



CASOS CLÍNICOS

CABEZA Y CUELLO

02-003

La “fenolización” previa de paratiroides en el hiperparatiroidismo secundario y terciario: una cirugía más compleja

Andrés Ignacio Chala, César Restrepo

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

Introducción. La “fenolización” de la glándula paratiroides es una técnica de invasión mínima aplicada con frecuencia en las unidades renales para el manejo del hiperparatiroidismo secundario; muchos de los casos persisten con hiperparatiroidismo grave y requieren tratamiento quirúrgico que, usualmente, es más complejo si se compara con la exploración en pacientes sin “fenolización” previa.

Materiales y método. Se hace una revisión retrospectiva de una serie de 35 pacientes con hiperparatiroidismo secundario o terciario y antecedentes de trasplante renal, tratados por el grupo en los últimos dos años; se evaluó la presencia o ausencia de “fenolización” previa de paratiroides, los métodos diagnósticos utilizados, la dificultad técnica, el tiempo quirúrgico, los hallazgos posoperatorios y la morbilidad relacionada.

Resultados. Se practicó paratiroidectomía subtotal en 11 hombres y 24 mujeres con edades entre los 11 y los 65 años con una media de 47,5, por hiperparatiroidismo secundario o terciario. Tenían “fenolización” previa 13 pacientes (37 %); en ellos

la cirugía fue más compleja en términos de disección y tiempo quirúrgico, dos requirieron lobectomía tiroidea asociada y otros dos requirieron tiroidectomía en un segundo tiempo y vaciamiento por carcinoma de tiroides no diagnosticado previamente. La histopatología final reportó adenomas en 63 % e hiperplasia en 37 %. Se revisa la presentación, la cirugía, la morbilidad y los resultados finales.

Conclusión. La “fenolización” de paratiroides en el hiperparatiroidismo secundario previo a la cirugía, hace que el diagnóstico previo de enfermedad tiroidea concomitante sea más difícil y, además, crea una dificultad técnica en el abordaje quirúrgico; no hay diferencias en la morbilidad final.

02-032

Schwannoma facial, reporte de un caso en la E.S.E. Hospital Universitario del Caribe

Rodolfo Barrios, Asdrúbal Miranda, César Andrés Torres, Javier Restrepo

Universidad de Cartagena
Cartagena, Colombia
ouija1983@hotmail.com

Introducción. Los schwannomas son tumores benignos de crecimiento lento pero destructivos localmente, más frecuentemente ubicados en canal auditivo interno, que generan compresión del VII y el VIII pares craneales. Usualmente, el tratamiento de los schwannomas incluye cirugía o radiación estereotáctica, pero en algunos casos se pueden manejar de manera conservadora, pues casi un tercio de ellos

deja de crecer con el tiempo; los tumores de 10 mm o menos son los mejores candidatos para manejo conservador, aunque hay datos de tumores de hasta 27 mm, con una mediana de 20 mm, manejados de manera conservadora.

Objetivo. Determinar las mejores opciones terapéuticas para el paciente con schwannoma cervical y describir su abordaje terapéutico.

Materiales y métodos. Se reporta el caso y se revisa la literatura científica.

Resultados. Según lo revisado en la literatura médica mundial, el tratamiento de los schwannomas depende de su localización, tamaño y presentación clínica, pasando por opciones terapéuticas que van desde la observación hasta procedimientos microquirúrgicos y radioterapia. Para los tumores de tamaño mediano o pequeño, se practican tomografías axiales seriadas cada seis meses durante los dos primeros años, y luego, cada cinco años. También, puede darse tratamiento mediante radiación estereotáctica, radiocirugía con bisturí gamma o microcirugía.

Conclusión. El tratamiento de elección para cada tipo de paciente debe ser individualizado, observando síntomas, edad, enfermedades concomitantes, posible incapacidad laboral, tamaño del tumor, etc. Esto se hace con el fin de buscar la mejor opción terapéutica para el paciente, con los menores efectos secundarios.

02-033

Carcinoma de parótida en población pediátrica

Adonis Tupac Ramírez

Hospital Universitario de Neiva, Universidad Surcolombiana
Neiva, Colombia
adoracu74@hotmail.com

Introducción. Los tumores malignos de la glándula parótida son poco frecuentes. Corresponden a 1 a 3 % de las lesiones malignas de cabeza y cuello en adultos y en niños son aún menos frecuentes, menos de 1 % de las neoplasias malignas de cabeza y cuello. En niños, una masa de parótida tiene 2,5 veces más probabilidades de ser maligna que en el adulto. De los tumores malignos de la glándula parótida, entre 38 y 55 % corresponden a carcinoma

mucoepidermoide de bajo grado y de grado intermedio de malignidad, y menos de 20 % son muy malignos.

Materiales y métodos. Se trata de un paciente de sexo masculino y 12 años de edad, que presentó un cuadro clínico de 12 meses de evolución, aproximadamente, consistente en la aparición de una masa en la región parotídea derecha.

