusión. En nuestro estudio, encontramos cuatro casos de ascariasis en vías biliares en tres años. Las características encontradas fueron similares a las descritas en la literatura; es una parasitosis más frecuente en mujeres jóvenes, asociada con cirugía previa de la vía biliar, que produce síntomas inespecíficos.

02-022

Abdomen agudo luego de ruptura espontánea de adenoma hepático, reporte de un caso y revisión de la literatura

José Carlos Posada, Erick David Castro,

Nair Bobadilla, César Torres

Universidad de Cartagena

Cartagena de Indias, Colombia

edavid0928@yahoo.com

Introducción. Los adenomas hepáticos son lesiones benignas del hígado poco frecuentes y su ruptura espontánea se considera como potencialmente letal.

Objetivo. Presentar un caso clínico de interés por ser causa poco frecuente de abdomen agudo.

Material y método. Se trata de un hombre de 67 años de edad, con un cuadro clínico de dolor abdominal, de inicio súbito, asociado a debilidad y diaforesis. No tenía antecedentes de importancia.

En el examen de ingreso presentaba: tensión arterial de 80/60 mm Hg, frecuencia respiratoria de 18 por minuto, frecuencia cardíaca de 76 por minuto. Se encontraba afebril, con dolor abdominal difuso, distensión abdominal, sin irritación peritoneal y con hemoglobina de 8,1 g/dl. En la ecografía abdominal se observó líquido libre en la cavidad peritoneal. No presentaba inestabilidad hemodinámica ni irritación peritoneal. Se valoró nuevamente y se encontró intenso dolor abdominal, con

resistencia muscular generalizada y descenso de la hemoglobina a 7,7 g/dl.

Resultados. Se sometió a cirugía y se encontró hemoperitoneo de 2.000 ml, masa hepática de 6 cm x 6 cm en el segmento VI y sangrado activo. Se resecó la lesión descrita, se hizo control de hemostasia y lavado peritoneal. El estudio anatomopatológico informó un adenoma hepático. La evolución posquirúrgica fue adecuada y continuó bajo control ambulatorio.

Conclusión. El adenoma hepático es una causa poco frecuente de abdomen agudo. Es poco habitual encontrar lesiones benignas del hígado de este tipo que cursen con el cuadro clínico descrito. Este tumor es más frecuente en mujeres que en hombres, en una proporción de 11 a 1, y sólo de 8% a 12% sufre ruptura espontánea, sobre todo aquéllos de más de 10 cm de diámetro. Se debe sospechar un adenoma hepático ante la presencia de los hallazgos quirúrgicos descritos. Los adenomas hepáticos como los descritos, son causa de hemoperitoneo y abdomen agudo potencialmente letal, y requieren de un manejo oportuno y acertado para evitar desenlaces fatales.

02-029

Íleo biliar, reporte de dos casos de la Fundación Cardio-Infantil de Bogotá

Ricardo Adolfo Villareal, Manuel Santiago Mosquera, Rosana Medina, Akram Kadamani, Gabriel Sánchez
Fundación Cardio-Infantil
Bogotá, D.C., Colombia
cirujanosgenerales@cardioninfantil.org

Introducción. El íleo biliar es una condición poco común y de difícil diagnóstico prequirúrgico, ya que se presenta como una obstrucción intestinal, con síntomas biliares asociados o sin ellos. En la literatura existen revisiones del tema, usualmente reportes, sin concluir el manejo ideal con respecto a la colecistopatía. Por lo tanto, planteamos el interrogante y la discusión con base en la experiencia con nuestros dos pacientes.

Objetivo. Presentar dos casos de íleo biliar y su evolución, según el manejo quirúrgico realizado.

Material y método. Se realiza un reporte de dos casos clínicos de íleo biliar, tratados entre el año 2009 y el 2010, en la Fundación Cardio-Infantil. Se presentan las historias clínicas y se revisa la literatura.

Resultados. En Colombia, el íleo biliar no es una entidad frecuente. Su diagnóstico es intraoperatorio por obstrucción intestinal, más frecuentemente, o por imágenes. El manejo se dirige a corregir el cuadro oclusivo y la fístula, de acuerdo con su localización y sintomatología.

En nuestros dos casos hubo enfoques diferentes. Uno recibió tratamiento para el cuadro obstructivo más corrección de la fístula colecisto-gástrica, y presentó evolución tórpida por sepsis abdominal. El segundo recibió manejo conservador, con extracción del cálculo y sin tratamiento del cuadro biliar. Su evolución fue satisfactoria. Se hizo seguimiento clínico de ambos pacientes y, a la fecha, no han presentado otros eventos.

Conclusiones. Se debe individualizar cada caso para su manejo, teniendo en cuenta la sintomatología, la localización de la fístula, el riesgo de infección biliar, y la morbilidad de base y secundaria a procedimientos mayores, siempre resolviendo el cuadro obstructivo. En la experiencia narrada en la literatura, hay información a favor del procedimiento único completo, resolución del íleo biliar con tratamiento en un segundo tiempo de la colecistopatía u observación de la misma en los casos asintomáticos.

02-032

Carcinoma neuroendocrino de célula grande en vesícula biliar, cuarto caso reportado en la literatura

Óscar David Rubio, Charles E. Bermúdez,
Humberto Quintana
Hospital San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana
Bogotá, D.C., Colombia
oscardavid2@hotmail.com

Introducción. El carcinoma neuroendocrino de célula grande (*large cell neuroendocrine carcinoma*, LCNEC) es un tipo de tumor maligno de alto grado, más comúnmente descrito en pulmón y raro en la vesícula biliar. Su fisiopatología no está clara. Hay, a la fecha, siete reportes previos en la literatura de este tumor en la vesícula.

Objetivo. El objetivo de esta presentación es dar a conocer una neoplasia de baja incidencia, de localización atípica y de importante morbilidad para el paciente, además de ser el cuarto caso reportado en la literatura

de carcinoma neuroendocrino de célula grande combinado con adenocarcinoma de variante intestinal.

Materiales y método. Se reporta el caso de una paciente de 73 años que consultó por dolor en hipocondrio derecho, pérdida de 10 kg de peso, con antecedentes de marcapaso unicameral, y cáncer de vesícula en una hija. En la ecografía hepatobiliar se observó una masa en la vesícula biliar. En la tomografía computadorizada de abdomen se encontró una masa de 25 mm x 18 mm de diámetro, dependiente de la pared anterior de la vesícula biliar.

Resultados. Se practicó una colecistectomía abierta y se encontró una vesícula biliar tensa y envuelta por un gran plastrón de aspecto inflamatorio de epiplón, sin compromiso aparente de la serosa ni infiltración por contigüidad del lecho hepático. La vía biliar era normal.

En el estudio de anatomopatología se reportó una masa de 3 cm de diámetro mayor, que infiltraba la pared del fondo de la vesícula, y coledocitis. De los siete casos previos, tres fueron reportados en su forma pura, y cuatro, combinados con otro tipo de carcinoma.

Conclusión. En este reporte de caso describimos un caso de carcinoma neuroendocrino de célula grande combinado con adenocarcinoma de variante intestinal, con evaluación inmunohistoquímica, y discutimos la relación entre dicho carcinoma y el adenocarcinoma.

02-039

Hemoperitoneo como forma de presentación del carcinoma hepatocelular: experiencia de un caso con rotura tumoral espontánea y revisión de la literatura

Carmen Narváz, Ana María Botero
Universidad Pontificia Bolivariana
Medellín, Colombia
caren333@hotmail.com

Introducción. El hemoperitoneo secundario a la rotura espontánea de un carcinoma hepatocelular es una complicación potencialmente fatal en ausencia de un abordaje terapéutico apropiado. Constituye una forma de presentación tumoral bien establecida en medios con elevada incidencia de carcinoma hepatocelular pero resulta ser poco frecuente en los países occidentales, donde se describe en menos del 5% de los casos.

El riesgo de rotura tumoral espontánea ha sido bien establecido en las neoplasias primarias del hígado, tanto benignas como malignas. Sin embargo, es un evento excepcional en nuestro entorno, donde cerca del 90% de los casos de carcinoma hepatocelular asienta sobre hígados afectados de cirrosis establecida, razón por la cual su diagnóstico suele realizarse en un contexto clínico diferente.

Su elevada tasa de mortalidad, próxima al 50%, obliga al clínico a garantizar su abordaje temprano y agresivo. Por lo tanto, consideramos de interés el aportar nuestra experiencia en el manejo de esta complicación relativamente infrecuente en la actualidad.

Objetivo. Presentar un caso de hemoperitoneo agudo secundario a la rotura no traumática de un carcinoma hepatocelular, en la que dicha complicación constituyó la primera manifestación del proceso neoplásico.

Materiales y método. Se trata de un paciente de sexo masculino, de 81 años de edad, que consultó por dolor abdominal súbito en el hipocondrio derecho asociado a un episodio de síncope, sin antecedentes importantes.

Resultados. Al ingreso se encontraba con inestabilidad hemodinámica. Se solicitó una angiotomografía de tórax y abdomen para tratar de dilucidar el diagnóstico. Se encontró abundante líquido libre en el abdomen, por lo cual se consideró que era compatible con hemoperitoneo, con una lesión hepática descrita como «hemangioma». El paciente fue llevado a cirugía y se practicó laparotomía exploratoria, drenaje del hemoperitoneo y biopsia con escisión. El estudio anatomopatológico reportó un carcinoma hepatocelular usual.

Conclusiones. La rotura de un carcinoma hepatocelular, generalmente espontánea, constituye una urgencia vital y obliga a mantener un elevado índice de sospecha clínica en aquellos pacientes con cirrosis hepática establecida, que presenten dolor y distensión abdominal de instauración súbita, acompañados de desarrollo rápido de anemia e hipotensión, con eventual evolución hacia el choque hipovolémico por sangrado masivo en la cavidad peritoneal. La incidencia cada vez menor en nuestro medio, lo inespecífico de su clínica y la elevada mortalidad que acompaña a la rotura de un carcinoma hepatocelular exigen mantener una elevada sospecha en su presentación aguda, particularmente en ausencia de hepatopatía crónica conocida.

02-041

Síndrome posterior a colecistectomía asociado a litiasis del cístico remanente: papel de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y la cirugía laparoscópica

Rodrigo Castaño, Ana María Botero,
Carmen Narváez, Mauricio Valencia
Universidad Pontificia Bolivariana
Medellín, Colombia
boteromora@hotmail.com

Introducción. La colecistectomía es una de las cirugías más frecuentemente realizadas para la litiasis vesicular sintomática. Sin embargo, después de la cirugía, los síntomas pueden persistir en algunos pacientes, aproximadamente el 5% de los casos, e incluyen: estenosis de la vía biliar, litiasis recidivante o recurrente y cálculos en el remanente del cístico.

Un muñón cístico largo se define como aquél mayor de 1 cm. No siempre es sintomático; la presencia de cálculos, la estasis biliar o la infección sobreagregada pueden desencadenar síntomas. El tratamiento incluye la extirpación del remanente cístico y la extracción de los cálculos residuales, lo que puede hacerse mediante un procedimiento laparoscópico o endoscópico como la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.

Objetivo. Informar cuatro casos con síndrome posterior a la colecistectomía, en pacientes con muñón largo de cístico y remanente vesicular que fueron manejados con cirugía laparoscópica y colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.

Materiales y métodos. Se publican cuatro casos de pacientes con síndrome posterior a colecistectomía debido a síndrome del cístico largo y remanente de vesícula, manejados por técnica laparoscópica y endoscópica.

Resultados. Se realizó manejo laparoscópico y por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, sin complicaciones con resolución de los síntomas de los pacientes.

Conclusiones. El síndrome posterior a colecistectomía comprende un grupo heterogéneo de síntomas en pacientes que han sido objeto de colecistectomía; es posible que los pacientes consulten en el periodo postoperatorio temprano por dolor abdominal, ictericia o síntomas dispépticos, en algunos casos, que los incapacitan.

Se debe enfatizar, entonces, en un diagnóstico y manejo adecuado ya sea por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica o por técnica laparoscópica lo cual garantiza un buen resultado.

GASTROINTESTINAL

02-001

Presentación atípica del síndrome de ruptura espontánea del esófago, o síndrome de Boerhaave

Antonio María Martínez, Claudia Roa,
Eusebio Vargas, Edgard Eduardo Gutiérrez,
Carmelo Dueñas
Hospital Bocagrande
Cartagena, Colombia
draclaudiaroa@gmail.com

Introducción. Existen pocos reportes de síndrome de Boerhaave derecho y la mayoría con desenlace fatal. La ubicación anatómica más frecuente es la pared postero-lateral del lado izquierdo del tercio inferior del esófago, a 2 o 3 cm de la unión gastro-esofágica. Se considera como la más letal de todas las perforaciones del tubo digestivo. Sin tratamiento, esta condición tiene una mortalidad del 100%, aproximadamente. Es muy importante el diagnóstico precoz para asegurar un tratamiento adecuado y evitar la mediastinitis, la sepsis y el choque que, frecuentemente, se asocian con la enfermedad en una segunda fase.

Objetivo. Presentar, las estrategias diagnósticas y terapéuticas que llevaron a la satisfactoria evolución de un paciente con una enfermedad con un alto índice de mortalidad.

Materiales y métodos. Se presenta un paciente de sexo masculino, de 38 años de edad, que ingresó con un cuadro clínico de cuatro horas de evolución de dolor retroesternal tipo punzada, irradiado a la región interescapular, sensación de disfagia y opresión torácica.

En el examen físico de ingreso se encontró: frecuencia cardiaca de 130 por minuto, frecuencia respiratoria de 60 por minuto, tensión arterial de 110/80 mm Hg, SaO₂ de 80% y 90% (FiO₂, 50%). Había abolición del murmullo vesicular derecho, con dolor a la palpación del hipocondrio derecho y defensa muscular voluntaria.

El electrocardiograma, las enzimas cardíacas, el hemograma, el nitrógeno ureico en sangre y la creatinina,

fueron normales. En los gases arteriales se informó: pH de 7,26, PCO_2 de 43, PO_2 de 60 y HCO_3 de 19. En la radiografía de tórax se observó opacidad del hemitórax derecho. En la tomografía axial se observó hidroneumotórax derecho con escaso neumomediastino, y en la radiografía de tórax con bario, extravasación de líquido hacia el hemitórax derecho.

Resultados. Se trasladó a cirugía para toracotomía derecha, en la que se encontró un gran derrame pleural con contenido gástrico y ruptura hacia el tercio inferior del esófago. Se procedió a practicar rafia primaria con puntos separados, colgajo de músculo intercostal y drenaje con toracostomía cerrada. Se trasladó a la unidad de cuidados intensivos con importante inestabilidad hemodinámica. Evolucionó a choque séptico con falla multisistémica (respiratoria, renal, cardiovascular y hepática), permaneció 37 días hospitalizado y, luego, se le dio de alta.

Conclusiones. Con este caso pretendemos llamar la atención sobre la necesidad de pensar en la existencia de una perforación espontánea de esófago, dada la presentación atípica de este proceso y las implicaciones de un diagnóstico precoz en el pronóstico. El síndrome de Boerhaave es una enfermedad rara y el diagnóstico rápido permite un desenlace favorable.

02-010

Perforación del íleon por un palillo de dientes

Jaime Gutiérrez, Ricardo Bornacelli

Hospital San Juan de Dios

Yarumal, Colombia

jogs@mail2world.com

Introducción. El diagnóstico de la perforación por palillos de dientes es difícil de establecer ya que en pocos casos el paciente relata el antecedente. La tomografía de abdomen con contraste es una ayuda diagnóstica importante, así como la laparoscopia, que también puede ser terapéutica.

Objetivo. Presentar un caso clínico poco usual, en el que el diagnóstico se hizo durante la cirugía.

Materiales y métodos. Se presenta un trabajo descriptivo sobre una paciente que fue sometida a cirugía por perforación intestinal, por un palillo de dientes, en quien se había descartado enfermedad ginecológica y apendicular.

Resultados. A pesar de la perforación intestinal, no había gran contaminación de la cavidad peritoneal, pues la perforación se produjo de forma lenta y progresiva, por la incrustación del palillo en la pared intestinal.

Conclusión. Aunque la mayoría de cuerpos extraños ingeridos pasan espontáneamente, algunos pueden requerir manejo endoscópico o quirúrgico. La incidencia de ingestión de palillos de dientes es desconocida, pero las complicaciones relacionadas con su ingestión se han asociado con una mortalidad hasta de 18%. Por lo tanto, los pacientes que consultan por la ingestión de palillos de dientes deben evaluarse sistemáticamente, teniendo en mente el gran riesgo de complicaciones mortales. El uso de prótesis dentales y el deglutir rápidamente, son factores de riesgo para la ingestión de palillos.

La región íleo-cecal y el colon sigmoideos son los sitios más frecuentes de perforación. Los hallazgos al examen físico y de laboratorio no son diagnósticos. Casi nunca hay evidencia de neumoperitoneo y, generalmente, el diagnóstico se hace durante la cirugía.

02-012

Divertículo de Zenker del lado derecho

Guihovany Alberto García,

Germán David Carvajal, Andrey Moreno

Hospital Universitario de La Samaritana y Universidad Nacional de Colombia

Bogotá, D.C., Colombia

g-_albertogc@hotmail.com y gerenbogota@yahoo.ar

Introducción. Los divertículos esofágicos son dilataciones en forma de saco del esófago que dependen de la capa mucosa y de la submucosa, por lo que no son divertículos verdaderos. El sitio de presentación más frecuente es en la unión faringo-esofágica, y se denomina divertículo de Zenker. Éste, a su vez, es generalmente de localización izquierda, y producido por pulsión a través del triángulo de Killian, el área de Killian-Jamieson o el triángulo de Laimer.

