



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 reseada 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 ascaridiasis es la parasitosis más común de las helmintiasis humanas. La ascaridiasis 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 ascaridiasis 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 coledocistitis. 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 Narváez, 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 cardíaca 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, PCO₂ de 43, PO₂ de 60 y HCO₃ 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 transversal 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 transversal y en la unión recto-sigmoidea. Se practicó hemicolectomía derecha y rafia del colon sigmoideos. 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 aquéllos 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,
Joseberg 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 morbilidad, 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 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.

COLONY 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 morbilidad 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 angiogramografía 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 morbilidad, 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 hipocóica 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
juliodiaz_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 linfoide 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 cardiaca 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 cardíaca 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 reseco 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.