Resultados. En una institución de nivel II le practicaron nodulectomía por incisión en la región malar. El estudio de histopatología demostró un tumor mixto. Se sometió a cirugía dos meses después; el hallazgo intraoperatorio fue compromiso de la cicatriz y adenopatías sospechosas no descritas en la ecografía. Se practicó una parotidectomía total con vaciamiento supraomohiideo. La histopatología correspondió a un carcinoma mucopidermoide de bajo grado con bordes negativos y 20 ganglios libres de tumor. La evolución posoperatoria fue satisfactoria, sin lesión del nervio facial. En el seguimiento de seis meses se encontró libre de enfermedad.

Conclusión. Los tumores de glándula parótida son poco frecuente en niños, por lo cual su manejo debe ser realizado por un grupo quirúrgico con experiencia para brindar un mejor resultado oncológico.

02-034

Paraganglioma bilateral del cuerpo carotídeo

Adonis Tupac Ramírez

Hospital Universitario de Neiva, Universidad Surcolombiana
Neiva, Colombia
adoracu74@hotmail.com

Introducción. En 5 a 10 % de los pacientes, los paragangliomas carotídeos son bilaterales, sobre todo en las formas familiares. Las formas bilaterales no deben tratarse en el mismo acto quirúrgico, por el riesgo bilateral de lesión nerviosa. Antes de la segunda intervención, deben evaluarse cuidadosamente la funcionalidad de las cuerdas vocales y la deglución del paciente.

Otra complicación que debe considerarse es la hipertensión inestable por denervación de los barorreceptores del seno carotídeo (síndrome de falla del barorreceptor).

Materiales y métodos. Se reporta un caso de paraganglioma bilateral.

Resultados. Se trata de una paciente de sexo femenino de 61 años, con cuadro clínico de cinco años de evolución, aproximadamente, de aparición de masas bilaterales en cuello, no dolorosas pero asociadas a disfagia. En la arteriografía se observó un tumor bilateral del cuerpo carotídeo. La tomografía axial de cuello mostró un tumor bilateral y el del lado derecho se extendía hasta el espacio parafaríngeo. Se practicó resección bilateral en dos tiempos, realizándose primero la del lado izquierdo (lado pequeño); cuatro meses después se resecó el tumor del lado derecho. La histopatología con estudio de inmunohistoquímica demostró un paraganglioma del cuerpo carotídeo. No hubo complicaciones y en el seguimiento posoperatorio de seis meses la evolución ha sido adecuada.

Conclusión. Los paragangliomas bilaterales son casos raros y su tratamiento ideal es quirúrgico, realizado en dos tiempos para evitar complicaciones mayores.

02-035

Oncocitoma parotídeo

Adonis Tupac Ramírez

Hospital Universitario de Neiva, Universidad Surcolombiana
Neiva, Colombia
adoracu74@hotmail.com

Introducción. Los tumores de las glándulas salivales constituyen el 3 % de los de cabeza y cuello, y, aproximadamente, el 80 % se presentan en la glándula parótida. El oncocitoma representa menos de 1 % de todos los tumores de las glándulas salivales y casi 3 % de los tumores benignos de la parótida. El tratamiento recomendado es la resección quirúrgica con tejido tiroideo adyacente, y la extensión de la resección depende de la localización del tumor. La principal complicación es la lesión del nervio facial. La tasa de recidiva es menor de 20 % y está relacionada con una resección inadecuada.

Objetivo. Describir un caso de oncocitoma parotídeo, enfermedad poco frecuente.

Materiales y métodos. Se presenta el caso de un paciente de sexo femenino de 63 años de edad con

cuadro clínico de cuatro años de aparición de tumor parotídeo derecho, sin ninguna sintomatología.

Resultados. La ecografía de cuello demostró una formación quística compleja de 15 x 20 x 13 mm. Se sometió a parotidectomía superficial y se encontró un tumor de 2,5 cm, aproximadamente, dependiente del lóbulo superficial. No presentó complicaciones posoperatorias. El reporte de histopatología informó un oncocitoma parotídeo. Se hizo seguimiento por un año, sin que se encontrara recidiva.

Conclusiones. Los oncocitomas parotídeos son tumores raros, con un comportamiento benigno. Su tratamiento es quirúrgico, con una baja tasa de recurrencia que depende de una resección adecuada.

02-036

Costilla cervical bilateral

Adonis Tupac Ramírez

Hospital Universitario de Neiva, Universidad Surcolombiana
Neiva, Colombia
adoracu74@hotmail.com

Introducción. La costilla cervical es una anomalía congénita que usualmente es asintomática; ocurre en 0,4 % de la población y 70 % es bilateral. Ocurre con mayor frecuencia en mujeres. Produce síntomas únicamente en 10 % de los casos al comprimir el plexo braquial, la arteria y la vena subclavia en el estrecho torácico, causando el síndrome del opérculo torácico. La costilla cervical puede variar desde un alargamiento unilateral de la apófisis transversa de C7 hasta verdaderas costillas bilaterales completamente desarrolladas. Cuando produce síntomas puede manejarse conservadoramente, con ultrasonido, estimulación eléctrica, calor local, ejercicios de estiramiento y corrección postural; en casos más graves, se requiere cirugía para reseca la costilla.