Se presenta el caso clínico de un paciente con un divertículo de Zenker del lado derecho –menos frecuente que el izquierdo–, con extensión al opérculo torácico superior, manejado por vía transcervical con sutura mecánica.

Objetivo. Presentar un caso clínico de un divertículo de Zenker del lado derecho con extensión al opérculo

torácico superior y realizar una revisión de la literatura.

Materiales y métodos. Se trata de un paciente que se presentó al Servicio de Cirugía de Cuello con síntomas esofágicos, razón por la cual se le practicó endoscopia de vías digestivas altas. Ésta demostró un divertículo faringo-esofágico gigante. Se hizo el estudio radiológico de las vías digestivas altas y tomografía axial, que evidenciaron lo mismo, por lo que se sometió a cirugía para su resección.

Resultados. El paciente evolucionó satisfactoriamente en el posoperatorio. Al tercer día, se hizo un esofagograma que no mostró filtración del medio de contraste. Se inició la dieta por vía oral y se le dio de alta. En el control ha evolucionado adecuadamente.

Conclusión. Los divertículos derechos (escasos) se abordan con misma técnica quirúrgica que los izquierdos y, en este caso, es de especial importancia que se lograra disecar de manera exitosa y por vía cervical el divertículo que se extendía hacia el opérculo torácico derecho.

02-017

Ameboma intestinal

Asdrúbal Miranda, Nair Bobadilla, Efrén Cantillo, Erick David Castro, Javier G. Velásquez

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

Introducción. El ameboma intestinal es una complicación rara de la amebiasis intestinal, con un reporte de incidencia mundial de 1,5% de los casos, aproximadamente, y que, generalmente, simula un carcinoma.

Objetivo. Reportar un caso de ameboma intestinal que simulaba un tumor sincrónico de colon.

Material y método. Se trata de un paciente de sexo masculino, de 32 años de edad, con un cuadro clínico de dolor abdominal crónico, sensación de masa en hipocondrio izquierdo y pérdida de peso. No tenía antecedentes de importancia.

En el examen físico se encontró palidez mucocutánea y no se encontraron masas abdominales. En la endoscopia se encontró candidiasis esofágica, y en la ecografía

abdominal, engrosamiento de la pared de asas del colon derecho, y en la colonoscopia, lesión ulcerada en ciego y en colon transverso que comprometía un cuarto de la circunferencia. Se tomaron biopsias y el reporte histológico fue de proceso inflamatorio de origen amebiano, sin descartarse un proceso maligno, por lo que se decidió hospitalizarlo y practicar una colonoscopia de control.

Se inició manejo con metronidazol y fluconazol. El hemograma se informó anemia y la prueba ELISA fue positiva para virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). En la tomografía computadorizada con contraste de abdomen se observó una lesión tumoral en el colon derecho, con infiltración de la grasa mesentérica; en la colonoscopia de control se encontraron similares hallazgos y la biopsia demostró un ameboma con sobreinfección bacteriana. Posteriormente, el paciente desarrolló abdomen agudo y se le practicó laparotomía en la que se evidenció peritonitis generalizada, con perforaciones en el ciego, en el colon transverso y en la unión recto-sigmoidea. Se practicó hemicolectomía derecha y rafia del colon sigmoideas. Presentó deterioro clínico por un cuadro séptico y falleció.

Resultados. Se presenta el caso de un ameboma que simulaba un carcinoma de colon en un paciente positivo para VIH, con desenlace fatal.

Conclusión. El ameboma intestinal es una complicación rara de la amebiasis invasora, que puede simular otras enfermedades intraabdominales, por lo que requiere su diagnóstico diferencial.

02-020

Obstrucción intestinal por neumatosis quística intestinal, reporte de un caso

Carlos Alberto Hernández, Oswaldo Borrás,
Deysi Lugo, Julián Lugo

Hospital San Blas
Bogotá, D.C., Colombia
carlos_alberto_hr@hotmail.com

Introducción. La neumatosis quística intestinal es una entidad muy poco frecuente, caracterizada por la presencia de múltiples quistes en la pared gastrointestinal. Se asocia con complicaciones en el 3% de los casos.

Objetivo. Hacer una revisión de la literatura con énfasis en la presentación clínica y las complicaciones, con base en el reporte del caso.

Material y método. Se trata de un paciente de sexo masculino, de 56 años de edad, que fue hospitalizado en el Hospital San Blas por distensión abdominal de 12 horas de evolución, asociada a dolor abdominal, vómito de contenido alimentario, pérdida de peso y deposición diarreica.

Como antecedentes refirió úlcera duodenal y síndrome pilórico (hallazgo endoscópico). Recibió tratamiento para *Helicobacter pylori*. Presentaba tabaquismo y frecuente ingestión de alcohol.

En el examen de ingreso, se encontró con taquicardia, pálido, con abdomen distendido, timpánico, doloroso a la palpación profunda y sin signos de irritación peritoneal. Se inició hidratación, se colocó una sonda nasogástrica y se solicitaron exámenes de laboratorio. No se encontró trastorno electrolítico y la gasimetría mostró alcalosis metabólica. La radiografía de abdomen reveló un patrón de obstrucción intestinal. Persistió con distensión abdominal, taquicardia y signos de defensa abdominal.

Resultados. En la laparotomía exploratoria se encontró una masa multiquística con zona adyacente de transición e importante dilatación de asas a 10 cm de la válvula ileocecal. Había importante dilatación de la cámara gástrica, con estenosis pilórica. Se practicó resección y anastomosis término-terminal del segmento comprometido del íleon. La evolución clínica posquirúrgica fue favorable.

Se hizo valoración y reposición nutricional durante 10 días y se sometió a gastrectomía subtotal (50%), más gastroyeyunostomía, más Y de Roux. La evolución fue favorable. Toleró la vía oral y se encuentra en control ambulatorio. La anatomopatología informó *pneumatosis cystoides intestinal* y metaplasia gástrica.

Conclusión. La neumatosis presenta asociaciones con otras enfermedades del sistema gastrointestinal. La sospecha clínica se determina por los estudios imaginológicos y, ocasionalmente, el diagnóstico se hace por un hallazgo quirúrgico incidental intraoperatorio. El tratamiento se determina según las complicaciones asociadas.

02-023

Síndrome de Heyde, reporte de un caso

Jorge Herrera, Liliana Caicedo, Víctor Caicedo, Jesús Díaz, Daniel Delgado

Clínica La Estancia
Popayán, Colombia
jherrera@unicauca.edu.co

Introducción. En 1958, Edward C. Heyde publicó un informe donde describía 10 pacientes que presentaban soplo cardíaco y hemorragias gastrointestinales masivas. La angiodisplasia es una de las principales causas de sangrado en ancianos.

Muchos autores describen una mayor frecuencia de angiodisplasia en pacientes con estenosis aórtica importante y tendencia al sangrado recurrente.

King *et al.*, en un análisis retrospectivo de 91 pacientes con estenosis aórtica seria y sangrado gastrointestinal, encontraron que las hemorragias gastrointestinales cesaron en 93% de los pacientes a quienes se les practicó reemplazo valvular, en comparación con el 5% que fue tratado mediante laparotomía. Sin embargo, en los pacientes asintomáticos el manejo es menos claro.

Objetivo. Presentar el caso de un paciente con sangrado recurrente por angiodisplasia duodenal y estenosis aórtica grave.

Material y método. Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 83 años de edad, con estenosis aórtica seria, sangrados recurrentes y angiodisplasia en el duodeno, con reemplazo de válvula aórtica, control del sangrado y seguimiento de 10 meses.

Resultados. Se logró controlar el sangrado gastrointestinal recurrente por angiodisplasia duodenal con estenosis aórtica grave mediante el reemplazo valvular aórtico de forma satisfactoria.

Conclusión. Los pacientes con angiodisplasias con estenosis aórtica seria, sintomática y sangrados recurrentes, y que cumplan con el criterio quirúrgico, se benefician del reemplazo valvular aórtico. En los pacientes que no cumplan los criterios quirúrgicos, es necesario controlar el sangrado con la cauterización con plasma de argón y no someter al paciente a una cirugía.

02-030

Leiomioma esofágico como causa de obstrucción esofágica

Johanna Piamonte, Julio Alexander Díaz-Pérez, Albert Franz Guerrero, Edgar Julián Ferreira
Universidad Industrial de Santander y Universidad de Santander
Bucaramanga, Colombia
juliodiaz_82@yahoo.com

Introducción. Existen muchas enfermedades que se manifiestan con obstrucción esofágica y causan disfagia secundaria, entre las que encontramos malformaciones congénitas, algunos procesos no neoplásicos, cuerpos extraños y, menos frecuentemente, neoplasias.

Objetivo. Presentar y discutir un caso de obstrucción esofágica secundaria a un leiomioma.

Material y método. Se trata de una mujer de 22 años de edad, que refería disfagia progresiva de dos meses de evolución, sin otra sintomatología, ni antecedentes patológicos. En la endoscopia de vías digestivas altas se evidenció la presencia de nódulos submucosos en el esófago distal, con moderada dilatación. Estas lesiones se identificaron también por tomografía computadorizada. En la biopsia se encontró una mucosa con cambios inflamatorios reactivos.

Resultados. Se consideró la presencia de un tumor del estroma que obstruía el esófago. Se practicó esofagectomía, ascenso gástrico, pilorotomía y piloroplastia. El procedimiento se realizó sin complicaciones y se confirmó el diagnóstico histopatológico de leiomioma esofágico.

Conclusión. Los leiomiomas esofágicos son los tumores benignos más comunes del esófago. Se presentan en adultos en edad media, más frecuentemente en hombres. Usualmente, estas neoplasias se derivan de la capa circular muscular en el esófago distal y puede que no causen síntomas hasta tener grandes dimensiones, cuando pueden causar síntomas obstructivos y requieren esofagectomía como tratamiento.

02-031

Tumores neuroendocrinos gastro-entero-pancreáticos

Carlos Manuel Zapata, Guihovani Alberto García, Germán David Carvajal
Hospital Universitario de La Samaritana
Bogotá, D.C., Colombia
g_albertogc@hotmail.com

Introducción. Los tumores neuroendocrinos son aquellos originados de las células neuroendocrinas de la cresta neural, glándulas endocrinas o sistema endocrino difuso, y constituyen un grupo de neoplasias de grado heterogéneo. La gran mayoría son esporádicos; sin embargo, en algunos casos se pueden presentar con síndromes hereditarios. Son un reto clínico, dado que muchos son clínicamente silentes hasta su presentación tardía con efecto de masa.

Se presentan dos casos clínicos de pacientes con tumores neuroendocrinos gástrico y pancreático, manejados quirúrgicamente en el Hospital Universitario de La Samaritana.

Objetivo. Presentar el caso clínico quirúrgico y hacer la revisión de la literatura.

Material y método. Se hizo una revisión retrospectiva de las historias clínicas del año 2009 y se encontraron dos pacientes con tumor neuroendocrino: uno de localización gástrica y el otro, pancreática, con diagnóstico por estudio histopatológico de la pieza quirúrgica.

Resultados. A un año de seguimiento por oncología, a la fecha no se ha evidenciado recidiva tumoral. Además, no han requerido manejo médico con análogos de la somatostatina, lo cual es interesante dada la biología de estos tumores.

Conclusión. La cirugía es el único tratamiento con intención curativa para los tumores gastro-entero-pancreáticos y su pronóstico está determinado por el comportamiento biológico del tumor. Constituyen un reto diagnóstico; sin embargo, se han logrado avances importantes con el uso de marcadores como la cromogranina A, 5 HIAA y el péptido gastrointestinal vasoactivo de utilidad para el seguimiento de la respuesta

al tratamiento. Se presentan dos casos de interés en quienes, hasta el momento, un año después, se ha logrado el control de la enfermedad solamente con la cirugía.

02-042

Tratamiento endoscópico de fístulas entero-cutáneas, presentación de una serie de casos

Manuel Eduardo Moros, Patricia Martín, Lucas Bojanini, Leonardo Carrascal, Josemberg Campos, Gabriel Eusse, Willian Andrade

Clínica Santa Ana y Gastroquirúrgica Limitada
Cúcuta, Colombia
gastroquirurgica@hotmail.com

Introducción. El desarrollo de fístulas después de cirugía gastrointestinal, representa una complicación con alta morbimortalidad, requiere de manejo hospitalario prolongado, nutrición parenteral total y nuevas intervenciones quirúrgicas. Recientemente, se ha publicado el desarrollo de técnicas endoscópicas que incluyen el uso de *stents*, septotomías, dilataciones, uso de clips o colas de origen biológico.

Objetivo. Presentar una pequeña serie retrospectiva de cinco pacientes con fístulas entero-cutáneas posquirúrgicas, tratados con técnicas endoscópicas en Cúcuta.

Resultados. De enero de 2007 a diciembre de 2009, se remitieron cinco pacientes para tratamiento endoscópico de fístulas entero-cutáneas posteriores a gastrectomía por cáncer gástrico y cirugía bariátrica. En cuatro de ellos se utilizó *stent* autoexpandible, y en uno, septotomía endoscópica, argón plasma y clips endoscópicos. En los pacientes a quienes se les colocó *stent* autoexpandible, se reinició la vía oral de forma temprana, disminuyó notablemente el gasto por la fístula y el uso del *stent* permitió el manejo ambulatorio. Ningún paciente tuvo que ser nuevamente intervenido ni manejado en la unidad de cuidados intensivos. El *stent* fue exitoso en tres pacientes y falló en uno. El *stent* se desplazó en un caso. El uso de clips no mostró beneficio alguno y la fístulo-septotomía con dilatación distal a la fístula fue exitosa en un paciente.

Conclusiones. El tratamiento endoscópico de las fístulas entero-cutáneas representa un abordaje novedoso y es más costo-efectivo que los tratamientos tradicionales.

02-043

Quiste mesentérico y linfangioma de yeyuno

Yesenia Fontalvo, Carlos Manuel Zapata
Hospital Universitario La Samaritana y Universidad Nacional de Colombia
Bogotá, D.C., Colombia
yesenia114@hotmail.com y camazace@hotmail.com

Introducción. El linfangioma de yeyuno es una entidad rara que afecta el sistema linfático. Puede ser congénito o adquirido y son pocos los casos reportados en la literatura que produzcan síntomas.

Objetivo. Presentar el caso y revisar la literatura sobre linfangioma de yeyuno.

Materiales y métodos. Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino, de 22 años de edad, que presentaba un cuadro clínico de 30 días de evolución de dolor abdominal de tipo cólico en el hemiabdomen inferior, sin irradiación y sin asociación a otros síntomas, que se intensificó, por lo cual tuvo que consultar. El diagnóstico se hizo por ecografía, tomografía computadorizada y estudio del líquido, el cual reportó un quiste quíloso.

Se decidió practicar cirugía, se resecó el quiste y se hizo anastomosis término-terminal del yeyuno. El estudio de patología informó un hemolinfangioma quístico de yeyuno.

Resultados. Después de la resección del quiste mesentérico y de la anastomosis, el paciente evolucionó satisfactoriamente y se le dio de alta.

Conclusiones. El quiste mesentérico de tipo linfangioma del intestino delgado, es una entidad poco frecuente, poco estudiada, cuya etiología es incierta. La mayoría de las veces es asintomático y todos los casos requieren cirugía por el riesgo de transformación maligna, que es de 3% en la literatura. Cuando cursa con abdomen agudo, se considera una urgencia quirúrgica.

COLON Y RECTO

02-009

Lipoma de la luz del colon como causa de intususcepción intestinal, reporte de un caso

Orlando Navas, Darwin J. Padilla, Albert Franz Guerrero
Universidad Industrial de Santander
Bucaramanga, Colombia
onavas1@hotmail.com

Introducción. Los lipomas submucosos ocupan el segundo lugar entre los tumores benignos del colon. Clínicamente pueden variar desde lesiones asintomáticas detectadas por endoscopia, hasta grandes masas que se acompañan de dolor sangrado y obstrucción. La intususcepción es una presentación poco usual de esta enfermedad. El diagnóstico se puede hacer mediante estudio tomográfico. El tratamiento usualmente es quirúrgico.

Objetivo. Presentar la historia clínica de una paciente con obstrucción intestinal primaria y revisar la literatura.

Materiales y métodos. Se revisaron la historia clínica, el informe de patología, el análisis de las imágenes diagnósticas y la búsqueda de la literatura médica.

Resultados. Se trata de un paciente de sexo femenino, de 55 años de edad, con cuadro clínico de obstrucción intestinal, con masa palpable en el hipocondrio derecho. En la radiografía de abdomen se detectaron niveles hidroaéreos y en la tomografía axial, una lesión neoplásica hipodensa en el hipocondrio derecho y signo de la diana indicativo de intususcepción intestinal.

Se sometió a cirugía y se encontró una masa neoplásica del ciego que actuaba como cabeza de una intususcepción íleon-colon, que se acompañaba de isquemia del íleon terminal. Se practicó hemicolectomía derecha y anastomosis íleon-colon transverso. El informe de patología confirmó un lipoma submucoso del ciego de 6 cm de diámetro, con base pediculada de implantación.

Conclusión. El lipoma de colon presenta incidencias que varían de 0,2% a 1,3% en diferentes series, y predomina en mujeres. La intususcepción es rara en los adultos; los tumores benignos son la primera causa y los lipomas son la segunda. La presencia de lesiones homogéneas en la luz, con baja atenuación en la tomografía, se considera característica de este tumor.

