



TRABAJOS LIBRES

CABEZA Y CUELLO

01-006

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

01-017

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

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

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

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

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

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

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

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

01-019

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

Luis Eduardo Nieto, Luis Eduardo Bermúdez, Juan Carlos Zambrano

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

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

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

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

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

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

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

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

01-025

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

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

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

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

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

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

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

01-026

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

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

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

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

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

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

01-034

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

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

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

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

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

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

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

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

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

01-035

Neoplasia folicular: ¿todas se deben operar?

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

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

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

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

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

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

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

01-041

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

Álvaro Antonio Herrera-Hernández,
Ricardo Andrés Liendo, Jonathan Liendo,
Julio Alexander Díaz
Universidad Industrial de Santander, Hospital Universitario de Santander y Universidad de Santander
Bucaramanga, Colombia
juliodiaz_82@yahoo.com

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

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

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

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

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

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

01-042

Características de los pacientes con parálisis facial posterior a parotidectomía

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

01-044

Osteonecrosis inducida por bisfosfonatos

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

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

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

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

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

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

TÓRAX

01-021

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

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

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

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

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

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

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

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

01-024

Evaluación del manejo con fibrinólisis en pacientes con derrame pleural tabicado

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

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

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

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

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

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

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

VÍAS BILIARES Y PANCREAS

01-010

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

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

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

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

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

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

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

01-012

Cirugía laparoendoscópica avanzada por incisión única

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

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

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

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

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

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

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

01-016

Colecistectomía de tres puertos con abordaje suprapúbico

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

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

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

Objetivo. Mostrar la factibilidad técnica del procedimiento.

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

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

Resultados. Se demostró la factibilidad técnica del procedimiento.

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

01-020

Caracterización de ampulomas en el Hospital Universitario del Caribe

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

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

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

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

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

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

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

01-027

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

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

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

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

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

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

01-048

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

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

María Juliana Correa

Universidad CES

Medellín, Colombia

chalo_gomez@yahoo.com

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

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

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

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

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

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

GASTROINTESTINAL

01-001

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

Jorge Alberto Bernal, Evelyn Astrid Dorado

Universidad CES e Instituto de Cancerología Las Américas
Medellín, Colombia

doradofamilia@gmail.com

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

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

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

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

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

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

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

01-002

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

Jorge Alberto Bernal, Evelyn Astrid Dorado,

Fernando Arias, Mario Muñoz

Universidad CES, Instituto de Cancerología Las Américas y

Fundación Universitaria Santa Fe

Medellín, Colombia

doradofamilia@gmail.com

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

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

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

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

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

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

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

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

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

01-005

Experiencia en adrenalectomía laparoscópica en Barranquilla

Roberto Quintero, Ricardo Daguer,

Rafael McCausland, Adolfo León Uribe,

Álvaro Rojas, Jesús Valle

Endocirugía, Clínica La Asunción

Barranquilla, Colombia

robertoquinterop_@hotmail.com

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

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

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

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

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

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

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

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

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

01-014

Cirugía antirreflujo en la Clínica CES, resultados a mediano plazo

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

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

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

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

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

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

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

01-022

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

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

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

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

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

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

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

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

01-029

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

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

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

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

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

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

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

01-031

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

Óscar Barrera, Óscar Guevara, Ricardo Oliveros, Jorge Mesa, Jairo Ospina, Mario Abadía, María E. Manrique, Nadim Abisambra, Mario Rey, Rosario Albis

Universidad Nacional de Colombia e Instituto Nacional de Cancerología
Bogotá, D.C., Colombia
oaguevarac@yahoo.com

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

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

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

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

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

01-032

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

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

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

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

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

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

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

COLONY RECTO

01-007

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

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

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

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

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

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

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

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

01-013

Apendicectomía por puerto único (NOTUS), experiencia en la Clínica CES, Medellín

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

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

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

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

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

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

01-033

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

Jorge Mario Castro

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

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

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

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

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

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

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

01-047

Manejo de apendicitis complicada por cirugía laparoscópica por puerto único

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusión. No hay reportes en la literatura del manejo laparoscópico con incisión umbilical única de las apendicitis complicadas, que es una técnica avanzada, bien tolerada por los pacientes, con retorno temprano a sus actividades y buen resultado estético, disminución del riesgo de laparotomías, evisceraciones o infecciones del sitio operatorio que aumentan la morbilidad y la estancia hospitalaria.

VASCULAR

01-003

Catéteres subclavios, ¿cómo reducir sus complicaciones?

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

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

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

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

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

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

01-028

Profundoplastia en pacientes con isquemia crítica: resultados e mediano plazo

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

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

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

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

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

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

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

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

MAMA Y TEJIDOS BLANDOS

01-018

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

01-036

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TRAUMA E INFECCIONES

01-008

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

Bárbara Haas, David Gómez, Melanie Neal,

Chris Hoeft, Avery B. Nathens

Saint Michael's Hospital, Universidad de Toronto

Toronto, Canadá

haas222@gmail.com

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

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

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

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

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

01-009

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

David Gómez, Bárbara Haas, Sandra Goble,

Melanie Neal, Avery B. Nathens

Saint Michael's Hospital, Universidad de Toronto

Toronto, Canadá

gomezjaramid@smh.ca

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

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

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

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

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

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

01-030

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

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

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

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

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

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

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

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

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

01-037

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

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

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

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

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

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

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

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

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

01-039

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

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

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

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

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

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

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

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

01-040

Control de daños en el manejo de trauma de tórax

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cuatro pacientes fallecieron.

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

01-045

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

Daniel Ruiz, Jorge Gutiérrez,

Iván Katime Orcasita, William Sánchez

Hospital Militar Central y Universidad Militar Nueva Granada
Bogotá, D.C., Colombia

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

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

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

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

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

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

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

01-046

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

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

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

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

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

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

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

OTROS

01-004

Experiencia en cirugía videolaparoscópica básica y avanzada en endocirugía

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

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

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

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

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

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

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

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

01-015

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

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

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

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

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

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

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

01-023

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

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

Universidad de La Sabana y Pontificia Universidad Javeriana Chía, Colombia

lucardo61@gmail.com

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

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

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

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

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

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

01-038

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

Luis Eduardo Sanabria

Universidad Surcolombiana y Hospital Universitario de Neiva Neiva, Colombia

lesanabria@gmail.com

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

01-043

Descripción epidemiológica de los tumores neuroendocrinos, Hospital Universitario del Valle

Jaime Rubiano, María Antonieta Barrera

Universidad del Valle

Cali, Colombia

datinka55@hotmail.com

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

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

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

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

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

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