Objetivo. Describir un caso de costilla cervical bilateral, condición poco frecuente.

Materiales y métodos. Se presenta el caso de un paciente de sexo femenino de 14 años de edad, que asistió a consulta por sendas masas cervicales bilaterales, duras y asintomáticas.

Resultados. En el examen físico se observaron y palparon sendas masas induradas supraclaviculares bilaterales, no dolorosas, sin síntomas compresivos ni déficit vascular o neurológico de los miembros superiores. Se solicitaron radiografía de tórax y tomografía de cuello y tórax, en las que se observaron costillas cervicales bilaterales. Actualmente, persiste asintomática.

Conclusión. La costilla cervical es una alteración congénita rara, que se manifiesta más frecuentemente en mujeres con presencia de masa cervical asintomática y, en el 10 %, con manifestaciones secundarias a la compresión vascular o nerviosa.

TÓRAX

02-031

Histoplasmosis pulmonar asociado a tuberculosis en una paciente con trasplante renal

Tatiana Rojas, Luis Felipe Tapias, Claudia Marcela Santamaría, Leonidas Tapias V., Carlos Javier Zamora, Leonidas Tapias D.

Fundación Oftalmológica de Santander-Clínica Carlos Ardila Lülle
Floridablanca, Colombia
ltapias@intercable.net.co

Introducción. La histoplasmosis pulmonar es bastante infrecuente en los pacientes que han recibido un trasplante renal. Asimismo, la presentación de la histoplasmosis como una masa pulmonar (histoplasmosis) es también infrecuente.

Objetivo. Describir el caso de un histoplasmosis pulmonar de gran tamaño en una paciente con trasplante renal.

Materiales y métodos. Se trata de una mujer de 40 años, con antecedentes de trasplante renal de cadáver e inmunosupresión con tacrolimus. Consultó por tos y fiebre y se le diagnosticó tuberculosis pulmonar mediante cultivo. Sin embargo, aproximadamente, dos meses después de iniciar el tratamiento acortado supervisado, persistió sintomática, con una imagen pulmonar radioopaca apical izquierda. Se practicó una tomografía computadorizada que evidenció una gran masa que comprometía la mitad superior del lóbulo superior izquierdo. Fue sometida a

una lobectomía superior izquierda por toracotomía por sospecha de origen tuberculoso.

Resultados. No se presentaron complicaciones durante el postoperatorio; sin embargo, continuó presentando picos febriles. El estudio de histopatología evidenció lesiones granulomatosas necrosantes, células gigantes de tipo Langhans y formas infecciosas de *Histoplasma capsulatum* mediante tinción de plata metenamina. Se inició tratamiento con itraconazol y se redujo la dosis de tacrolimus, posterior a lo cual la fiebre desapareció. La paciente fue dada de alta 12 días después de la cirugía.

Conclusión. La histoplasmosis pulmonar debe mantenerse dentro del diagnóstico diferencial de masas o consolidaciones pulmonares que no responden al tratamiento antimicrobiano en los pacientes inmunosuprimidos. Las resecciones pulmonares pueden ayudar en el tratamiento de infecciones resistentes por gérmenes oportunistas en los pacientes inmunosuprimidos, al reducir la carga microbiana de manera significativa.

02-045

Herniorrafia diafragmática mediante videotoracoscopia por dos puertos

Edgar Gutiérrez, Efrén Alfonso Cantillo, Nair Yaneth Bobadilla, Erick David Castro, Claudia Roa
Clínica Universitaria San Juan de Dios y Universidad de Cartagena
Cartagena, Colombia
ecantillo_81@yahoo.com

Introducción. La hernia diafragmática crónica es una condición compleja que puede permanecer mucho tiempo asintomática y cuya reparación puede hacerse por vía de toracoscopia.

Objetivo. Presentar una técnica de reparación de la hernia diafragmática mediante videotoracoscopia por dos puertos y hacer una revisión sistemática de la literatura científica sobre el manejo quirúrgico con esta técnica.

Materiales y métodos. Se presenta un paciente de sexo femenino de 50 años de edad, con un cuadro clínico de larga data consistente en disnea que progresó a ortopnea. La imaginología demostró parálisis diafragmática.

Resultados. La paciente fue sometida a cirugía y se reparó la hernia diafragmática por videotoroscopia de dos puertos. No se presentaron complicaciones y la evolución posoperatoria fue buena.

Conclusión. Se puede reparar con éxito la hernia diafragmática por videotoroscopia de dos puertos. Se necesitan más estudios para avalar la técnica.

VÍAS BILIARES

02-001

Manejo laparoscópico de la enfermedad poliquística hepática

Evelyn Dorado, Hernando Martínez

Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana

Bogotá, D.C., Colombia

doradofamilia@gmail.com

Introducción. De los quistes hepáticos múltiples que se presentan en la población general, 4 a 24 % son sintomáticos y ameritan manejo quirúrgico. El abordaje laparoscópico es una opción muy efectiva y poco mórbida, y es rápida la recuperación de las actividades con poca necesidad de analgesia.