02-014

Apendicitis crónica y el papel de la laparoscopia

Fernando Arias, Virginia Cuevas,

Andrés Fernando Durán

Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá

Bogotá, D.C., Colombia

farias00@hotmail.com

Introducción y objetivo. La inflamación del apéndice es conocida como una entidad aguda y de tratamiento

quirúrgico urgente. Pocos son los casos conocidos en que se presenta apendicitis asintomática y crónica. Se presenta la resección laparoscópica de un apéndice inflamado asintomático, que se observó incidentalmente en la tomografía computadorizada (TC) de abdomen, de control, cuyo diagnóstico coincidía con mucocele apendicular. En el estudio de patología se demostró inflamación aguda y crónica.

Material y método. Se trata de un paciente de sexo masculino, de 26 años de edad, con diagnóstico de tumor de células germinales (coriocarcinoma), con compromiso del sistema nervioso central, hepático y pulmonar. En la TC abdominal se encontró, como hallazgo adicional, dilatación del apéndice con contenido hipodenso que podría corresponder a mucocele apendicular. El paciente refería dolor abdominal ocasional. Para el estudio histológico del apéndice y evitar la diseminación del mucocele, el paciente fue sometido a laparoscopia.

Resultados. La laparoscopia diagnóstica evidenció un apéndice aumentado de tamaño, de 1,5 cm de diámetro, eritematoso, con la base macroscópicamente sana. La patología reportó apendicitis crónica con material purulento en su interior y periapendicitis. No había presencia de mucocele ni de tumor.

Conclusión. Para este caso, aun cuando el mucocele apendicular es una entidad poco frecuente, los antecedentes médicos del paciente y los hallazgos imaginológicos referían la presencia de esta entidad. Sin embargo, los cambios imaginológicos con varios meses de diferencia y el estudio de patología sugerían el curso de una inflamación crónica del apéndice.

02-044

Hematoma esplénico posterior a colonoscopia

Jorge E. Rodríguez, Heinz O. Ibáñez,

Lina María Mateus, Carlos E. Martínez,

Javier A. Carrera, Pedro Pabón

Hospital Militar Central

Bogotá, D.C., Colombia

chipio00@yahoo.com

Introducción. El hematoma esplénico posterior a colonoscopia es una complicación extremadamente rara. Desde el primer informe de Wherry y Zehner, en 1974, sólo se han reportado 66 casos en la literatura mundial. Las condiciones que facilitan la formación de

adherencias espleno-cólicas, como la cirugía abdominal previa, la pancreatitis o la enfermedad inflamatoria intestinal, pueden aumentar el riesgo de la aparición de esta lesión.

Materiales y método. Presentamos un caso atendido en el Hospital Militar Central de una mujer de 61 años a quien se le practicó una colonoscopia ante la sospecha de “síndrome de intestino irritable” y se encontró enfermedad diverticular no complicada del sigmoides. Cuatro días después del procedimiento, la paciente reingresó al servicio de urgencias con dolor en el hemiabdomen izquierdo, intenso, persistente y que no mejoraba con analgésicos.

Resultados. Se observó por 48 horas y, ante la ausencia de mejoría clínica, se practicó una tomografía computadorizada de abdomen, con doble contraste, que detectó un hematoma periesplénico contenido. Se dio manejo médico conservador con vigilancia de la hemoglobina y transfusión de dos unidades de glóbulos rojos; se logró su estabilización y se le dio salida a los 10 días de su ingreso.

Conclusión. Se han propuesto varios mecanismos para explicar esta situación:

a) tracción excesiva por el colonoscopio en el ligamento espleno-cólico, ante un ángulo estrecho o muy agudo en la flexura esplénica; b) golpe directo del colonoscopio durante las maniobras difíciles a través del ángulo esplénico, y c) un asa desproporcionada a lo largo de la flexura esplénica, que promueve la tracción excesiva sobre el ligamento.

Ciertas técnicas utilizadas durante el estudio, como la presión aplicada externamente, pueden causar traumatismo esplénico directo o producir torsión excesiva del ligamento espleno-cólico.

VASCULAR

02-013

Ruptura traumática de la aorta: experiencia con el tratamiento endovascular en la Fundación Valle del Lili

*Juan Pablo Carbonell, María Elena Velásquez,
Alberto Federico García*
Fundación Valle del Lili
Cali, Colombia
me.velasquez.acosta@gmail.com

Introducción. El 1% de los pacientes con politraumatismo grave sufren ruptura traumática de la aorta y el 80% fallece en el lugar del accidente. Los que llegan a los centros hospitalarios tienen alta morbimortalidad con reparo quirúrgico (40% a 80%). La cirugía endovascular ofrece una alternativa de tratamiento con menores complicaciones.

Objetivo. Analizar los resultados de los pacientes con ruptura traumática de la aorta, tratados con cirugía endovascular en la Fundación Valle del Lili.

Materiales y métodos. Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes con ruptura traumática de la aorta, tratados mediante cirugía endovascular desde enero del 2008. Se describieron variables demográficas, trauma asociado, tiempo entre traumas y la colocación de endoprótesis, tipo de endoprótesis, complicaciones y seguimiento.

Resultados. Se trataron seis pacientes, de los cuales, 83,3% eran hombres, con edad promedio de 38 años (rango, 12 a 60 años). Todos ingresaron al servicio de urgencias con politraumatismo grave y, como lesiones asociadas presentaron: trauma craneoencefálico, 3; fractura de huesos largos, 3, y hemotórax, 2. La causa del accidente fue: tránsito, 2; peatón atropellado, 2; ciclista atropellado, 1, y accidente en motocicleta, 1.

El diagnóstico se hizo por angiotomografía al ingreso y se confirmó por aortograma en la cirugía. El tratamiento consistió en cobertura de la lesión aórtica mediante el implante de endoprótesis torácica: cuatro con *TX2 Cook*, y dos con *Valiant Medtronic*; fue necesario cubrir la arteria subclavia izquierda en dos pacientes, sin secuelas. El éxito técnico fue del 100%, con adecuada exclusión de la lesión aórtica. Un paciente falleció por hemorragia intracerebral y ninguno presentó paraplejía.

Conclusión. La cirugía endovascular es una alternativa eficaz, con baja morbimortalidad, para el tratamiento de la ruptura traumática de la aorta.

02-037

Aneurisma de arteria gastroduodenal, reporte de un caso

Víctor Andrés Ruiz, Efraín Andrés Revelo
Universidad del Cauca
Popayán, Colombia
andresrevelom@hotmail.com

Introducción y objetivo. Los aneurismas viscerales son raros. Su incidencia está entre el 0,01% y el 0,2% en las autopsias. Los aneurismas de la arteria gastroduodenal son los menos comunes de los aneurismas viscerales, y representan menos del 2%. La ruptura de estos aneurismas se presenta hasta en 25% de los casos, con una mortalidad de 25% a 75% de los casos. Por esta razón, es importante presentar este caso.

Materiales y método. Se trata de un paciente de 48 años sin antecedentes patológicos de importancia con cuadro clínico de un año de evolución consistente en dolor abdominal tipo cólico, difuso, asociado a distensión abdominal, sensación de llenura, mareo y malestar general. Se manejó como una enfermedad ácido-péptica sin presentar mejoría.

Resultados. Se practicó una ecografía abdominal que reportó una masa hipoeoica bien definida, de 36 mm por 45 mm en la proximidad de la cabeza del páncreas. Se solicitó tomografía computadorizada con contraste de abdomen, que reportó una lesión que captaba intensamente el medio de contraste, de 3 cm de diámetro, con características de pseudoaneurisma arterial en la cabeza de páncreas. En el angiograma de aortograma abdominal se encontró un aneurisma originado en la arteria gastroduodenal, de 3 cm de diámetro, aproximadamente, con permeabilidad de la arteria pancreático-duodenal. Se observó un aneurisma pequeño de la arteria hepática derecha. Se le practicó manejo intravascular con *coil*, con buena evolución de la paciente.

Conclusión. Se reporta un caso raro de aneurisma de la arteria gastroduodenal, las manifestaciones clínicas, los estudios pertinentes de imágenes y el manejo por radiología intervencionista. Entre las causas menos comunes de esta enfermedad, tenemos la autoinmunitaria (vasculopatía de Bale), la cual se piensa que es la causa en el caso clínico presentado.

MAMA Y TEJIDOS BLANDOS

02-011

Angiomixoma agresivo: tumor presacro infrecuente

*Juan Fernando Medina, Javier A. Carrera,
Carlos E. Martínez, Heinz O. Ibáñez,
Pedro Pabón, Lina María Mateus*
Servicio de Cirugía Colorrectal, Hospital Militar Central
Bogotá, D.C., Colombia
jfm2999@hotmail.com

Introducción. El angiomixoma agresivo es una neoplasia mesenquimatosa mixoide, poco frecuente, de presentación preferente en mujeres (relación 6:1), que presenta gran dificultad diagnóstica por su rareza, y tendencia a la recurrencia local (30% a 70%). Se han reportado, aproximadamente, 150 casos en el mundo y sólo 20 en hombres. Presentamos un caso intervenido en el Hospital Militar Central.

Materiales y método. Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino, de 58 años de edad, con una masa glútea derecha de 8 cm x 5 cm de dos años de evolución, indolora y de crecimiento lento. A la palpación por tacto rectal se encontró una masa en la pared lateral derecha del recto distal. En la resonancia magnética se encontró una lesión tumoral presacro, bien definida en sus bordes, de iguales dimensiones y sin invasión al recto ni a las estructuras vecinas.

Resultado. Mediante el procedimiento de Kraske se resecó la lesión y se obtuvo una evolución postquirúrgica adecuada. Posteriormente, se confirmó por histopatología y por inmunohistoquímica, la presencia de un tumor mesenquimatoso con características de angiomixoma agresivo.

Conclusiones. El presente caso corresponde a una enfermedad extremadamente rara, más aún en un paciente de sexo masculino. El diagnóstico es por completo anatomopatológico, y el tratamiento es quirúrgico el cual consiste en la resección, tan amplia como sea posible. La linfadenectomía no está indicada y el pronóstico es casi uniformemente favorable, aunque presenta una elevada tasa de recidiva local en los tres a cuatro años siguientes a la resección, lo que obliga al seguimiento de estos pacientes.

02-015

Endometrioma, ¿causa infrecuente de patología quirúrgica?

*Johanna Elizabeth Piamonte,
Albert Franz Guerrero, Julio Alexander Díaz-Pérez,
Jorge Arturo Carroll*
Universidad Industrial de Santander y Universidad de Santander
Bucaramanga, Colombia
julioldiaz_82@yahoo.com

Introducción. Es poco frecuente que el endometrioma requiera tratamiento quirúrgico. Según su localización

anatomo-topográfica, puede desarrollar síntomas o generar la sospecha diagnóstica de diversas enfermedades.

Objetivo. Describir dos casos de patología quirúrgica abdominal correspondientes a endometrioma y hacer una breve revisión de la literatura existente.

Material y método. Se presentan dos casos de patología quirúrgica correspondientes a endometrioma.

Caso 1. Se trata de un paciente de sexo femenino, de 36 años de edad, con un cuadro clínico de dolor abdominal de predominio en el flanco derecho, de un mes de evolución, sin irradiarse, insidioso y de aumento progresivo, más intenso en la última semana, y sin otros síntomas asociados. Como antecedentes de importancia, se le había practicado apendicectomía 10 días antes de la consulta, con hallazgo de apendicitis cecal fibrino-purulenta. Se hizo una ecografía de abdomen que reportó la presencia de una masa en el retroperitoneo derecho, de 10 cm x 7 cm, en estrecha relación con el riñón derecho. La tomografía del abdomen reveló una masa heterogénea. La paciente fue sometida a laparotomía exploradora, con hallazgo de una masa retroperitoneal dependiente de los tejidos blandos en la periferia de la fascia de Gerotta, en el lado derecho, y que la comprometía parcialmente. Se resecó la masa, sin complicaciones. El reporte de patología fue de endometrioma, sin signos de un proceso maligno.

Caso 2. Se trata de un paciente de sexo femenino, de 35 años de edad, con cuadro clínico de 17 horas de evolución de dolor abdominal, inicialmente en mesogastrio y, luego, irradiado a la fosa iliaca derecha. No tenía antecedentes de importancia. En el examen físico se encontraron positivos los signos de Blumberg y de Rovsing. Se consideró el diagnóstico de apendicitis aguda y se practicó la apendicectomía. El reporte de patología fue de endometrioma apendicular.

Conclusión. El endometrioma es una entidad de manejo quirúrgico que simula otras varias en su forma de presentación. Su diagnóstico es posoperatorio.

02-038

Cáncer de seno en hombres, presentación de dos casos y revisión de la literatura

Jaime Rubiano, Alden Pool Gómez

Universidad del Valle

Cali, Colombia

aldenpool4@hotmail.com

Introducción. El cáncer de seno en hombres es un reto diagnóstico, ya que representa menos de 1% de los casos y no existe conciencia en los hombres de que ellos puedan desarrollar esta enfermedad, a pesar de que las cifras han aumentado con los años y se encuentra en etapas más avanzadas que en la mujer al momento del diagnóstico. Sin embargo, etapa por etapa, el pronóstico es el mismo.

Objetivo. Describir los dos casos encontrados en el transcurso de seis meses, su presentación clínica, el proceso del diagnóstico y el manejo que recibieron, y revisar la literatura.

Material y método. Se presentan dos casos que se manejaron en los últimos seis meses, desde el punto de vista de su diagnóstico, tratamiento quirúrgico y terapias adyuvantes,

Se revisa la literatura universal al respecto y se dan pautas de acuerdo con esta revisión.

Conclusión. El cáncer de seno masculino se puede presentar a cualquier edad pero generalmente, se detecta entre la sexta y séptima década de la vida y recibe tratamiento similar al de la mujer.

TRAUMA E INFECCIONES

02-045

Tuberculosis peritoneal

Amy del Mar Piñeres, Jesús Vásquez,

María Clara Arroyave, Diego Penagos,

Carlos Lopera, Sergio Díaz, Jean Pierre Vergnaud

Universidad Pontificia Bolivariana, Universidad de Antioquia y Universidad CES

Medellín, Colombia

amypineress@yahoo.com

Introducción. La tuberculosis peritoneal es una entidad menos frecuente que la pulmonar y, generalmente, su presentación es de tipo miliar. Se presenta una paciente de 24 años de edad con granulomas tuberculosos en el abdomen.

Objetivo. Describir un caso clínico poco frecuente y con manifestaciones atípicas, en una paciente joven.

Materiales y métodos. Se presenta el caso de una paciente de 24 años de edad, con dolor abdominal atípico en quien se diagnosticó inicialmente trombosis

mesentérica. Se sometió a laparotomía y resección intestinal, con manejo ambulatorio con warfarina por el servicio de medicina interna.

Resultados. Por la persistencia de dolor, se practicó una ecografía que mostró colelitiasis y colecistitis. Se sometió a laparoscopia en la cual se encontró un extenso proceso de adherencias y granulomas, de los cuales se tomaron biopsias; se practicó colecistectomía. Se encontraron granulomas tuberculosos con bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR) en la cavidad peritoneal.

Conclusión. Es un caso muy raro, ya que en el abdomen la presentación más frecuente es la miliar. Se obtuvo mejoría de su cuadro clínico y se administró tratamiento antituberculoso triconjugado.

HERNIAS

02-006

Hernia de Amyand

Juan Fernando Medina, Edgar Julián Rojas

Hospital San José

Popayán, Colombia

jfm2999@hotmail.com y edgarjuli@hotmail.com

Introducción. La hernia del apéndice es rara; su incidencia alcanza el 1% de las hernias inguinales en adultos y es conocida como “hernia de Amyand”. Fue descrita por primera vez por Garangeot, en 1731. En este documento queremos describir un caso ocurrido en el Hospital San José de Popayán.

Materiales y método. Se trata de un paciente de 79 años que ingresó con un cuadro clínico indicativo de pancreatitis aguda leve de origen biliar, con amilasemia elevada y colelitiasis, quien presentó una evolución tórpida y signos de obstrucción intestinal; no tenía antecedentes quirúrgicos previos. Se practicó una tomografía computadorizada que reveló una hernia inguinal del lado derecho, sin precisar la estructura comprometida. En el examen físico no había evidencia clínica externa, ni dolor local.

Resultados. Se sometió a laparotomía y se encontró una hernia estrangulada a través del anillo femoral, que contenía el apéndice cecal, con signos inflamatorios, sin perforación. Se practicó apendicectomía y herniorrafia sin complicaciones intraoperatorias. Se hizo seguimiento posoperatorio en la unidad de cuidados intensivos y egresó del hospital después de dos semanas.

Finalmente, el estudio histopatológico demostró hiperplasia linfóide e infiltrado inflamatorio.

Conclusión. La presentación del apéndice incluido dentro de un saco herniario es rara y, cuando ocurre, es de difícil diagnóstico. La mayoría de los casos, como en éste, se hace durante la cirugía; el tratamiento, en todos los casos, debe ser la apendicetomía y herniorrafia de urgencia, por una vía de abordaje capaz de dar solución al cuadro, evitando la contaminación del canal inguinal.

02-019

Hernia congénita a través del ligamento falciforme

José Carlos Posada, Nair Bobadilla,

Efrén Cantillo, Javier G. Velásquez

Universidad de Cartagena y Hospital Universitario del Caribe
Cartagena de Indias, Colombia

nair83@hotmail.com

Introducción. La hernia interna a través de un defecto del ligamento falciforme, ya sea congénito o adquirido, es una entidad rara que se presenta clínicamente con un cuadro clínico de obstrucción intestinal. Corresponde a 0,2% de todas las hernias internas.