Objetivo. Describir un caso de manejo laparoscópico de la enfermedad poliquística hepática.

Materiales y métodos. Se presenta el caso de una paciente de 78 años, que ingresó por urgencias por presentar dolor abdominal. En la tomografía axial se observaron cuatro quistes hepáticos, el mayor de los cuales medía 15 x 11 cm; había dos de 5 x 4 cm que se localizaban en el lóbulo izquierdo. Se decidió dar tratamiento quirúrgico por laparoscopia.

Resultados. Mediante técnica laparoscópica de tres puertos, se “desentcharon” todos los quistes y se hizo “fenestración” del principal. El tiempo quirúrgico fue de 60 minutos y el sangrado fue mínimo. Al día siguiente se restableció la vía oral, se permitió la deambulacion y se dio de alta.

El resultado de la citología y de la histopatología fue negativo para neoplasia maligna.

Conclusión. La enfermedad quística hepática es poco frecuente, se presenta, especialmente, en mujeres de más de 50 años. Se han propuesto diferentes formas

de tratamiento, como la punción aspiración que tiene una recidiva de 78 a 100 %, la cirugía abierta, la resección hepática y la “fenolización”. La técnica quirúrgica mínimamente invasiva ha demostrado ser efectiva, pocas veces presenta recidiva y tiene todas las ventajas de los procedimientos laparoscópicos en cuanto a poca morbilidad y rápida recuperación.

02-015

Pileflebitis y abscesos hepáticos secundarios a apendicitis aguda en una mujer de 20 años

Ángela María Calle, Alejandro Carvajal, Ana María Carvajal, Yurani Marín, Catalina Tabares, Alejandra María Toro, Zulma Rueda

Universidad Pontificia Bolivariana

Medellín, Colombia

alejocarvajall@gmail.com

Introducción. La pileflebitis, o tromboflebitis séptica de la vena porta o de alguna de sus ramas, es una complicación rara, secundaria a infecciones abdominales o posoperatorias. Generalmente, se presenta de forma aguda y con un cuadro clínico variable.

Objetivo. Describir la evolución clínica, y los hallazgos radiológicos y de laboratorio en un paciente con diagnóstico de pileflebitis.

Materiales y métodos. Se presenta el caso de una paciente atendida en la Clínica Universitaria Bolivariana de Medellín, que presentó un cuadro de pileflebitis con abscesos hepáticos, luego de realizada una apendicectomía. Se hace el análisis descriptivo del caso. Para la recopilación de los datos, se revisó la historia clínica y se entrevistó directamente a la paciente.

Resultados. La paciente presentó un choque séptico que se manejó en la unidad de cuidados intensivos con soporte inotrópico. Se hizo diagnóstico de pileflebitis por los hallazgos en la tomografía axial de abdomen, el patrón colestásico de las pruebas hepáticas y el aumento de reactantes de fase aguda. Se suministró tratamiento antibiótico y se dio de alta a los once días.

Conclusión. La pileflebitis es una complicación poco frecuente de la apendicitis aguda. Debido a los síntomas inespecíficos y a la alta mortalidad que

presenta a pesar del tratamiento antibiótico, son de gran importancia la sospecha diagnóstica, el reconocimiento precoz y el tratamiento oportuno. La presencia de choque en la paciente aquí presentada, asociada a alteraciones de las pruebas hepáticas, hemocultivos positivos y hallazgos de imaginología, permitió instaurar un tratamiento temprano que resultó en una evolución satisfactoria y sin complicaciones.

02-037

Lóbulo hepático accesorio (lóbulo de Riedel)

Guillermo Aldana, Manuel G. Pabón, Adolfo Ballestas

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Hospital de San José
Bogotá, D.C., Colombia
mgpp84@hotmail.com

Introducción. El lóbulo de Riedel es una prominencia del lóbulo hepático derecho que se puede extender hasta la fosa iliaca derecha, presente hasta en 4 % de la población; es más frecuente en mujeres que en hombres y puede confundirse en el examen físico con una masa abdominal. Su presencia no condiciona alteraciones en las pruebas de la función hepática y el diagnóstico se hace principalmente mediante ultrasonografía.

Objetivo. Reportar el hallazgo incidental de un lóbulo de Riedel durante una colecistectomía por laparoscopia, en el Hospital de San José en junio de 2010.

Materiales y métodos. Se revisó la historia clínica de un paciente de sexo femenino con diagnóstico de colelitiasis y colecistitis, que fue llevada a colecistectomía por laparoscopia con el hallazgo intraoperatorio incidental de un lóbulo de Riedel.

Resultados. Se presenta el caso de una paciente 55 años de edad con diagnóstico de colelitiasis y colecistitis crónica aguda. Se practicó colecistectomía por laparoscopia durante la cual se evidenció un lóbulo de Riedel dependiente del lóbulo hepático derecho, en forma de lengüeta con extensión hasta el mesogastrio. Por la dificultad para realizar una disección adecuada del triángulo de Calot, se decidió convertir a colecistectomía abierta y se logró una disección apropiada de la vesícula biliar. Se practi-

có una colangiografía intraoperatoria que evidenció adecuado paso del medio de contraste al duodeno; además, se observó un drenaje biliar único del lóbulo de Riedel. Se concluyó el procedimiento quirúrgico sin complicaciones. La paciente recibió manejo posoperatorio durante tres días y fue dada de alta. Posteriormente, se hizo control por consulta externa y se encontró evolución satisfactoria.

Conclusión. El lóbulo hepático accesorio o lóbulo de Riedel es una variante de la anatomía normal del hígado, que debe tenerse en cuenta durante los procedimientos quirúrgicos hepatobiliares. En el caso reportado, el lóbulo de Riedel fue un hallazgo incidental intraoperatorio, no identificado durante la ecografía hepatobiliar; además, durante la colangiografía intraoperatoria se obtuvieron imágenes radiográficas en las que se aprecia el drenaje biliar único del lóbulo de Riedel.

02-039

Manejo de muñón remanente del conducto cístico por vía laparoscópica

Guillermo Aldana, Adriana Córdoba, Néstor Julián Tinoco, Mario Hugo Barrera

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Hospital de San José
Bogotá, D.C., Colombia
juliantinoco35@yahoo.com

Introducción. La colecistectomía es el método de referencia para el manejo de la colelitiasis. Sin embargo, la recurrencia de los síntomas después de la cirugía, ya sea por vía laparoscópica o abierta, es común.

Las causas pueden ser de origen biliar o extrabiliar; los síntomas de origen biliar se derivan, en su mayoría, de cálculos residuales en la vía biliar, y raramente dependen de recurrencia de la litiasis en un remanente de la vesícula biliar o de un muñón cístico muy largo.

El manejo de estas entidades es quirúrgico y consiste en completar la colecistectomía o reseca el muñón remanente del conducto cístico y dicho procedimiento debe hacerse por laparoscopia, siempre que sea posible.

Objetivo. Reportar un caso de muñón remanente del conducto cístico con cálculos en su interior y su manejo por laparoscopia.

Materiales y métodos. Se presenta el caso de una mujer de 28 años de edad que consultó por dolor abdominal de tipo cólico en el hipocondrio derecho y náuseas, con antecedente de colecistectomía laparoscópica un año antes. En los exámenes de laboratorio no se encontraron hallazgos de síndrome biliar obstructivo, por lo que se decidió solicitar una colangiografía que reportó una imagen de apariencia serpiginosa, relacionada con la región inferior del hilio hepático, que podía corresponder a un muñón largo del cístico, con imágenes que sugerían cálculos en su interior; las vías biliares intrahepática y extrahepática eran normales.

Con los hallazgos anteriormente descritos, se decidió llevar a exploración de vías biliares por laparoscopia, en la que se encontró un muñón remanente del conducto cístico, de 2 cm, aproximadamente, con cálculos en su interior.

Resultados. La paciente fue sometida a cistectomía por vía laparoscópica. No se presentaron complicaciones y la evolución posoperatoria fue adecuada, y se dio egreso a las 48 horas.

Conclusión. El remanente del muñón del conducto cístico con cálculos en su interior puede ser la causa de dolor abdominal después de una colecistectomía, no explicable por otra causa. El tratamiento definitivo de esta entidad es practicar una nueva exploración y reseca el remanente del conducto cístico, lo que debe hacerse por laparoscopia.

02-040

Enfermedad de Caroli localizada

Guillermo Eduardo Aldana, Gabriel Santiago Medina

Hospital de San José
Bogotá, D.C., Colombia
galdana@hospitaldesanjose.org.co y
santiago_medina@hotmail.com

Introducción. La enfermedad de Caroli es un defecto congénito raro, que se origina en una falta de remodelación de la placa embrionaria del conducto. Se caracteriza, principalmente, por la presencia de

dilataciones quísticas segmentarias en el árbol biliar intrahepático y puede tener una localización focal o difusa; si se asocia a fibrosis hepática congénita, recibe el nombre de síndrome de Caroli.

Objetivo. Reportar el caso de un paciente con enfermedad de Caroli, manejado en el hospital de San José.

Materiales y métodos. Se presenta el caso de un paciente de 42 años de edad remitido de Pitalito (Huila), con un cuadro clínico de seis meses de evolución consistente en dolor en el hipocondrio derecho. Se presentan los estudios diagnósticos y el resultado del tratamiento quirúrgico.

Resultados. En la ecografía y la colangiopancreatografía retrógrada se demostró dilatación del colédoco. En la colangiografía se observó una imagen poliquística en los segmentos II y III hepáticos, con dilatación del conducto hepático izquierdo y cálculos en su interior. Se practicó una hepatectomía izquierda estándar y no se presentaron complicaciones.

Conclusión. La enfermedad de Caroli es una entidad infrecuente, con complicaciones como la sepsis de origen biliar o el desarrollo de cáncer. A diferencia de años atrás, su diagnóstico hoy en día se hace mediante la colangiografía y su tratamiento depende de la localización, en un espectro que va desde las resecciones locales hasta el trasplante hepático. La importancia de este caso radica en que pone de manifiesto que el adecuado manejo quirúrgico de entidades aun complejas tiene excelentes resultados en cuanto a la mejoría de los síntomas y la supervivencia.