Objetivo. Presentar un caso clínico de hernia interna a través de un defecto en el ligamento falciforme.

Material y método. Se trata de un hombre de 70 años de edad que consultó por un cuadro clínico de tres días de evolución, consistente en dolor abdominal difuso, diez episodios de vómito, distensión abdominal y ausencia de deposiciones. Como antecedentes, refirió hipertensión arterial y tabaquismo; negó tener antecedentes quirúrgicos.

En el examen físico se encontró: tensión arterial de 130/80 mm Hg, frecuencia cardíaca de 86 por minuto y frecuencia respiratoria de 18 por minuto. Había distensión abdominal con dolor generalizado a la palpación; en el tacto rectal se encontró materia fecal no compactada y no se detectaron masas.

Los exámenes de laboratorio fueron normales y las radiografías para descartar un abdomen agudo demostraron distensión de asas del intestino delgado y niveles hidroaéreos.

Se decidió practicar laparotomía exploratoria por los signos de obstrucción intestinal. En la cirugía se encontró

la presencia de hernia interna a través de ligamento falciforme, con contenido de asas intestinales, sin sufrimiento vascular y obstrucción a 40 cm de la válvula ileocecal. Se redujo la hernia y se cerró el defecto del ligamento falciforme. Durante la evolución, no se presentaron complicaciones.

Resultados. Se presentó un raro caso de hernia interna a través de un defecto congénito en el ligamento falciforme.

Conclusión. La hernia interna a través de un ligamento es una causa poco común de obstrucción del intestino delgado. La mayoría de los casos se presentan por defectos iatrogénicos causados por cirugía previa, con pocos reportes en la literatura mundial de defectos congénitos.

OTROS

02-040

Abdomen agudo por ruptura espontánea de bazo accesorio

Víctor Andrés Ruiz, Julián Andrés Meza
Universidad del Cauca
Popayán, Colombia
drjamezaro@gmail.com

Introducción. La ruptura espontánea de bazo accesorio es poco frecuente como causa de abdomen agudo. Se describe el caso de un paciente que consultó al Servicio de Urgencias del Hospital Susana López de Valencia, con cuadro clínico de abdomen agudo. Se sometió a cirugía y se encontró un bazo accesorio roto.

Objetivo. Reportar un caso de ruptura espontánea de un bazo accesorio, en un paciente previamente sano.

Material y método. Se trata de un paciente de sexo masculino de 48 años de edad, procedente de Popayán, previamente sano, que consultó a urgencias del Hospital Susana López de Valencia, de nivel II, por un cuadro clínico de 12 horas de evolución. A su ingreso presentaba dolor abdominal de tipo urente localizado en epigastrio e, hipocondrio izquierdo, irradiado a la región dorsal y el hombro izquierdo. Negó episodios de melenas, hematemesis o dolor precordial. Era un paciente fumador y consumidor crónico de psicofármacos.

Resultados. En el examen de ingreso se encontró un paciente con dolor, pálido y sudoroso. La frecuencia cardiaca era de 103 por minuto y la tensión arterial de 102/69 mm Hg. Había abdomen en tabla, con signo de Blumberg generalizado, no toleraba el decúbito y no se auscultaban soplos en el abdomen. En la ecografía abdominal se observó 2.500 ml, aproximadamente, de líquido libre en la cavidad peritoneal. Sobre la cola del páncreas se observaba líquido con tabiques delgados y el bazo era de características normales, rodeado de líquido.

Con sospecha de úlcera péptica perforada o pancreatitis aguda necro-hemorrágica, se sometió a cirugía y se encontró hemoperitoneo de 2.800 ml, con un bazo accesorio localizado entre el hilio esplénico y la cola del páncreas, el cual se encontró roto. Se hizo drenaje del hemoperitoneo y se resecó el bazo accesorio.

Conclusión. La ruptura esplénica espontánea, como causa de abdomen agudo, es una entidad poco frecuente; en este caso se encontró un bazo accesorio roto, como causa del hemoperitoneo y del abdomen agudo.



VIDEOS

VÍAS BILIARES Y PANCREAS

03-003

Exploración de la vía biliar por laparoscopia

*Roosevelt Fajardo, Carlos Felipe Perdomo,
Lina Parra, Paula Aldana, Mónica Navas,
María Alejandra Amado*

Fundación Santa Fe de Bogotá
Bogotá, D.C., Colombia
info@fsfb.edu.co

Introducción. En la actualidad, la incidencia de coledocolitiasis varía entre 10 y 16%. El tratamiento de elección en 90% de los casos es la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica pero, en ocasiones, no se puede llevar a cabo por dificultades anatómicas, patológicas o técnicas. Es, entonces, cuando se explora la vía biliar por laparoscopia. En los últimos años se ha estudiado cada vez más esta técnica para conocer su morbimortalidad y poder compararla con la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.

Objetivo. Describir la técnica de exploración de la vía biliar por laparoscopia.

Materiales y métodos. Se presenta un video sobre el caso de una mujer de 73 años con un cuadro clínico de enfermedad obstructiva de la vía biliar (coledocolitiasis), que fue sometida a una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica como método terapéutico. Sin embargo, fue imposible acceder al colédoco, lo que imposibilitó la extracción de los cálculos biliares. Debido a esto, se hizo la exploración de la vía biliar por laparoscopia con el uso del coledocoscopio.

Resultados. Se hizo la exploración por laparoscopia de la vía biliar y se extrajeron múltiples cálculos de la vía biliar principal, bajo visión directa por el coledocoscopio. Posteriormente, se revisó la vía biliar y no se encontraron cálculos ni anomalías. La paciente evolucionó sin complicaciones y fue dada de alta con resultados satisfactorios.

Conclusión. La coledocoscopia por laparoscopia es un método terapéutico seguro y eficaz en el manejo de pacientes seleccionados con diagnóstico de coledocolitiasis. Son requisitos indispensables para practicar el procedimiento, los conocimientos y la experiencia del equipo humano y una selección adecuada del paciente.

03-013

Pancreatectomía subtotal mas esplenectomía por cistoadenocarcinoma

*Manuel Santiago Mosquera, Carlos Felipe Chaux,
Kadamani A. Akram, Adriana Pinilla,
Gabriel Sánchez*

Fundacion Cardio-Infantil e Instituto de Cardiología
Bogotá, D.C., Colombia
mmosquera@cardioinfantil.org

Introducción. La cirugía laparoscópica tiene aplicación en la mayoría de los procedimientos que se hacen por cirugía convencional, en enfermedades benignas y malignas, sobre todo en el colon, sobre el cual hay estudios comparativos en que se demuestra la igualdad en los resultados favorables. En lo concerniente al páncreas, hay series de casos de resecciones parciales

distales en lesiones quísticas y tumores endocrinos, no así en tumores malignos, y faltan estudios para definir la verdadera utilidad en estos casos.

Objetivo. Presentar la resección de un tumor quístico del cuerpo y la cola del páncreas, con alta sospecha de cistoadenocarcinoma maligno por marcadores en suero, y sin evidencia de compromiso local ni regional por estudios de extensión, aprovechando experiencias previas en resección de tumores quísticos benignos.

Material y método. Se presenta el caso de una paciente de 43 años de edad, con un cuadro clínico de 12 horas de sensación de plenitud y molestia epigástrica. Los antecedentes personales no eran relevantes.

En el examen físico no se encontraron masas palpables. Con ecografía abdominal y tomografía computadorizada se demostró un tumor quístico del páncreas, de aspecto mucinoso. Los marcadores séricos mostraron: amilasa normal, antígeno carcinoembrionario de 39,5 y CA-19-9 mayor de 10.000 ng/ml muy elevados.

Resultados. Se resecó completamente la lesión, haciendo la salvedad de que la esplenectomía se practicó después de la pancreatectomía y en forma independiente, contrario a lo que sucede en los casos benignos; hubo necesidad de evacuar el contenido de la misma para su extracción en bolsa, con cuidado para no contaminar la cavidad peritoneal. En el estudio de patología se informó: márgenes radiales negativos y ganglios sin compromiso tumoral; igualmente, el bazo y su hilio sin neoplasia.

Conclusión. La pancreatectomía subtotal para tumores quísticos malignos es factible, conservando los principios de cirugía oncológica, con gran exigencia en la técnica laparoscópica.

03-016

Cistogastrostomía por laparoscopia por pseudoquiste de páncreas en un paciente con síndrome de hipertensión portal

Manuel Santiago Mosquera, Kadamani A. Akram, Fernando Rey, Gabriel Sánchez
Fundación Cardio-Infantil e Instituto de Cardiología
Bogotá, D.C., Colombia
mmosquera@cardioinfantil.org

Introducción. La cirugía laparoscópica tiene aplicación en la mayoría de los procedimientos que se hacen por

cirugía convencional y, también, en aquellos que pueden realizarse por cirugía endoscópica como segunda opción terapéutica, incluso, en condiciones médicas que en un principio se consideraron como contraindicación para laparoscopia, como la hipertensión portal.

Objetivo. Mostrar la técnica de cistogastrostomía por laparoscopia y colocarla a consideración de los asistentes.

Material y método. Se informa el caso de una paciente de 32 años de edad con antecedentes de pancreatitis biliar y colecistectomía laparoscópica, 4 meses antes. Presentaba un pseudoquiste pancreático en progresión y sintomático, y cirrosis mixta (autoinmunitaria y alcohólica) asociada a un síndrome de hipertensión portal leve con várices esofágicas grado I, que por tomografía computadorizada (TC) no mostraba mayor circulación colateral.

Resultados. Se logró realizar el procedimiento con seguridad, sin complicaciones mayores ni menores, beneficiando a la paciente con las bondades de la mínima invasión.

03-017

Colecistectomía transvaginal híbrida con imanes

Camilo Ortiz, Néstor Muñoz, Henry Flórez, Silvio Saavedra
Hospital El Tunal y Clínica Universitaria Teletón
Bogotá, D.C., Colombia
camiloortiz@cable.net.co

Introducción. La cirugía por orificios naturales presenta una nueva alternativa en la cirugía laparoscópica. Se han descrito varias técnicas por vía transvaginal, transgástrica y transrectal.

Objetivo. Mostrar en detalle la técnica de la colecistectomía transvaginal híbrida con ayuda de imanes.

Material y método. Se presenta un video de ocho minutos de duración, en el cual se muestra la forma de colocar los trocares, los detalles de la disección y la posición más adecuada de los imanes.

Resultados. La colecistectomía transvaginal híbrida asistida con imanes es una técnica reproducible por

cirujanos generales con experiencia en laparoscopia, con evidente efecto estético y que produce menos dolor que la técnica tradicional.

Conclusión. Es factible practicar la colecistectomía transvaginal híbrida con imanes en seres humanos.

03-026

Errores en la colecistectomía por laparoscopia

Sergio Díaz, Diego Penagos, Gonzalo Gómez, María Clara Arroyave, María Cristina García
Universidad CES
Medellín, Colombia
d_penagos@hotmail.com

Introducción. La colecistectomía por vía laparoscópica es uno de los procedimientos que se realizan con mayor frecuencia en nuestra ciudad y, como la literatura lo dice, el índice de lesiones de la vía biliar es igual –o un poco mayor– al que se observa en la colecistectomía abierta.

Objetivo. El objetivo de este video es presentar una serie de puntos esenciales que se deben llevar a cabo durante la disección de la colecistectomía laparoscópica para evitar las lesiones de la vía biliar. Se resumen las diferentes estrategias que deben usarse para hacer el procedimiento más fácil y seguro.

Material y método. Se presenta un video de fragmentos de múltiples colecistectomías para mostrar la técnica de la disección y los pasos más críticos de la misma.

Resultados. El uso de una técnica estandarizada y la identificación de las estructuras anatómicas, así como llevar a cabo la rigurosa disección, son la clave para minimizar al máximo las lesiones de la vía biliar.

Conclusión. La laparoscopia es el método de referencia para la cirugía de la vesícula. Sin embargo, durante este procedimiento es de vital importancia identificar todas las estructuras anatómicas, para minimizar los riesgos inherentes a este procedimiento.

03-031

Colecistectomía laparoscópica por incisión umbilical única con dispositivo SILS

Ricardo Nassar, Evelyn Astrid Dorado, José Carlos Villarreal, Pilar Torres, Felipe Cabrera

Fundación Santa Fe de Bogotá
Bogotá, D.C., Colombia
rmassarmd@gmail.com

Introducción. Las técnicas laparoscópicas están avanzando y, en este momento, la cirugía por único puerto es una opción segura y muy estética para el paciente.

Objetivo. Describir la técnica de una colecistectomía por incisión única por laparoscopia.

Material y método. Se describe el caso de un paciente de 33 años de edad, con colelitiasis, a quien se le practicó una colecistectomía laparoscópica por incisión umbilical.

Resultados. Mediante técnica laparoscópica y con abordaje anterior transumbilical, se introdujo el dispositivo SILS (*single incisional laparoscopic surgery*) y se colocaron puntos de fijación en la vesícula, con lo que se logró la extracción completa y segura de la vesícula biliar. El sangrado fue mínimo. El tiempo quirúrgico fue de 60 minutos y la hospitalización duró un día.

Conclusión. Los procedimientos laparoscópicos por única incisión requieren destrezas avanzadas en laparoscopia para poder ofrecer seguridad al paciente, además de sus ventajas estéticas y la buena tolerancia por parte del paciente, como son poco dolor y regreso rápido a las actividades.

03-034

Colecistectomía laparoscópica por incisión única umbilical

Ricardo Nassar, Evelyn Astrid Dorado, José Carlos Villarreal, Pilar Torres, Felipe Cabrera
Fundación Santa de Bogotá
Bogotá, D.C., Colombia
rmassarmd@gmail.com

Introducción. Las técnicas laparoscópicas están avanzando y en este momento la cirugía por único puerto es una opción segura y muy estética para el paciente.

Objetivo. Describir la técnica de una colecistectomía por incisión única por laparoscopia.

Materiales y método. Se describe el caso de un paciente de 43 años de edad, con colelitiasis, a quien se

le practicó una colecistectomía laparoscópica por incisión umbilical.

Resultados. Mediante técnica laparoscópica, se hizo un abordaje anterior transumbilical, se introdujo el dispositivo para protección de piel Alexis y, luego, el dispositivo multipuerto. Con puntos de fijación en la vesícula en el fondo y bolsa de Hartmann, se logró la extracción completa y segura de la vesícula biliar. El sangrado quirúrgico fue mínimo. El tiempo quirúrgico fue de 60 minutos y la hospitalización duró un día.

Conclusión. Los procedimientos laparoscópicos por incisión única requieren destrezas avanzadas en laparoscopia para poder ofrecer seguridad al paciente, además de sus ventajas estéticas y la buena tolerancia por parte del paciente, como son poco dolor y regreso rápido a sus actividades.

03-035

Pancreatectomía distal por laparoscopia por adenoma pancreático

*Ricardo Nassar, Evelyn Astrid Dorado,
José Carlos Villarreal*
Fundación Santa Fe de Bogotá
Bogotá, D.C., Colombia
rnassarmd@gmail.com

Introducción. Las masas benignas pancreáticas son una entidad poco frecuente.

Objetivo. Describir la técnica de una pancreatectomía distal por un adenoma pancreático.

Material y método. Se describe el caso de un paciente de 43 años de edad, a quien se le practicó pancreatectomía distal por un tumor benigno.

Resultados. Mediante técnica laparoscópica se hizo un abordaje anterior lateral para la resección de cola del páncreas, por una masa con características de neoplasia mucinosa del páncreas. El sangrado quirúrgico fue mínimo. El tiempo quirúrgico fue de tres horas. El paciente evolucionó satisfactoriamente en el posquirúrgico, con poco dolor y movilización temprana.

Conclusión. El manejo laparoscópico de la enfermedad pancreática, tanto benigna como maligna, tiene cada día más adeptos y ha mostrado ser una opción segura para los pacientes, con una recuperación rápida y pocos efectos estéticos.

GASTROINTESTINAL

03-001

Síndrome de Conn, adrenalectomía laparoscópica

*Roberto Quintero, Ricardo Daguer,
Rafael McCausland, Álvaro Rojas,
Adolfo León Uribe, Jesús Valle*
Endocirugía, Clínica La Asunción
Barranquilla, Colombia
robertoquintero_@hotmail.com

Introducción. En 1% a 31% de los casos, la hipertensión arterial es producida por hiperaldosteronismo primario, que se caracteriza por hipertensión arterial, hipocaliemia y adenoma suprarrenal, conjunto que se conoce como síndrome de Conn. El adenoma suprarrenal se comporta como una masa funcional y la cirugía es una alternativa de tratamiento que incluye su resección.

Objetivo. Mostrar la técnica en un paciente con diagnóstico de síndrome de Conn, a quien se le practicó una adrenalectomía por videolaparoscopia.

Materiales y métodos. Se trata de un hombre de 61 años de edad, remitido por endocrinología y nefrología, con un cuadro clínico de hipertensión arterial, elevación de la aldosterona, hipocaliemia importante (menos de 2,5 mg/dl) resistente al tratamiento y persistente, alcalosis metabólica y trastornos del ritmo cardiaco, con hospitalizaciones frecuentes. En la angiorresonancia se encontró un nódulo suprarrenal izquierdo menor de 3 cm. Se programó para adrenalectomía laparoscópica en Barranquilla.

En el video se hace la descripción de la técnica quirúrgica, sus pasos, el abordaje, la disección y las relaciones anatómicas.

Resultados. Se practicó adrenalectomía izquierda con abordaje transperitoneal con laparoscopia antero-lateral sin complicaciones, con ligadura de la vena suprarrenal y posterior resección del nódulo. El tiempo quirúrgico fue de 120 minutos. El sangrado fue mínimo, menos de 50 ml. La estancia hospitalaria fue de 24 horas. El estudio de histopatología informó que se trataba de un adenoma suprarrenal. El título posquirúrgico de potasio fue de 4.3 mEq/l. Se instauró tratamiento antihipertensivo con dosis bajas de un solo medicamento.

Conclusión. El abordaje transperitoneal por laparoscopia es una opción ideal para el cirujano general,

y lo recomendamos para la resección de masas suprarrenales, por el mejor conocimiento de la cavidad abdominal. El abordaje retroperitoneal es recomendado para urología. La extirpación del adenoma suprarrenal en mención (síndrome de Conn), resolvió la hipopotasemia en forma definitiva y corrigió la hipertensión arterial a dosis bajas.

Recomendamos la técnica quirúrgica laparoscópica por ser segura, eficaz y con menor morbilidad que la cirugía convencional abierta.

03-002

Tricobezoar gástrico recurrente

Jaime Gutiérrez

Hospital San Juan de Dios

Yarumal, Colombia

jogs@mail2world.com

Introducción. El tratamiento inicial del tricobezoar gástrico debe ser su disolución química. Se han descrito múltiples agentes con diversos grados de éxito, entre ellos, la celulosa, la acetilcisteína y la papaína. La endoscopia es habitualmente exitosa, y la cirugía está indicada cuando hay recidiva.

Objetivo. Presentar el manejo quirúrgico de un caso de recidiva de tricobezoar gástrico.

Materiales y métodos. Se presenta el caso de una paciente que consultó por una masa abdominal palpable y vómito, con antecedentes de dos cirugías previas por tricobezoar gástrico y una complicación por el mismo.

Resultados. La falta de seguimiento estricto no nos permite detectar en forma precoz la recidiva de los tricobezoares gástricos, para así poder hacer un manejo temprano y menos invasivo, por disolución o por endoscopia.

Conclusión. El tricobezoar es el bezoar más común. Es la compactación de cabello que puede alcanzar gran tamaño por la acumulación de material no absorbible. El síndrome de Rapunzel es una rara variedad de tricobezoar gástrico que se extiende hacia el duodeno o hacia el yeyuno proximal. El 80% de los pacientes son menores de 30 años y más de 90% son mujeres. Hay antecedentes de tricotilomanía y tricofagia. Los síntomas que produce son náuseas, vómito, epigastralgia y pérdida de peso.

El diagnóstico se confirma con la radiografía con contraste de las vías digestivas superiores y la endoscopia. Las complicaciones son el sangrado, la perforación y la obstrucción. La recidiva del tricobezoar puede ser común y presentarse hasta en 14% de los pacientes, especialmente, si hay antecedentes psiquiátricos o alteraciones de la motilidad gastrointestinal.

03-005

Manejo laparoscópico de la obstrucción intestinal, experiencia en la Fundación Santa Fe de Bogotá

Fernando Arias, Evelyn Astrid Dorado,

José Carlos Villarreal

Fundación Santa Fe de Bogotá

Bogotá, D.C., Colombia

farias00@hotmail.com

Introducción. Los tumores del estroma gastrointestinal (*Gastrointestinal Stromal Tumor, GIST*) equivalen a la mayoría de los tumores mesenquimatosos del tubo digestivo. El 70% se encuentra en el estómago, 95% son solitarios y su potencial maligno se determina según su tamaño y estudio de patología.

Objetivo. Describir el manejo por laparoscopia de incisión umbilical única, de un tumor del estroma en el fondo gástrico.

Materiales y métodos. Se describe el caso de una paciente con diagnóstico de tumor del estroma gastrointestinal en el estómago, manejado por incisión única por laparoscopia en la Fundación Santa Fe de Bogotá, en mayo de 2010.

Resultados. Se trata de una paciente de 58 años que se estudió por dolor abdominal crónico. En la tomografía con contraste de abdomen se descubrió una masa de 2,5 cm x 3 cm en el fondo gástrico, por fuera de la luz y en relación con el hilio esplénico. Con diagnóstico de tumor del estroma gástrico, se sometió a resección laparoscópica por incisión umbilical única. El tiempo quirúrgico fue de 140 minutos. La pérdida sanguínea fue mínima. El tiempo de hospitalización fue de tres días. En el estudio de control de las vías digestivas no se encontró filtración del medio del contraste.

Conclusión. La cirugía por incisión única en el manejo de patología gastrointestinal está tomando un lugar

importante en la cirugía mínimamente invasiva; es muy bien tolerada por el paciente, poco dolorosa, con una recuperación muy rápida y excelente resultado estético.

03-006

Manga gástrica por laparoscopia con parche de epiplón

*Lucas Bojanini, Santiago Gómez,
Alejandro Múnera, Manuel Moros,
Leonardo Carrascal*

Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia
lucas.bojanini@gmail.com

Introducción. La manga gástrica es una técnica quirúrgica para el manejo de la obesidad mórbida, que requiere de habilidad y destreza en el uso de los instrumentos de la cirugía mínimamente invasiva. La realización de una técnica depurada, efectiva, segura, que disminuya al mínimo la posibilidad de complicaciones durante y después de la cirugía, garantiza en la mayoría de los casos un buen resultado en el manejo de esta enfermedad. Las modificaciones a la técnica inicialmente descrita son muchas veces aceptadas por los cirujanos y, en algunos casos, se quedan como el procedimiento estándar si se demuestran mayores beneficios que con el procedimiento inicial.

Objetivo. Presentar una modificación técnica de la manga gástrica por laparoscopia, en la cual se restaura la anatomía inicial del estómago y del epiplón mayor, intentando minimizar las complicaciones hemorrágicas e infecciosas.

Material y método. Se presenta un video de la manga gástrica por laparoscopia, con aplicación de un parche de epiplón mayor a la línea de suturas mecánicas.

Resultados. Se logró la restauración de la anatomía gastro-epiploica después de la manga gástrica, con disminución del sangrado posquirúrgico y sin filtraciones gástricas hasta el momento.

Conclusión. La manga gástrica por laparoscopia restaura la anatomía gastro-epiploica y puede disminuir la incidencia de complicaciones hemorrágicas e infecciosas de espacio y órgano.

03-007

Adrenalectomía laparoscópica para manejo del síndrome de Conn

*Felipe Vanegas, Sergio Díaz,
María Cristina García, Gonzalo Gómez,
Diego Penagos, María Clara Arroyave*
Universidad CES y Clínica Las Vegas
Medellín, Colombia
chalo_gomez@yahoo.com

Introducción. Se presenta la técnica laparoscópica para adrenalectomía por abordaje abdominal y sus resultados, en un paciente con síndrome de Conn.

Objetivo. Mostrar la adrenalectomía laparoscópica como el método quirúrgico de elección para el manejo de masas suprarrenales funcionales en pacientes seleccionados de manera adecuada.

Material y método. Se practicó una adrenalectomía laparoscópica por abordaje transabdominal, con técnica de cuatro puertos subcostales, en un paciente recibido en el servicio de urgencias de la Clínica las Vegas por una crisis hipocaliémica. Se hizo diagnóstico de síndrome de Conn, y se encontró un aldosteronoma de 3 cm de diámetro en la glándula suprarrenal izquierda.

Resultados. La duración del procedimiento fue de 70 minutos, con resección completa de la glándula suprarrenal izquierda. El paciente presentó mejoría progresiva. Se suspendió el suplemento de potasio a los dos días posquirúrgicos, por ionograma normal y estable, y, también, hubo resolución de su hipertensión. Se dio de alta al cuarto día, sin complicaciones.

Conclusión. La adrenalectomía laparoscópica es, en la actualidad, el abordaje quirúrgico de elección para el manejo de los nódulos suprarrenales funcionales, con resultados adecuados, menor tiempo de hospitalización y menor dolor. El abordaje transabdominal o retroperitoneal depende de la experiencia del cirujano y los resultados son similares.

03-009

Gastrectomía subtotal por laparoscopia en un paciente con enfermedad benigna

*Jesús Vásquez, María Clara Arroyave,
Diego Penagos, Gonzalo Gómez,
María Cristina García*

Universidad CES y Hospital Manuel Uribe Ángel
Medellín, Colombia
maquitarroyave@hotmail.com

Introducción. Se trata de un paciente con enfermedad ácido-péptica grave, con obstrucción pilórica por estenosis benigna, con foco de displasia de alto grado en la endoscopia digestiva superior preoperatoria.

Objetivo. Presentar el caso de una paciente con obstrucción pilórica por enfermedad benigna, intervenida en el Hospital Manuel Uribe Ángel, a quien se le practicó una gastrectomía subtotal por laparoscopia.

Materiales y métodos. Presentación de cine clínico para mostrar la gastrectomía subtotal con técnica mínimamente invasiva.

Resultados. La cirugía se realizó con éxito, en un tiempo operatorio de 80 minutos. La paciente tuvo una excelente evolución posquirúrgica. El estudio de patología de la pieza quirúrgica confirmó enfermedad benigna, con múltiples focos de displasia de bajo grado.

Conclusión. La cirugía laparoscópica es un método seguro y eficaz para realizar resecciones gástricas por enfermedad benigna.

03-011

Quiste mesentérico, manejo quirúrgico por laparoscopia, reporte de un caso en la Fundación Salud Bosque

Ricardo Adolfo Villarreal, Carlos A. Luna-Jape,
Manuel E. Jiménez, Carlos A. Leal,
Ernesto Villamizar
Fundación Salud Bosque
Bogotá, D.C., Colombia
ernivill@hotmail.com

Introducción. Los quistes de mesenterio son entidades raras; son sacos que contienen fluido seroso y se desarrollan a partir de obstrucciones en los canales linfáticos durante el periodo embrionario. Son más comunes en niños y jóvenes, usualmente asintomáticos. Las complicaciones de los quistes se presentan por torsión, infección, ruptura y gran tamaño, por lo que requiere manejo médico.

Este caso se trata de una paciente de 26 años que presentó un cuadro clínico de seis meses de evolución

de dolor abdominal tipo cólico, inespecífico, a quien se le realizaron estudios imaginológicos y se identificó una masa quística de 73 mm x 31 mm x 76 mm en el flanco derecho, independiente del riñón y del ovario derecho.

Objetivo. Demostrar cómo una enfermedad rara, como un gran quiste de mesenterio, puede ser tratada por medio de cirugía mínimamente invasiva.

Materiales y métodos. Es la presentación de un reporte de un caso de una resección laparoscópica de un mesenterio grande registrada en video.

Resultados. Se hizo una resección laparoscópica de un quiste de mesenterio en una paciente de 27 años, que presentaba un cuadro clínico de dolor abdominal crónico. El procedimiento se realizó sin complicaciones, liberando el quiste del mesenterio del íleon proximal, sin causar lesiones a los órganos adyacentes. En el seguimiento a dos meses, no presentó dolor ni complicaciones.

Conclusiones. Aunque el quiste de mesenterio es una enfermedad rara, es difícil su diagnóstico y hay poca información sobre el manejo laparoscópico. Se presenta un caso de manejo quirúrgico por vía laparoscópica de esta condición. Se logró, con éxito y sin complicaciones, reseccionar un quiste de mesenterio sintomático en una mujer joven.

03-015

Resección del fondo gástrico por tumor del estroma gastrointestinal sangrante

Manuel Santiago Mosquera, Kadamani A. Akram,
Adriana Pinilla, Gabriel Sánchez
Fundación Cardio-Infantil e Instituto de Cardiología
Bogotá, D.C., Colombia
mmosquera@cardioinfantil.org

Introducción. La cirugía por laparoscopia tiene aplicación en la mayoría de los procedimientos que se hacen por cirugía convencional; también puede aplicarse en la intervención de tumores submucosos gástricos de menor tamaño, mediante la técnica de disección endoscópica submucosa.

Objetivo. Mostrar la resección de un tumor del estroma gastrointestinal (*Gastrointestinal Stromal Tumor*, GIST) de 5 cm de diámetro mayor, aproximadamente, localizado en el fondo gástrico que, por los estudios, se consideró inicialmente de difícil resección por laparoscopia por su proximidad a la unión cardioesofágica.

Materiales y métodos. Se presenta el caso de una paciente de 57 años de edad con cuadro clínico de seis meses de evolución de sangrado intestinal, tipo melena, y diagnóstico histológico confirmado de GIST, hecho en otra institución. No tenía antecedentes personales relevantes y el examen físico fue normal.

Resultados. El procedimiento se practicó con seguridad, sin complicaciones mayores ni menores, beneficiando a la paciente de las bondades de la mínima invasión y con control completo del sangrado.

Conclusión. Las resecciones gástricas parciales, o segmentarias, se realizan en forma segura por vía laparoscópica. Los exámenes imagiológicos son una buena aproximación a la ubicación de las lesiones, aunque no siempre exacta.

03-018

Tratamiento endoscópico de la perforación gástrica posterior a resección mucosa por endoscopia

Manuel Eduardo Moros, Patricia Martin

Gastroquirúrgica y Clínica Santa Ana

Cúcuta, Colombia

gastroquirurgica@hotmail.com

Introducción. La perforación gástrica es una complicación de la resección endoscópica de mucosa por cáncer gástrico temprano. Actualmente se investiga sobre dispositivos que sean seguros para el cierre de la pared del estómago, con el fin de implementar en el futuro el abordaje de la cavidad abdominal a través del estómago. Presentamos un caso complicado de resección de la mucosa gástrica, manejado exitosamente utilizando clips endoscópicos.

Objetivo. Presentar una técnica endoscópica para el tratamiento de las perforaciones gástricas.

Material y método. Se presenta el caso de un paciente de 58 años de edad, referida para resección de mucosa por endoscopia. Durante el procedimiento se presentó como complicación una perforación de la pared gástrica, la cual se manejó con clips endoscópicos. Después del cierre, el paciente fue hospitalizado y se manejó con descompresión gástrica y control endoscópico por tres días. Pasado este tiempo, fue dado de alta, con control telefónico diario.

Resultados. Se logró el cierre completo de la perforación, sin complicaciones.

Conclusión. Los dispositivos para el cierre de perforaciones del tubo digestivo, son elementos a nuestro alcance, de fácil uso y beneficio potencial. El advenimiento de nuevos dispositivos de cierre, permitirá el desarrollo de técnicas para acceder a la cavidad peritoneal a través de la luz del tubo digestivo.

03-023

Adrenalectomía derecha por laparoscopia

Frank Cure

Clínica del Caribe

Barranquilla, Colombia

Introducción. La adrenalectomía derecha es una cirugía poco frecuente en la que, con el uso del bisturí harmónico, se ahorra tiempo y se convierte en una cirugía segura.

Objetivo. Comprobar que el bisturí harmónico puede combinarse con el electrobisturí para la disección completa de la glándula suprarrenal derecha.

Material y método. Se resecó la glándula suprarrenal derecha por la presencia de un adenoma asintomático de 3,5 cm de diámetro, en la Clínica SaludCoop de Barranquilla, con buena evolución y sin complicaciones.

Resultados. Se pudo practicar la cirugía sin complicaciones y con seguridad, con apoyo del bisturí harmónico, en una institución de seguridad social que normalmente no se encuentra incluida en el plan de salud.

Conclusión. La adrenalectomía derecha por laparoscopia es una cirugía segura; conociendo las relaciones vasculares, se puede llevar a cabo con fluidez, sin mayores inconvenientes y con una excelente evolución, por tratarse de una cirugía mínimamente invasiva.

03-025

Vagotomía más piloroplastia por laparoscopia

Jorge Alberto Bernal, Adolfo León Uribe,

María Juliana Correa, Juan David Martínez,

Juan Pablo López, Ricardo Londoño

Universidad CES y Clínica Las Vegas

Medellín, Colombia

chalo_gomez@yahoo.com

Introducción. Presentamos el caso de un paciente de sexo masculino de 45 años de edad, con úlcera péptica intratable a pesar de múltiples manejos adecuados, sin antecedentes de sangrado, obstrucción ni ingestión de antiinflamatorios no esteroideos. La endoscopia digestiva superior reportó deformidad pilórica sin estenosis. Por falta de mejoría, fue sometido a cirugía.

Objetivo. Presentar el caso de un paciente con úlcera péptica intratable, a quien se le practicó vagotomía más piloroplastia por laparoscopia.

Materiales y método. En el video se muestra la vagotomía más piloroplastia con técnica mínimamente invasiva.

Resultados. La cirugía se realizó con éxito, en un tiempo quirúrgico de 90 minutos. No se presentaron complicaciones y el paciente fue dado de alta al día siguiente.

Conclusión. La laparoscopia es un método seguro y eficaz para realizar cirugías para enfermedad ácido-péptica, con bajas tasas de complicaciones y estancia hospitalaria, y tasas de éxito comparables con las de la cirugía abierta.

03-027

Hernia hiatal gigante, cirugía antirreflujo y uso de parche de pericardio

Jesús Vásquez, Diego Penagos, Carlos Lopera, Jean Pierre Vergnaud, María Clara Arroyave, Amy del Mar Piñieres

Universidad CES y Hospital Pablo Tobón Uribe
Medellín, Colombia
d_penagos@hotmail.com

Introducción. Se presenta el caso de un paciente con reflujo gastroesofágico sintomático y con hernia hiatal gigante.

Objetivo. Presentar el caso manejado en el Hospital Pablo Tobón Uribe con técnica laparoscópica, demostrando que el reparo por esta vía y el uso del parche de pericardio son métodos adecuados para el manejo de esta enfermedad. No sólo se resolvió el reflujo gastroesofágico, sino que también se reparó la hernia gigante con materiales bioprotésicos.