GASTROINTESTINAL

02-002

Pancreatectomía distal laparoscópica por adenocarcinoma de la cola del páncreas, concomitante con cáncer de colon

Jorge Bernal, Evelyn Dorado, Juan Pablo López
Clínica Las Américas y Universidad CES
Medellín, Colombia
doradofamilia@gmail.com

Introducción. Las indicaciones de pancreatectomía distal por laparoscopia incluyen: cistoadenoma, tu-

mores neuroendocrinos, quistes y neoplasias del cuerpo y cola del páncreas. El hallazgo de un tumor concomitante en el páncreas durante la estadificación de un adenocarcinoma de colon, es muy infrecuente.

Objetivo. Describir la técnica de la pancreatometomía distal por técnica laparoscópica, para una neoplasia de la cola del páncreas con preservación del bazo.

Materiales y métodos. Se presenta un paciente de sexo femenino de 55 años de edad, con diagnóstico de carcinoma de colon izquierdo, en cuyos estudios de extensión se demostró concomitantemente una masa sólida en la cola del páncreas.

Con la paciente en decúbito supino y técnica laparoscópica de cinco trocares, se practicó pancreatometomía distal con preservación del bazo; los márgenes quirúrgicos fueron negativos.

Resultados. El estudio de histopatología reportó un adenocarcinoma.

No se presentó ninguna complicación posoperatoria. El tiempo quirúrgico fue de 120 minutos y el sangrado, menor de 50 ml. La vía oral y la deambulación se permitieron a las 24 horas, y se dio de alta al cuarto día.

Conclusión. El manejo mínimamente invasivo de las lesiones pancreáticas es una opción viable, poco mórbida y muy bien tolerada por los pacientes. Amerita entrenamiento avanzado para ofrecer seguridad al paciente. Los tumores concomitantes de páncreas son poco frecuentes. En este caso se pudo ofrecer un manejo acertado oncológicamente, con todas las ventajas de la mínima invasión. El tumor de colon fue manejado por vía abierta por el Grupo de Colon y Recto.

02-004

Manejo conservador como tratamiento de elección en casos de úlcera péptica perforada

Roosevelt Fajardo, Julián Mancera, Margarita María Ramírez, Juan Ricardo Cuenca

Fundación Santa Fe de Bogotá y Facultad de Medicina, Universidad de los Andes

Bogotá, D.C., Colombia

rfajardomd@fsfb.org.co

Introducción. La cirugía ha sido el tratamiento de elección para la úlcera perforada, usándose casi completa e indiscriminadamente en todos los pacientes por igual; de esta manera, la posibilidad del tratamiento conservador, no quirúrgico, se mira con recelo y es poco usada. La principal razón es el temor frente a la morbimortalidad del tratamiento conservador, frente a la efectividad y relativos bajos riesgos de la cirugía.

Objetivo. Exponer las indicaciones para el uso del tratamiento conservador en la úlcera péptica perforada, la efectividad en su tratamiento y la morbimortalidad debido a ésta, frente al tratamiento quirúrgico.

Materiales y métodos. Se realizó una búsqueda a través de *Pubmed* y *Google Academics* con las palabras “perforated ulcer, non surgical treatment, conservative management”; se limitó a los artículos publicados entre 2001 y 2011.

Resultados. Las diversas condiciones patológicas del paciente son el principal factor de mortalidad en el grupo sometido a tratamiento quirúrgico; en el tratamiento conservador se observó una alta morbimortalidad en pacientes inestables, especialmente, los de edad avanzada o con larga evolución de la enfermedad; en los dos grupos se obtuvo morbilidad similar en pacientes de bajo riesgo (0 a 8 % Vs. 3 a 9 %) y mortalidad elevada en los mayores de 75 años (40 % Vs. 25 %).

Conclusión. Se encuentra que el tratamiento conservador es efectivo en pacientes de edad avanzada con múltiples enfermedades concomitantes, y se puede recomendar si se observa la estabilidad del paciente en el momento de la atención.

02-009

Resección de divertículo epifrénico por laparoscopia

Patricia Olarte, Óscar Padrón, Diego Arboleda

Fundación Universitaria Sánitas, Clínica Universitaria Colombia y Clínica Reina Sofía-Colsánitas

Bogotá, D.C., Colombia

patriciaolarte26@hotmail.com

Introducción. El divertículo epifrénico es una rara condición caracterizada por la protrusión sacciforme

anormal que se forma desde la luz esofágica, en el tercio distal del esófago, cerca del diafragma. En 70 % de los pacientes, aproximadamente, el divertículo se localiza en la pared posterior y al lado derecho del esófago. Es un divertículo falso o pseudodivertículo.

No es una alteración común ni frecuente. El divertículo epifrénico tiene una prevalencia de alrededor de 0,015 % en los Estados Unidos, hasta 0,77 % en Japón y 2,0 % en Europa.