Materiales y método. En el video se muestra el manejo de la hernia hiatal gigante con materiales bioprotésicos mediante técnicas laparoscópicas mínimamente invasivas.

Resultados. Se practicó la operación antirreflujo y se usó el parche de pericardio con excelente resultado funcional y con reparación de la hernia, sin complicaciones quirúrgicas y con un excelente posoperatorio.

Conclusión. La laparoscopia es un método ideal para el reparo de la hernia hiatal gigante, con el uso de bioprótesis, y produce excelentes resultados para el paciente.

03-028

Ascenso gástrico por acalasia, con mínima invasión, reporte de dos casos

Adolfo León Uribe, Jorge Alberto Bernal, Juan Pablo López, Evelyn Astrid Dorado, Julio García, Javier Forero

Clínica Las Américas y Universidad CES
Medellín, Colombia
doradofamilia@gmail.com

Introducción. En nuestro medio, la acalasia es una enfermedad poco frecuente y la presencia de megaesófago es una rareza. La esofagectomía por vía torácica y el ascenso gástrico por vía laparoscópica es una opción muy bien tolerada y poco descrita en la literatura.

Objetivo. Describir la técnica de la esofagectomía toracoscópica posterior y del ascenso gástrico laparoscópico.

Material y método. Se describe el caso de dos pacientes de 33 y 43 años con diagnóstico de acalasia y megaesófago.

Resultados. Se practicó, con técnica mínimamente invasiva, esofagectomía posterior y ascenso gástrico con refuerzo del tubo con sutura no absorbible y con anastomosis cervical. Uno de los pacientes presentó sangrado posquirúrgico que ameritó una nueva intervención. El tiempo quirúrgico fue de 4 horas y la hospitalización duró cinco días. El estudio radiológico de tránsito intestinal al tercer día posquirúrgico no mostró fugas ni estenosis.

Conclusión. El manejo laparoscópico para la acalasia ha mostrado ser efectivo, poco mórbido y bien tolerado por el paciente. El megaesófago por acalasia es una condición rara en nuestro medio.

03-029

Manejo quirúrgico de enfermedad por reflujo gastroesofágico por laparoscopia, en un paciente con *situs inversus total*

Jesús Vásquez, Carlos Lopera,

Jean Pierre Vergnaud, Carlos Díaz,

Sonia Morales, Fred Naranjo

Universidad de Antioquia, Universidad Pontificia Bolivariana
Medellín, Colombia

soniaemoraes@hotmail.com

Introducción. La discinesia ciliar primaria es una enfermedad hereditaria, autosómica recesiva, caracterizada por infecciones crónicas de las vías respiratorias superiores e inferiores y, hasta en 50% de los casos, *situs inversus*. La prevalencia está entre 1:15.000 y 1:30.000 nacidos vivos. Ocasionalmente, puede estar ligada al cromosoma X. La enfermedad es genéticamente heterogénea, causada por mutaciones en un número diferente de genes.

La presentación más típica son los síntomas respiratorios, el embarazo ectópico en mujeres y la infertilidad en hombres (50%). Sin embargo, la discinesia ciliar primaria, también, debe considerarse si hay enfermedad congénita cardíaca compleja, especialmente, alteraciones de lateralidad, enfermedad poliquística renal o hepática, hidrocefalia, atresia biliar, enfermedad esofágica grave (atresia esofágica o reflujo grave) o degeneración de la retina (incluyendo retinitis pigmentaria).

Objetivo. Reportar el caso de paciente con *situs inversus total* que es llevado a cirugía laparoscópica para practicar una funduplicatura posterior por enfermedad por reflujo gastroesofágico sintomática, que no mejoró con tratamiento médico.

Materiales y métodos. Se revisa la literatura, y se describen el caso clínico y el procedimiento quirúrgico.

Resultados. Se obtuvo mejoría de los síntomas de la enfermedad por reflujo gastroesofágico.

03-032

Hernia paraesofágica gigante manejada por laparoscopia

Ricardo Nassar, Evelyn Astrid Dorado,

José Carlos Villarreal, Pilar Torres,

Felipe Cabrera

Fundación Santa Fe de Bogotá

Bogotá, D.C., Colombia

farias00@hotmail.com

Introducción. Las hernias paraesofágicas se presentan en adultos mayores y producen importante sintomatología. El manejo laparoscópico con reparo del defecto con malla es una opción bien tolerada, para estos pacientes.

Objetivo. Describir el manejo laparoscópico de la corrección con malla y parche (*pledgets*) de una hernia paraesofágica gigante.

Material y método. Se describe el caso de una paciente con hernia paraesofágica gigante y síntomas de reflujo.

Resultados. Se trata de una paciente de 58 años, con estudios concluyentes para el diagnóstico de hernia paraesofágica gigante con hernia del 40% del estómago.

Se liberó el estómago intratorácico, se resecó el saco herniario, se corrigió la hernia hiatal con malla recubierta y parches, y se practicó una cirugía de Nissen, por laparoscopia. La pérdida sanguínea fue mínima. El tiempo quirúrgico fue de 140 minutos y la hospitalización duró dos días. El estudio de vías digestivas altas con medio de contraste fue negativo para estenosis.

Conclusión. El manejo laparoscópico del reflujo gastroesofágico por hernia hiatal gigante, es una opción bien tolerada por el paciente, con poca morbilidad y técnicamente exigente para el cirujano que lo realiza.

03-033

Adrenalectomía por hiperaldosteronismo primario en un paciente obeso

Ricardo Nassar, Evelyn Astrid Dorado,

José Carlos Villarreal

Fundación Santa Fe de Bogotá

Bogotá, D.C., Colombia

rnassarmd@gmail.com

Introducción. El hiperaldosteronismo primario es una enfermedad que ocasiona alteraciones de la tensión

arterial que pueden ocasionar un riesgo cardiovascular importante para el paciente.

Objetivo. Describir la técnica de una adrenalectomía unilateral por hiperaldosteronismo primario.

Material y método. Se describe el caso de un paciente de 33 años de edad, a quien se le practicó adrenalectomía unilateral derecha.

Resultados. Mediante técnica laparoscópica se hizo un abordaje anterior lateral para la resección de la glándula suprarrenal derecha, por hiperaldosteronismo primario resistente al manejo médico. El sangrado quirúrgico fue mínimo. El tiempo quirúrgico fue de tres horas y la hospitalización duró tres días.

El paciente no necesitó manejo antihipertensivo después de la cirugía.

Conclusión. El manejo laparoscópico del hiperaldosteronismo primario ha mostrado ser una opción segura para los pacientes que no responden al manejo médico.

03-037

Corrección de hernia hiatal por laparoscopia

Ricardo Nassar, Evelyn Astrid Dorado,

José Carlos Villarreal, Pilar Torres,

Felipe Cabrera

Fundación Santa Fe de Bogotá

Bogotá, D.C., Colombia

rnassarmd@gmail.com

Introducción. La hernia hiatal asociada a reflujo gastroesofágico es una enfermedad frecuente en nuestro medio, que puede ser manejada exitosamente por laparoscopia.

Objetivo. Describir la técnica de la cirugía antirreflujo y la corrección de hernia hiatal por laparoscopia.

Material y método. Se describe el caso de un paciente de 63 años, a quien se le practicó cirugía antirreflujo con corrección de hernia hiatal.

Resultados. Mediante laparoscopia se practicó funduplicatura de tipo Nissen y corrección de hernia hiatal, cerrando los pilares con sutura no absorbible y parches (*pledgets*). El sangrado quirúrgico fue mínimo. El tiempo quirúrgico fue de dos horas y la hospitalización, de dos días.

En el periodo posquirúrgico, el paciente toleró adecuadamente los líquidos claros.

Conclusión. En los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, con diagnóstico de hernia hiatal por endoscopia y estudio radiológico de vías digestivas altas, ésta puede corregirse de manera segura por vía laparoscópica, lo cual disminuye el tiempo de estancia hospitalaria.

CIRUGÍA BARIÁTRICA

03-004

Manga gástrica con sutura a mano: técnica segura en el manejo de obesidad mórbida

Juan Carlos Del Castillo, Álvaro Velásquez,

Jorge Franco

Clínica de Los Remedios

Cali, Colombia

lobesidad@gmail.com

Introducción. Es un informe preliminar de un estudio prospectivo de asignación aleatoria, en el cual se comparan dos técnicas quirúrgicas para el manejo de la obesidad mórbida. Se tomaron dos grupos homogéneos: el grupo 1, manga gástrica con grapas, y el grupo 2, manga gástrica con sutura a mano.

Se considera una muestra final de 100 pacientes por grupo. Actualmente, el estudio cuenta con una muestra parcial de 22 pacientes en el grupo 1 y de 21 en el grupo 2.

Objetivo. Comparar la manga gástrica convencional (grapap) con la técnica de sutura a mano y evaluar sus resultados a corto y a largo plazo en el manejo de la obesidad mórbida.

Materiales y métodos. Los pacientes se distribuyeron en dos grupos, asignados al azar por un sistema de computador que asigna el número 1 y el número 2.

Los grupos fueron homogéneos en cuanto edad (prueba Wilcoxon-Mann-Whitney), sexo (χ^2 al cuadrado), índice de masa corporal (IMC) de 35 a 43 kg/m² de superficie corporal (prueba Wilcoxon-Mann-Whitney), morbilidad asociada y estrato socioeconómico.

Se analizan los siguientes aspectos de las variables cuantitativas: normalidad, igualdad de varianzas, por pruebas paramétricas y no paramétricas para determinar si existen diferencias entre los grupos; para las variables

cualitativas: prueba de ji al cuadrado para determinar si existen diferencias entre los grupos.

Resultados. En este informe preliminar se evidencia que no hay diferencia estadística entre la técnica a mano y la manga gástrica realizada con grapas, cuando se evalúa la morbimortalidad.

Conclusión. Es un informe preliminar que muestra que la técnica a mano es una buena alternativa para el manejo del paciente con obesidad mórbida.

03-008

Derivación gástrica en un paciente con cirugía antirreflujo previa

*Jesús Vásquez, Sergio Díaz,
María Cristina García, Gonzalo Gómez,
Diego Penagos, María Clara Arroyave*
Universidad CES
Medellín, Colombia
chalo_gomez@yahoo.com

Introducción. La cirugía para la obesidad se ha masificado, incluyendo entre sus pacientes a personas con antecedentes quirúrgicos, lo que hace más compleja la decisión y la técnica para la realización de los procedimientos.

Objetivo. Presentar un video sobre la complejidad y la manera de solucionar los problemas técnicos en un paciente con antecedente de funduplicatura de tipo Nissen previa, durante la realización de una derivación gástrica.

Materiales y métodos. Se trata de un paciente de 50 años con obesidad mórbida (IMC=44), múltiples enfermedades concomitantes y antecedentes de funduplicatura de tipo Nissen 10 años atrás por reflujo gastroesofágico. Se le hizo diagnóstico de reflujo biliar sintomático. Se practicó una derivación gástrica por laparoscopia con cinco puertos.

Resultados. El paciente fue llevado a cirugía, con el plan quirúrgico de deshacer la funduplicatura y practicar una derivación con fondo de saco pequeño y asa alimentaria a 200 cm. Se logró llevar a cabo todo el plan quirúrgico en un tiempo de 80 minutos, sin complicaciones durante la cirugía y con buenos resultados de pérdida de peso en el seguimiento. El paciente no presentó síntomas de reflujo en el posoperatorio.

Conclusión. La funduplicatura de tipo Nissen no es una contraindicación para la derivación gástrica; además, si el paciente presenta reflujo biliar sintomático, la derivación soluciona esta alteración de manera permanente.

03-019

Fístula gastrobronquial, tratamiento con fístulo-septotomía por endoscopia

*Manuel Eduardo Moros, Patricia Martín,
Lucas Bojanini, Leonardo Contreras,
Joseberg Campos*
Clínica Santa Ana y Gastroquirúrgica Limitada
Cúcuta, Colombia
gastroquirurgica@hotmail.com

Introducción. Las fístulas secundarias a cirugía bariátrica representan un reto para el especialista en cirugía endoscópica.

Objetivo. Presentar una técnica endoscópica fundamentada en los aspectos físicos y mecánicos del tránsito intestinal.

Materiales y método. Se presenta el caso de una paciente de 40 años de edad, que fue remitida por presentar una fístula gastrobronquial, después de diez meses de practicársele una manga gástrica. La paciente fue tratada mediante la técnica de fístulo-septotomía endoscópica y dilatación hidroneumática de la manga gástrica en sesiones repetidas, hasta lograr el cierre de la fístula.

Resultados. Se logró el cierre de la fístula después de cinco sesiones de tratamiento.

Conclusión. La fístulo-septotomía endoscópica con dilatación de la manga gástrica representa una técnica de interés en el manejo de fístulas secundarias a la cirugía.

03-020

Drenaje endoscópico de un absceso intraabdominal

*Manuel Eduardo Moros, Patricia Martín,
Lucas Bojanini, Leonardo Contreras,
Joseberg Campos, Gabriel Eusse,
Willian Andrade*

Clínica Santa Ana y Gastroquirúrgica Limitada
Cúcuta, Colombia
gastroquirurgica@hotmail.com

Introducción. Se encuentran publicaciones sobre técnicas de cirugía por orificios naturales para el drenaje endoscópico de colecciones intraabdominales, como pseudoquistes de páncreas, pancreatitis necrosante, peritonitis por desplazamiento de gastrostomía y abscesos intraabdominales secundarios a cirugía bariátrica. Presentamos el manejo endoscópico de un absceso intraabdominal como complicación de la manga gástrica.

Objetivo. Presentar una técnica endoscópica por orificios naturales para el tratamiento de un absceso intrabdominal secundario a manga gástrica.

Materiales y método. Se presenta el caso de una paciente de 40 años de edad, que consultó un mes después de practicársele una manga gástrica, por sepsis de origen intrabdominal. Fue manejada con una técnica endoscópica y se logró controlar la sepsis.

Resultados. Se hizo el drenaje endoscópico y se controló la infección.

Conclusión. El drenaje de colecciones de la cavidad abdominal por vía endoscópica es una técnica factible para el tratamiento de este tipo de complicaciones, más eficaz en el control de la infección y la sepsis secundaria.

03-021

Hernia quirúrgica por puerto de laparoscopia: reporte de un caso

*Ricardo Adolfo Villarreal,
Manuel Santiago Mosquera, Kadamani Akram,
Gabriel Sánchez, Carolina Hoyos*
Fundación Cardio-Infantil
Bogotá, D.C., Colombia
cirujanosgenerales@cardioninfantil.org

Introducción. La hernia que se produce en el canal de inserción del puerto puede clasificarse en tres tipos, la de aparición temprana, la de aparición tardía y la especial, que tienen diversas manifestaciones clínicas y tasas que varían entre 1 en 500 y 1 en 1.400 casos.

Objetivo. Demostrar que la hernia en el puerto de laparoscopia es una complicación infrecuente en

pacientes sometidos a cirugía mínimamente invasiva, prevenible y que puede corregirse con la misma técnica.

Materiales y método. Se presenta el video de una paciente de 28 años de edad, obesa [índice de masa corporal (IMC) de 34 kg/m²], que fue intervenida por laparoscopia por un quiste de ovario dos días antes de presentar dolor abdominal y ausencia de deposición. Se diagnosticó obstrucción intestinal secundaria a una hernia quirúrgica en el sitio de puerto, la cual se manejó por laparoscopia.

Resultados. Mediante laparoscopia, se redujo la hernia de 5 mm en el sitio de puerto y se practicó eventrorrafia con malla, con ayuda de video. No se presentaron complicaciones ni reproducción de la hernia, en un tiempo de seguimiento de dos meses.

Conclusiones. Aunque la laparoscopia es una técnica menos invasiva que la cirugía abierta, pueden presentar complicaciones de la herida, como hernia en el sitio de puerto que, en este caso, fue temprana. No se ha definido si en los puertos de 5 mm debe cerrarse la fascia, pero es una recomendación general que en los mayores de 10 mm se haga el cierre primario con suturas absorbibles, especialmente ante un factor de riesgo como la obesidad.

03-022

Reintervención por laparoscopia de derivación gástrica abierta fallida

Frank Cure
Clínica del Caribe
Barranquilla, Colombia

Introducción. De los pacientes sometidos a cirugía bariátrica, 2% a 5% puede aumentar de peso después de los primeros 18 meses de operados. Después de cinco años, muchos de ellos pueden volver a aumentar de peso y alcanzar el peso previo a la cirugía.

Objetivos. Mostrar una técnica que permite reducir nuevamente la bolsa gástrica y alargar el puente del yeyuno, para ayudar al manejo del sobrepeso.

Materiales y método. Se presenta una paciente joven, de 27 años, a quien se le practicó una derivación abierta de un metro, con anastomosis retrogástrica y retrocólica siete años atrás. Aumentó nuevamente de peso y presentaba un índice de masa corporal de 52 kg/m², por lo que se intervino nuevamente por vía laparoscópica,

con la finalidad de reducir el saco gástrico dilatado y alargar el puente a 2,5 m. El tiempo quirúrgico fue de dos horas y la hospitalización, de un día. Se muestra la técnica para facilitar el manejo de la anastomosis retrogástrica que aumenta el nivel de dificultad de la cirugía.

Resultados. Se practicó una cirugía compleja con una técnica sencilla para la reducción gástrica y el alargamiento del puente, sin complicaciones.

Conclusión. La derivación gástrica abierta fallida puede reconstruirse por vía laparoscópica en forma segura, mediante una técnica que permita visualizar bien la unión gastroyeyunal, sin tocar la anastomosis gastro-yeyuno. Esto permite una recuperación adecuada del paciente.

COLON Y RECTO

03-010

Colectomía derecha por laparoscopia, experiencia en la Fundación Santa Fe de Bogotá

Rafael García, Jorge I. Sierra, Carlos E. Figueroa, Eduardo Londoño, Javier Carrera, Fernando Arias

Fundación Santa Fe de Bogotá
Bogotá, D.C., Colombia
jorge.ivan62hotmail.com

Introducción. La cirugía laparoscópica por puerto único ha ido desarrollándose como una nueva técnica mínimamente invasiva en diferentes especialidades quirúrgicas. Las ventajas son la utilización de una incisión limitada, menor dolor posoperatorio, posibilidad de conversión a cirugía laparoscópica convencional, menor incidencia de hernias de incisión y la mejoría del aspecto cosmético.

Objetivo. Analizar el tiempo quirúrgico y la dificultad técnica de la cirugía por puerto único, al compararla con la cirugía laparoscópica convencional, haciendo comentarios de los resultados que se han obtenido en la Fundación Santa Fe de Bogotá.

Materiales y métodos. En la técnica se recomienda el uso de pinzas que se pueden articular, pero, el no contar con ellas no supone una dificultad adicional o un impedimento para su realización.

Se desea presentar la experiencia del Grupo de Cirugía Colorrectal de la Fundación Santa Fe de Bogotá, en el manejo de las alteraciones del colon derecho por laparoscopia con puerto único, mostrando los desenlaces de 12 casos manejados por esta técnica.

Resultados. Al analizar los parámetros, como la estancia hospitalaria y la tolerancia a la vía oral, las ventajas de la cirugía por puerto único pueden ser despreciadas por el cirujano, pero, una vez que se desarrolla la curva de aprendizaje, la cirugía por puerto único ofrece los mismos resultados, sin aumentar el tiempo quirúrgico, convirtiéndose en una alternativa interesante en el campo de la cirugía mínimamente invasiva.

Conclusión. Los resultados obtenidos permiten a los cirujanos laparoscopistas colorrectales considerar el acceso por puerto único como una opción igual de efectiva a la cirugía convencional, sin aumentar costos, para la colectomía derecha.

03-012

Apendicitis epiploica manejada por laparoscopia, reporte de un caso en la Fundación Salud Bosque

Ricardo Adolfo Villarreal, Carlos A. Luna-Jape, Manuel E. Jiménez, Carlos A. Leal, Ernesto Villamizar

Fundación Salud Bosque
Bogotá, D.C., Colombia
rosanamedina@hotmail.com

Introducción. La apendicitis epiploica es la inflamación aguda de los apéndices epiploicos, que miden de 2 a 5 cm y son más frecuentes en el colon izquierdo que en el derecho. La apendicitis epiploica es una entidad rara, cuyo diagnóstico se hace por descarte y se aclara con la tomografía axial computadorizada (TC).

El hallazgo característico es una imagen redondeada u ovoide de densidad grasa, que depende de la serosa del colon.

Objetivo. Demostrar cómo una entidad rara y cuyo diagnóstico se hace por descarte, se maneja por vía laparoscópica sin complicaciones.

Materiales y método. Es la presentación en video de una apendicectomía epiploica por laparoscopia. Se trata

de una paciente de 47 años de edad, con cuadro clínico de dolor abdominal localizado en la fosa iliaca derecha, de tres días de evolución, sin otra sintomatología asociada. Se practicó TC de abdomen que demostró una masa de densidad grasa en el borde antimesentérico del colon derecho, sugestiva de una apendicitis epiploica.

Se inició manejo médico pero, por la persistencia del dolor y por la localización rara de la masa observada en la tomografía, se practicó una laparoscopia diagnóstica, en la cual se identificó un apéndice epiploico inflamado, el cual se resecó junto con el apéndice cecal.

Resultados. Mediante laparoscopia, se resecó un apéndice epiploico inflamado y el apéndice cecal, en una paciente de 47 años con dolor abdominal.

Conclusiones. La apendicitis epiploica se diagnostica por descarte y se trata médicamente. Ante la sospecha de una alteración rara en el colon derecho, se debe practicar una laparoscopia para precisar el diagnóstico. Se logró con éxito la precisión diagnóstica del hallazgo tomográfico y se resecaron por laparoscopia la apendicitis epiploica y el apéndice cecal, sin complicaciones.

03-014

Apendicectomía laparoscópica versus convencional: comparables

Manuel Santiago Mosquera, Akram Kadamani, Maikel Pacheco, Ricardo Adolfo Villarreal, Juan Carlos Ayala, Lina Paola Fajardo, Óscar García, Haylmanrth Contreras, Gabriel Sánchez, Jorge García, David Herrera
Fundación Cardio-Infantil e Instituto de Cardiología
Bogotá, D.C., Colombia
mmosquera@cardioinfantil.org

Introducción. La cirugía mínimamente invasiva ha demostrado sus bondades en procedimientos de práctica común en cirugía convencional, como disminución en el tiempo de estancia, rápida recuperación, menor incapacidad y costo razonable, ampliamente confirmado en la colecistectomía laparoscópica, pero, no así en lo concerniente a la apendicetomía.

Objetivo. Comparar las dos técnicas, abierta y por laparoscopia, teniendo en cuenta como desenlace final las complicaciones, la estancia hospitalaria y otras variables.

Materiales y método. Se trata de un estudio de cohortes, una compuesta por pacientes con cirugía convencional (grupo A) y otra de pacientes con cirugía laparoscópica (grupo B). Se incluyeron 123 y 92 pacientes, respectivamente. Se revisaron las historias clínicas, se recuperaron las variables de interés, se hizo el análisis descriptivo y se compararon las medias con sus respectivos valores de p.

Resultados. La edad media del grupo A fue de 36,3 años y la del grupo B fue de 34,9 años ($p=0,372$); los hombres correspondieron a 47,2% y 37%, respectivamente ($p=0,14$). Se practicó tomografía computadorizada en 19,5% del grupo A y 74,8% del grupo B. Hubo dolor leve posoperatorio en 69,9% del grupo A y 64,1% del grupo B. Se presentaron alteraciones cardíacas concomitantes en 4,9% del grupo A y en 6,5% del grupo B. El tiempo de evolución en horas fue de 35,65 y de 33,5 ($p=0,759$) y el de estancia hospitalaria posquirúrgica fue de $42,22\pm 72,7$ horas y de $42,65\pm 57,8$ horas ($p=0,963$), en el grupo A y en el grupo B, respectivamente.

Conclusiones. Hubo menos enfermedades concomitantes en el grupo con laparoscopia, aunque en el grupo con técnica abierta se observó menor tiempo de estancia hospitalaria y hay un intervalo de confianza mayor. Se encuentra que entre las dos técnicas, la laparoscópica presenta ventajas en las variables. Sin embargo, es necesario un estudio con un mayor número de pacientes en ambos grupos para obtener resultados más contundentes.

03-030

Apendicectomía laparoscópica por incisión umbilical única

Ricardo Nassar, Evelyn Astrid Dorado, José Carlos Villarreal, Pilar Torres, Felipe Cabrera
Fundación Santa Fe de Bogotá
Bogotá, D.C., Colombia
massarmd@gmail.com

Introducción. Las técnicas laparoscópicas están avanzando y, en este momento, la cirugía por puerto único es una opción segura y muy estética para el paciente.

Objetivo. Describir la técnica de una apendicectomía por incisión única por laparoscopia.

Material y método. Se describe el caso de un paciente de 43 años de edad, con apendicitis, a quien se le practicó una apendicectomía laparoscópica por incisión umbilical con protector Alexis.

Resultados. Mediante técnica transumbilical, se introdujeron el dispositivo de protección de piel Alexis y el dispositivo multipuerto. Se ligó el epiplón apendicular con *ligasure* y, la base del apéndice, con sutura no absorbible. Se extrajo por el ombligo. El sangrado fue mínimo. El tiempo quirúrgico fue de 60 minutos y la hospitalización duró un día.

Conclusión. Los procedimientos laparoscópicos por incisión única requieren destrezas avanzadas en laparoscopia para poder ofrecer seguridad al paciente, además de sus ventajas estéticas y la buena tolerancia por parte del paciente, como son poco dolor y el rápido regreso a sus actividades.

03-036

Apendicectomía laparoscópica por incisión única umbilical con dispositivo SILS

*Ricardo Nassar, Evelyn Astrid Dorado,
José Carlos Villarreal, Pilar Torres,
Felipe Cabrera*

Fundación Santa Fe de Bogotá
Bogotá, D.C., Colombia
rnassarmd@gmail.com

Introducción. Las técnicas laparoscópicas están avanzando y, en este momento, la cirugía por puerto único es una opción segura y muy estética para el paciente.

Objetivo. Describir la técnica de una apendicectomía por incisión única por laparoscopia.

Material y método. Se describe el caso de un paciente de 23 años de edad, con apendicitis, a quien se le practicó una colecistectomía laparoscópica por incisión umbilical.

Resultados. Se hizo una incisión transumbilical y se introdujo el dispositivo SILS (*Single Incision Laparoscopic Surgery*). Se ligó el epiplón apendicular

con *ligasure* y la base apendicular con sutura no absorbible. Se extrajo por el puerto umbilical, sin complicaciones. El sangrado quirúrgico fue mínimo. El tiempo quirúrgico fue de 60 minutos y la hospitalización duró un día.

Conclusión. Los procedimientos laparoscópicos por incisión única requieren destrezas avanzadas en laparoscopia, para poder ofrecer seguridad al paciente, además de sus ventajas estéticas y la buena tolerancia por parte del paciente, como son poco dolor y regreso rápido a sus actividades.

HERNIAS

03-038

Herniorrafia inguinal por laparoscopia intraperitoneal

*Ricardo Nassar, Evelyn Astrid Dorado,
Jose Carlos Villarreal, Pilar Torres,
Felipe Cabrera*

Fundación Santa Fe de Bogotá
Bogotá, D.C., Colombia
rnassarmd@gmail.com

Introducción. En pacientes con hernias inguino-escrotales gigantes y con recidiva, el manejo por vía transabdominal es una opción segura y poco mórbida.

Objetivo. Describir la técnica de una herniorrafia inguinal transabdominal por laparoscopia.

Material y método. Se describe el caso de un paciente de 87 años de edad, a quien se le practicó una herniorrafia de este tipo por laparoscopia.

Resultados. Mediante técnica laparoscópica, se hizo el abordaje transabdominal con malla protegida, en un paciente con hernia inguinal bilateral y con antecedentes de prostatectomía bilateral. El sangrado quirúrgico fue mínimo. El tiempo quirúrgico fue de tres horas. El manejo se hizo de forma ambulatoria.

Conclusión. El manejo laparoscópico de la hernia inguino-escrotal gigante por vía transabdominal, ha mostrado ser una opción segura, poco mórbida y que no aumenta las complicaciones, en comparación con el procedimiento abierto.



PÓSTERES

04-001

Angiosarcoma primario óseo vertebral

Alfredo Ernesto Romero-Rojas,

Julio Alexander Díaz-Pérez,

Oscar Alberto Messa-Botero,

Francisco Carrasquero,

Fabián Enrique Neira-Escobar,

Edgar Julián Ferreira

Instituto Nacional de Cancerología y Universidad de Santander

Bucaramanga, Colombia

juliodiaz_82@yahoo.com

Introducción. Los angiosarcomas primarios en los huesos son muy infrecuentes. Además, las manifestaciones clínicas y la diferenciación entre las diferentes neoplasias vasculares que pueden afectar a los huesos, son de gran dificultad.

Objetivo. Describir un caso de angiosarcoma óseo vertebral.

Material y método. Se trata de una mujer de 69 años, con parestesias de tres años de evolución en los miembros inferiores, a nivel T10. Las imágenes de resonancia magnética de columna cervical y lumbar, y las radiografías de columna dorso-lumbar, mostraron disminución de la altura y baja intensidad en la señal en la secuencia T1-T11 en el cuerpo vertebral, y leve aumento de la intensidad en la secuencia T2 y aumento en la intensidad de la señal en la secuencia STIR y con contraste.

Se hizo un raspado de la lesión y en el estudio histopatológico se encontró un tumor vascular, formado

por canales anastomosados, intertrabeculares, con células endoteliales con núcleos atípicos y abundantes eritrocitos maduros en la luz; las células tumorales mostraron reactividad para FLI1, CD34 y CD31 y negatividad para CD10, osteopontina, EMA, CK7, CK20 y AE1/AE3.

Resultados. Con lo anterior, se diagnosticó un angiosarcoma de alto grado primario de cuerpo vertebral. Luego de un seguimiento de dos meses, la paciente falleció.

Conclusión. Los tumores vasculares que afectan los huesos constituyen un amplio espectro, en el que se encuentran desde lesiones benignas y de naturaleza reactiva, hasta neoplasias de gran agresividad. Los angiosarcomas óseos se manifiestan, generalmente, como lesiones múltiples, con predilección por los huesos largos y tubulares pero, también, pueden comprometer huesos pequeños, como los de las manos, los pies o las vértebras en casos inusuales.

04-002

Linfoma B difuso de células grandes, intravascular, asociado a un hemangioma capilar cutáneo

Óscar Alberto Messa-Botero,

Julio Alexander Díaz-Pérez,

Sandra Isabel Chinchilla,

Silvia Juliana Pinzón-Naranjo,

Edgar Julián Ferreira, Albert Franz Guerrero

Instituto Nacional de Cancerología y Universidad de Santander

Bucaramanga, Colombia

juliodiaz_82@yahoo.com

Introducción. El linfoma B de células grandes, intravascular, es un subtipo de linfoma no Hodgkin poco frecuente, con compromiso de los vasos sanguíneos. Se han descrito en diversas localizaciones y en neoplasias vasculares preexistentes. Esta última forma de manifestación parece ser la más inusual.

Objetivo. Describir un caso de linfoma B de células grandes, intravascular, originado sobre un hemangioma cutáneo.

Material y método. Se trata de una mujer de 59 años de edad, con una pápula violácea, de 1,2 cm de diámetro, ubicada en el flanco derecho, de seis meses de evolución. En el estudio histopatológico se reportó piel con un hemangioma repleto de células linfoides grandes de tipo centroblasto, positivas para CD20, CD10, BCL2 y BCL6, y con Ki67 alto (70%).

Resultados. Se hizo el diagnóstico de linfoma B de células grandes, intravascular, asociado a un hemangioma capilar cutáneo.

Conclusión. El linfoma B de células grandes, intravascular, es una neoplasia rara, con dos formas de presentación: la asiática, asociada a síndrome hemofagocítico, y la occidental, con compromiso del sistema nervioso central y de la piel. Esta neoplasia tiene gran afinidad por los vasos sanguíneos, lo que puede llevar a que se aloje en neoplasias vasculares preexistentes, como los hemangiomas, la cual parece ser la forma menos frecuente de manifestación. Cursa con un desenlace casi siempre funesto, que lleva a la muerte del paciente afectado en pocos meses.

04-003

Sarcoma sinovial renal en edad temprana

Alfredo Ernesto Romero-Rojas,

Julio Alexander Díaz-Pérez,

Oscar Alberto Messa-Botero,

Jesús Alejandro Valero, Albert Franz Guerrero

Instituto Nacional de Cancerología y Universidad de Santander

Bucaramanga, Colombia

juliodiaz_82@yahoo.com

Introducción. El sarcoma sinovial es una neoplasia frecuente en huesos y tejidos blandos; sin embargo, su localización visceral puede ocurrir en forma extremadamente infrecuente.

Objetivo. Describir un caso de sarcoma sinovial renal primario y realizar una revisión sobre este tema.

Material y método. Se trata de un paciente de sexo masculino de 15 años de edad, con una masa abdominal izquierda y pérdida de peso. En los estudios de imágenes, se demostró una lesión de 13 cm de diámetro, localizada en el polo inferior del riñón izquierdo, por lo cual se practicó una biopsia renal, en la que se evidenció un tumor maligno indiferenciado, cuyos estudios de inmunohistoquímica sugerían los diagnósticos de tumor neuroectodérmico primitivo o sarcoma sinovial. Con lo anterior, se inició quimioterapia y se practicó nefrectomía radical. Actualmente, el paciente presenta una supervivencia de 1,8 años.

Se realizó una búsqueda estructurada de la literatura, en las bases de datos Medline, Imbiomed y Scielo.

Resultados. Se reconoció un gran tumor renal izquierdo, de 22 cm x 13 cm x 12,5 cm, multilobulado, con áreas de necrosis. En el estudio histopatológico se encontró una neoplasia maligna indiferenciada, compuesta por capas de células inmaduras. Los estudios de inmunohistoquímica permitieron concluir el diagnóstico de sarcoma sinovial renal pobremente diferenciado de variedad de células pequeñas.

Conclusión. El sarcoma sinovial de localización renal es extremadamente infrecuente, con menos de 40 casos reportados, del cual se presenta el caso informado a una edad más temprana. Estos tumores, cuando se localizan en el riñón, representan un gran reto diagnóstico que requiere la adecuada correlación clínica, imaginológica, quirúrgica e histopatológica, para su adecuado diagnóstico y manejo.