Objetivo. Presentar un caso de resección de divertículo epifrénico mediante cirugía laparoscópica y revisión de la literatura científica de esta enfermedad poco frecuente.

Materiales y método. Se trata de un paciente de sexo femenino de 52 años de edad, programada desde consulta externa. La búsqueda empleada para este estudio fue implementada en las siguientes bases de datos: *Medline, Embase, Central, Cochrane Library, SciSearch.*

Resultados. A continuación la presentación del caso clínico exitoso de una paciente de 52 años, que refería un cuadro clínico de dos años de evolución de disfagia, regurgitación, dolor y distensión abdominal. Mediante cirugía laparoscópica, fue sometida a miotomía, diverticulectomía y cirugía antirreflujo de tipo Toupet como tratamiento de un divertículo epifrénico que era muy sintomático.

Conclusiones. Históricamente se ha considerado un divertículo por pulsión debido a la alta presión en la luz de un segmento corto del esófago, con debilidad de la pared esofágica o sin ella. El divertículo epifrénico es un trastorno secundario de la motilidad esofágica subyacente.

Deben someterse a cirugía únicamente los pacientes sintomáticos.

La tasa de mortalidad general para la cirugía de los divertículos epifrénicos es casi de 5% y la tasa de morbilidad es de casi 20 %.

02-011

Tumor gigante del estroma gastrointestinal, reporte de un caso y revisión de la literatura

Marco Antonio Medina, Alexei Bernardo Rojas
Universidad del Cauca
Popayán, Colombia
marcoantonio281@hotmail.com

Introducción. Las neoplasias más comunes del tubo digestivo son los tumores del estroma gastrointestinal. Estos tumores se originan en la *muscularis propria*. Se caracterizan por la expresión inmunohistoquímica del receptor transmembrana del protooncogén *c-kit* y del marcador CD34. Se presentan normalmente en personas mayores de 50 años de edad, con predominio en hombres con una relación de 2:1. Su incidencia se estima en 10 a 20 casos por millón. Estas neoplasias pueden afectar todo el tubo digestivo, desde el esófago hasta el ano, principalmente, el estómago. Se deben considerar malignas aquellas neoplasias de más de 5 cm y con áreas de necrosis.

Materiales y métodos. Se presenta el caso de una mujer de 58 años, que acudió a urgencias por un cuadro clínico de ocho meses de una masa abdominal de crecimiento progresivo, dos meses de dolor abdominal difuso y síntomas constitucionales.

En la tomografía axial abdominal se reportó una gran masa de 140 x 172 x 138 mm, de aspecto neoplásico, con componente líquido en su interior y sólido en su periferia, con múltiples tabiques y de aspecto sarcomatoso.

Resultados. Se practicó una laparotomía exploradora, y se encontró un tumor de 20 cm de diámetro originado en el ángulo duodeno-yeyuno, que comprometía el mesocolon transversal y el colon descendente. El estudio anatomopatológico reveló un tumor maligno fusocelular, por descartar un leiomioma, y cuya inmunohistoquímica reportó un tumor del estroma gastrointestinal positivo para Ki67.

Conclusión. Los tumores gigantes del estroma del duodeno son infrecuentes. Suelen ser asintomáticos y cuando presentan síntomas suelen ser inespecíficos. Su diagnóstico histológico usualmente causa dificultad, por lo que se requieren estudios de inmunohistoquímica. El tratamiento de elección es la resección oncológica.

02-012

Un caso único de obstrucción y perforación intestinal causada por un imán

Leonardo Ballestas, Adolfo González

Universidad del Valle

Cali, Colombia

leoballestas@yahoo.com

Introducción. La ingestión de cuerpos extraños es un problema común en la población pediátrica. Afortunadamente, en 80 % de los casos el cuerpo extraño es expulsado espontáneamente; cerca de 10 a 20 % pueden ser manejados por medio de métodos endoscópicos y 1 % pueden causar complicaciones que requieren intervención quirúrgica, tales como obstrucción, perforación o fístula. La ingestión de más de un imán y, además, piezas metálicas, incrementa el riesgo de complicaciones.

Materiales y métodos. Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 38 años de edad, habitante de la calle, que ingresó al Servicio de Urgencias por presentar un cuadro clínico de tres días de dolor abdominal en los cuadrantes inferiores del abdomen, asociado a deposiciones diarreicas y vómito.

En el examen físico se encontró un paciente poco colaborador, con dolor abdominal y defensa involuntaria a la palpación en los cuadrantes inferiores del abdomen. En la radiografía abdominal se observaron varios cuerpos extraños en tubo digestivo, sin presencia de neumoperitoneo. Se decidió someterlo a una laparotomía exploratoria.

Resultados. En cirugía se encontró obstrucción y perforación del íleon distal, ocasionada por un imán y múltiples piezas metálicas adheridas a éste. Asociada a este hallazgo, había peritonitis purulenta con 1.000 ml de pus en la cavidad abdominal. Se practicó resección intestinal del tramo del intestino perforado y anastomosis primaria. Tuvo una evolución posoperatoria sin complicaciones y fue dado de alta cinco días después.