04-004

Tumor primario del saco vitelino originado en el uraco

Alfredo Ernesto Romero-Rojas,

Julio Alexander Díaz-Pérez,

Oscar Alberto Messa-Botero,

Mario Alexander Melo-Uribe,

Sandra Isabel Chinchilla-Olaya,

Johanna Elizabeth Piamonte,

Edgar Julián Ferreira

Instituto Nacional de Cancerología y Universidad de Santander

Bucaramanga, Colombia
juliodiaz_82@yahoo.com

Introducción. Las neoplasias originadas en el uraco, una estructura vestigial resultado de la involución de la alantoides y la cloaca, son poco frecuentes. Entre las neoplasias malignas, la más común es el adenocarcinoma, y los tumores germinales extragonadales primarios del uraco son en un hallazgo extremadamente raro.

Objetivo. Se describe un tumor primario del saco vitelino originado en el uraco, en un paciente adulto.

Material y método. Se trata de una mujer de 44 años de edad, con dolor pélvico de seis meses de evolución asociado a sensación de masa de crecimiento progresivo. En el ultrasonido y en la tomografía computadorizada abdominal se observó una masa de 19 cm x 18 cm x 12 cm, de textura heterogénea.

Resultados. Por lo anterior, se llevó a la paciente a cirugía y se resecó el tumor, el cual se encontraba adherido por un pedículo a la vejiga, sin lesionar los órganos adyacentes.

En el estudio histopatológico se encontró una neoplasia necrótica compuesta por capas de células epiteloides claras, zonas trabeculares con pseudoquistes de fondo mixoide y presencia de cuerpos de Schiller-Duval. Las tinciones de inmunohistoquímica fueron positivas para AE1/AE3, AFP y alfa1-antitripsina, y negativas para CK7, CK20, PLAP, HCG, CD30, CD117, inhibina, CD10, sinaptofisina, cromogranina, CD56, CA125, CA19.9 TTF-1, WT-1, calretinina, D2-40, Ber-EP4 y CDX2.

Se realizó el diagnóstico de tumor primario del saco vitelino originado en el uraco.

Conclusión. Se presenta un caso inusual de tumor de saco vitelino originado en el uraco, sin compromiso de otros órganos, el cual es el primero reportado en la literatura en un paciente adulto, según nuestra búsqueda bibliográfica.

Se han propuesto tres hipótesis en su génesis: un origen en el uraco a partir de restos embrionarios localizados en cualquiera de las tres capas que componen esta estructura, o producto de una diferenciación retrógrada de una pequeña porción de células totipotenciales, o que se trate de un componente de algunos carcinomas

del sistema digestivo, que semejan el tumor de saco vitelino.

04-005

Tumor fibroso solitario maligno de la glándula parótida

Alfredo Ernesto Romero-Rojas,

Julio Alexander Díaz-Pérez,

Sandra Isabel Chinchilla,

Óscar Alberto Messa-Botero, Karina Di Stefano,

Johanna Elizabeth Piamonte

Instituto Nacional de Cancerología y Universidad de Santander

Bucaramanga, Colombia

juliodiaz_82@yahoo.com

Introducción. El tumor fibroso solitario puede originarse en localizaciones extrapleurales, entre las que se encuentran las glándulas salivales mayores, en las cuales son extremadamente infrecuentes.

Objetivo. Presentar y discutir un caso de tumor fibroso solitario maligno primario de la glándula parótida.

Material y método. Se trata de una mujer de 78 años de edad, con una masa en la región parotídea derecha de un año de evolución, de crecimiento progresivo, fija y dura. En la tomografía computadorizada se evidenció una masa parotídea de 39 mm x 29 mm, que se extendía al lóbulo profundo.

Resultados. La paciente fue sometida a parotidectomía total y se encontró una masa irregular, mal circunscrita, que en el estudio histopatológico exhibía una morfología fusocelular, hiper celular, con múltiples mitosis atípicas y áreas pleomorfas. Fue positiva para CD34 y negativa para AE1/AE3, EMA, h-caldesmon, desmina, p63, ALK, CD99 y bcl2, con un Ki67 del 35%.

Se realizó el diagnóstico de tumor fibroso solitario maligno. Posteriormente, se demostraron múltiples nódulos metastásicos en los pulmones.

Conclusión. Presentamos el segundo caso de tumor fibroso solitario maligno de glándulas salivales mayores. Los tumores fibrosos solitarios pueden localizarse en cualquier parte de la economía corporal. En las glándulas salivales mayores, representan un gran reto diagnóstico debido a la presencia de otras lesiones de origen

mioepitelial con gran similitud morfológica y de comportamiento. Estas lesiones, además, pueden presentar características malignas que dificultan aún más su diagnóstico.

04-006

Schwanoma cervical, presentación de casos

Francisco Herrera, Javier G. Velásquez,

Efrén Cantillo, Nair Bobadilla

Universidad de Cartagena y Hospital Universitario del Caribe

Cartagena de Indias, Colombia

javivelza@hotmail.com

Introducción. El schwannoma es definido como una lesión tumoral del sistema nervioso periférico. Surge en la envoltura (mielina) de los nervios periféricos, por lo general, con histopatología benigna.

Objetivo. Describir dos casos de schwannomas cervicales diagnosticados en el Hospital Universitario del Caribe.

Material y método.

Caso 1: se trata de una mujer de 68 años de edad con una masa cervical derecha, de dos años de evolución, indolora. En el examen físico se encontró una masa de 3 cm, aproximadamente, dura, móvil e indolora, en la región supraclavicular derecha. En la tomografía computarizada de cuello se observó una imagen redondeada, con aspecto de adenopatía, posterior al músculo esternocleidomastoideo y a la vena yugular.

Caso 2: se trata de un hombre de 67 años de edad con una masa cervical derecha, sin síntomas asociados, de cinco años de evolución. En el examen físico se encontraron, tres lesiones nodulares en el lado derecho de la zona III del cuello, de agrupación lineal, indoloras. En la ecografía se observó un tumor de origen nervioso.

Los dos pacientes fueron sometidos a cirugía para reseca las lesiones.

Resultados. A continuación se describen los hallazgos intraquirúrgicos y de patología.

Caso 1. En la cirugía se encontró una masa cervical bilobulada de 4 cm x 2 cm x 2,5 cm, de superficie lisa, brillante, blanquecina, de consistencia cauchosa; en su porción lateral se identificaron tres raíces nerviosas incorporadas al cuerpo de la masa. El estudio de anatomopatología reportó un schwannoma con degeneración grasa.

Caso 2. En la cirugía se encontraron fragmentos nodulares en forma de rosario, de color pardo claro y consistencia cauchosa, que comprometían el nervio auditivo externo derecho. El estudio de anatomopatología reportó un schwannoma.

Conclusión. Los schwannomas de cabeza y cuello son infrecuentes. Son tumores de crecimiento lento, y en un tercio de los casos presentan dolor, alteraciones de la sensibilidad y parestesias. La mayoría son benignos. En nuestros casos, los tumores tenían varios años de evolución, sin síntomas neurológicos, y ambos fueron de carácter benigno.



ÍNDICE DE AUTORES

A

Mario Abadía, 21, 22
Nadim Abisambra, 21, 22
Carlos Darío Aguilar, 37, 38
Rosario Albis, 21, 22
Paula Aldana, 61
Juan Camilo Álvarez, 28
María Alejandra Amado, 61
William Andrade, 54, 72
Augusto Arango, 37
Fernando Arias, 16, 19, 24, 55, 65, 74
María Clara Arroyave, 20, 23, 58, 63, 66, 69, 72
Juan Carlos Ayala, 75

B

Marisol Badiel, 15, 28
Roy Ballestas, 17
María Antonieta Barrera, 34
Óscar Barrera, 21, 22
Sandra Milena Beltrán, 45
Charles E. Bermúdez, 47
Luis Eduardo Bermúdez, 10
Jorge Alberto Bernal, 18, 19, 68, 69
Nair Bobadilla, 14, 17, 46, 51, 59, 80
Lucas Bojanini, 54, 66, 72
Dínimo José Bolívar, 44
Ricardo Bornacelli, 50
Oswaldo Borrález, 51
Ana María Botero, 48, 49

C

Camilo Cabrera, 25
Felipe Cabrera, 63, 70, 71, 75, 76
Luis Gerardo Cadavid, 32
Liliana Caicedo, 52
Víctor Caicedo, 52
Carlos Andrés Calle, 29
Joseberg Campos, 54, 72

Efrén Cantillo, 14, 17, 46, 51, 59, 80
Juan Pablo Carbonell, 56
Leonardo Carrascal, 54, 66
Francisco Carrasquero, 77
Javier A. Carrera, 55, 57
Javier Carrera, 74
Jorge Arturo Carroll, 57
Germán David Carvajal, 15, 21, 50, 53
Ricardo Francisco Carvajal, 15
Rodrigo Castaño, 17, 49
José Luis Castillo, 15
Jhon Jairo Celis, 44
Erick David Castro, 46, 51
Jorge Mario Castro, 24
Alejandro Concha, 20
Haylmanrth Contreras, 75
Leonardo Contreras, 72
María Juliana Correa, 18, 68
Virginia Cuevas, 16, 55
Frank Cure, 68, 73

CH

Andrés Ignacio Chala, 37, 38
Carlos Felipe Chaux, 61
Diego Chávez, 14
Sandra Isabel Chinchilla, 77, 78, 79

D

Ricardo Daguer, 19, 32, 64
Daniel Delgado, 52
Juan Carlos Del Castillo, 71
Carlos Díaz, 70
Julio Alexander Díaz-Pérez, 12, 13, 26, 45, 53, 57, 77, 78, 79
Jesús Díaz, 52
Sergio Díaz, 18, 20, 23, 29, 32, 58, 63, 66, 72
Karina Di Stefano, 79
Luis Carlos Domínguez, 10, 23, 26, 33

Evelyn Astrid Dorado, 16, 18, 19, 24, 63, 64, 65, 69, 70, 71, 75, 76

Carmelo Dueñas, 49

Andrés Fernando Durán, 16, 55

E

Carolina Echeverri, 43

Gabriel Eusse, 54, 72

F

Lina Paola Fajardo, 75

Roosevelt Fajardo, 61

Edgar Julián Ferreira, 45, 53, 77, 78

Carlos E. Figueroa, 74

Henry Flórez, 62

Yesenia Fontalvo, 54

Javier Forero, 69

Humberto I. Franco, 38

Jorge Franco, 71

G

Alberto Federico García, 25, 30, 56

Guihovany Alberto García, 50, 53

Jorge García, 75

Julio García, 69

María Cristina García, 20, 63, 66, 72

Óscar García, 75

Rafael García, 74

Lina Giraldo, 18, 20

Sandra Goble, 27

Alden Pool Gómez, 11, 12, 58

Daniel Gómez, 31

David Gómez, 27

Gonzalo Gómez, 20, 23, 32, 63, 66, 72

Paola Andrea Gómez, 20

Santiago Gómez, 66

Ximena Gómez, 10

Marcela Granados, 28

Albert Franz Guerrero, 45, 53, 54, 57, 77, 78

Óscar Guevara, 21, 22

Edgard Eduardo Gutiérrez, 14, 49

Jaime Gutiérrez, 50, 65

Jorge Gutiérrez, 30

Miguel Fernando Gutiérrez, 41

H

Bárbara Haas, 27

Andrea Hernández, 28

Carlos Alberto Hernández, 51

Álvaro Antonio Herrera-Hernández, 12, 13

David Herrera, 75

Francisco Herrera, 80

Isabel Cristina Herrera, 28

Jorge Herrera, 52

Heinz Hiller, 25

Chris Hoefl, 27

Carolina Hoyos, 73

I

Heinz O. Ibáñez, 55, 57

J

Manuel E. Jiménez, 67, 74

K

Akram Kadamani, 47, 61, 62, 67, 73, 75

Iván Katime Orcasita, 30, 31

L

Carlos A. Leal, 67, 74

Ricardo Andrés Liendo, 12, 13

Jonathan Liendo, 12

Alejandro Lindarte, 41

John Loaiza, 28

Eduardo Londoño, 74

Ricardo Londoño, 18, 68

Carlos Lopera, 58, 69, 70

Deivis López, 26

Juan Pablo López, 68, 69

Efraín Johanny Lozano, 42

Deysi Lugo, 51

Julián Lugo, 51

Carlos A. Luna-Jape, 67, 74

M

María E. Manrique, 21, 22

Antonio María Martínez, 49

Carlos E. Martínez, 55, 57

Juan David Martínez, 20, 23, 29, 68

Juan Sebastián Martínez, 30

Rogelio Matallana, 20, 23, 29, 32

Alfredo Martelo, 39, 43

Patricia Martín, 54, 68, 72

Lina María Mateus, 55, 57

Rafael McCausland, 19, 32, 64

Juan Fernando Medina, 57, 59

Rosana Medina, 47

Mario Alexander Melo-Urbe, 78

Jorge Mesa, 21

Julián Andrés Meza, 60

Oscar Alberto Messa-Botero, 77, 78, 79

Mauricio Millán, 30

Asdrúbal Miranda, 51
Fernando Monroy, 25
Mónica Mora, 23
Sonia Morales, 70
Andrey Moreno, 40, 50
Manuel Eduardo Moros, 54, 68, 72
Manuel Moros, 66
Manuel Santiago Mosquera, 47, 61, 62, 67, 73, 75
César Munar, 38
Alejandro Múnera, 66
Eliana Muñoz, 38
Mario Muñoz, 19, 28
Néstor Muñoz, 62

N

Fred Naranjo, 70
Julio Naranjo, 44
Carmen Narváez, 48, 49
Ricardo Nassar, 63, 64, 70, 71, 75, 76
Avery B. Nathens, 27
Mónica Navas, 61
Orlando Navas, 54
Melanie Neal, 27
Fabián Enrique Neira-Escobar, 77
Luis Eduardo Nieto, 10
Álvaro Niño, 26

O

Alexander Obando, 28
Ricardo Oliveros, 21, 22
Carlos A. Ordóñez, 28, 30
Alejandro Orozco, 26
Benjamín Orozco, 9
Camilo Ortiz, 62
Camilo Osorio, 10, 23, 26, 33
Gustavo Ospina, 28
Jairo Ospina, 21, 22

P

Pedro Pabón, 55, 57
Darwin J. Padilla, 54
Maikel Pacheco, 75
Staling Guillermo Pallares, 25
Ricardo Parra, 16
Lina Parra, 61
Rafael Pava, 38
Diego Penagos, 20, 23, 58, 63, 66, 69, 72
Diego Peña, 31
Carlos Felipe Perdomo, 61
Fernando José Pereira, 9, 28, 39, 43
Johanna Elizabeth Piamonte, 45, 53, 57, 78, 79

Luis Fernando Pino, 28
Rafael Hernando Pino, 20
Silvia Juliana Pinzón-Naranjo, 77
Amy del Mar Piñeres, 58, 69
Adriana Pinilla, 61, 67
José Carlos Posada, 17, 46, 59
Nubia Elisa Prada, 16
Juan Carlos Puyana, 28

Q

Humberto Quintana, 47
Flor María Quintero, 9, 39, 43
Roberto Quintero, 19, 32, 64
Fernando Quiroz, 16

R

Adonis Tupác Ramírez, 11, 41, 42
Juan Carlos Ramírez, 9
Efraín Andrés Revelo, 56
Fernando Rey, 62
Mario Rey, 21, 22
Andrés Mauricio Ricardo, 17
Gerly Vanessa Rincón, 11
Diana Carolina Ríos, 20, 29
Claudia Roa, 14, 49
Carlos Iván Rodríguez, 40
Jorge E. Rodríguez, 55
Julio Rodríguez, 30
Mónica Rodríguez, 24
Álvaro Rojas, 19, 32, 64
Alejandra Rojas, 14
Edgar Julián Rojas, 59
Alfredo Ernesto Romero-Rojas, 77, 78, 79
Fernando Rosso, 28
Jaime Rubiano, 11, 12, 34, 58
Óscar David Rubio, 45, 47
Daniel Ruiz, 30
Víctor Andrés Ruiz, 56, 60
Hernando Russi, 45

S

Silvio Saavedra, 62
Catherine Salazar, 11
Álvaro Enrique Sanabria, 10, 23, 26, 33
Luis Eduardo Sanabria, 33
Gabriel Sánchez, 47, 61, 62, 67, 73, 75
William Sánchez, 30, 31
Óscar Serrano, 26
Paula Serrano, 26
Jorge I. Sierra, 74
Ivo Siljic, 15

Richard Andrés Silva, 11
Belisario Solana, 17
Felipe Solórzano, 18, 29
Rodolfo Soto, 15
Tatiana Suárez, 13, 26

T

Gelithza Fernanda Tole, 11
César Torres, 46
Pilar Torres, 63, 70, 71, 75, 76

U

Adolfo León Uribe, 19, 64, 68, 69

V

Gustavo Adolfo Valderrama, 15
Mauricio Valencia, 49
Jesús Alejandro Valero, 78
Jesús Valle, 19, 32, 64
Felipe Vanegas, 23, 29, 66
Eusebio Vargas, 49
Luis Gerardo Vargas, 20

Jesús Vásquez, 58, 66, 69, 70, 72
Jean Pierre Vergnaud, 58, 69, 70
Neil Valentín Vega, 10, 23, 26, 33
Álvaro Velásquez, 71
Javier G. Velásquez, 46, 51, 59, 80
Lina Velázquez, 17
María Elena Velásquez, 56
Paolo Verona, 14
Jorge R. Villamizar, 37, 38
Ernesto Villamizar, 67, 74
José Carlos Villarreal, 16, 24, 63, 64, 65, 70, 71, 75, 76
Ricardo Adolfo Villarreal, 47, 67, 73, 74, 75
Carlos R. Villegas, 37

W

Juan David Wolf, 18

Z

Juan Carlos Zambrano, 10
Carlos Manuel Zapata, 21, 53, 54
Sergio Zúñiga, 9, 39, 43