Conclusión. No existen reportes de obstrucción y perforación intestinal por imanes en pacientes adultos. En caso de detectarse imanes múltiples o con piezas metálicas, el manejo quirúrgico debe instaurarse de forma temprana.

02-013

Íleo prolongado por estrongiloidiasis: reporte de caso y revisión de la literatura

Juan David Wolff, Juan David Martínez

Universidad CES

Medellín, Colombia

juanwolff@gmail.com

Introducción. La estrongiloidiasis puede causar íleo paralítico prolongado.

Materiales y métodos. Se reporta un caso clínico en forma descriptiva y retrospectiva, y se revisa la literatura científica.

Resultados. Se trata de un paciente con íleo paralítico prolongado, de cuatro semanas de evolución causado por estrongiloidiasis, diagnóstico hecho por exclusión luego de una estancia hospitalaria prolongada y múltiples exámenes diagnósticos, incluida una laparotomía exploratoria. Se estableció la causa mediante biopsia por enteroscopia.

Conclusión. El diagnóstico de *Strongyloides stercoralis* a menudo se retrasa debido a los síntomas gastrointestinales inespecíficos que puede producir. Aunque existen varios métodos de diagnóstico, no se cuenta con un método de referencia. Este parásito es una causa rara de íleo paralítico prolongado y, por lo general, los pacientes son sometidos a procedimientos que aumentan la morbilidad y la estancia hospitalaria. Puede llegar a ser mortal en pacientes inmunocomprometidos. Puede tratarse de manera eficaz con ivermectina.

02-019

Tumor del estroma gastrointestinal de esófago

Edgar Gutiérrez, Juan Carlos Hoyos, José Villa,

Nair Bobadilla, Efrén Alfonso Cantillo

E.S.E. Hospital Universitario del Caribe y Universidad de Cartagena

Cartagena, Colombia

nair83@hotmail.com

Introducción. El tumor del estroma gastrointestinal es la neoplasia mesenquimatosa más común del tubo digestivo. Corresponde a 0,1 a 0,3 % de las neoplasias gastrointestinales, y es más frecuente en el estómago y en el intestino delgado. Su presentación en el

esófago es rara y se presenta en menos de 1 % de los casos.

Objetivo. Realizar una revisión sistemática de la literatura científica sobre el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y pronóstico de pacientes con tumor del estroma gastrointestinal (GIST) de esófago, y reportar un caso.

Materiales y método. Se trata de un paciente de sexo femenino de 55 años de edad, que consultó por disfagia para líquidos.

Se practicó una endoscopia en la que se encontró una lesión elevada con mucosa íntegra de aspecto submucoso, que ocupaba el 50 % de la luz en el tercio distal del esófago, y gastritis erosiva en cuerpo y antro gástricos. En la endosonografía de esófago se observó, a 45 cm de la arcada dental, una lesión hipoecoica con área anecoica central, de bordes definidos, que medía 5 x 4,5 cm, dependiente de la muscular propia, sin adenopatías, que hizo sospechar un tumor del estroma gastrointestinal.

La tomografía axial de tórax no reveló adenopatías de mediastino o hiliares, y confirmó la lesión con densidad de tejidos blandos en el tercio distal de esófago, de 34 x 48 mm, que comprimía el esófago. La tomografía axial de abdomen fue negativa.

Resultados. Se decidió someter a cirugía y se practicó resección del tumor, sutura esofágica y colgajo muscular. El reporte de histopatología fue de tumor del estroma gastrointestinal positivo para CD117.

Conclusión. Actualmente, el uso de inhibidores de la cinasa de tirosina ha revolucionado el tratamiento, pero la resección completa es el de elección.

02-020

Epidemiología de los tumores del intestino delgado en el Hospital Universitario del Caribe

José Carlos Posada, Nair Yaneth Bobadilla, Efrén Alfonso Cantillo, Erick David Castro, Germán Márquez

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

Introducción. Los tumores del intestino delgado son raros, y representan el 2 % de todos los tumores gastrointestinales; el 75 % de estos tumores son benignos. Los tumores malignos primarios más frecuentes son el carcinoide y el adenocarcinoma, y hacen metástasis a menudo. La mayoría de los pacientes son asintomáticos. Actualmente, las nuevas técnicas de imágenes con la cápsula endoscópica y la enteroscopia han hecho posible su diagnóstico.

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

Materiales y métodos. Se presenta una serie de cinco pacientes con tumores del intestino delgado, vistos en el periodo 2007-2011. Se analiza el cuadro clínico, la histología, el método diagnóstico y su tratamiento.

Resultados. Se presentaron cinco pacientes con tumores del intestino delgado, cuatro mujeres y un hombre, con edades entre los 22 y los 69 años. Los síntomas más frecuentes fueron dolor abdominal y pérdida de peso. Una paciente presentó sangrado gastrointestinal oculto y dos ingresaron con cuadro clínico de obstrucción intestinal; los sitios comprometidos fueron duodeno (1), yeyuno (3) e íleon (1). El diagnóstico se hizo por cápsula endoscópica en dos pacientes, por tomografía axial en dos y por laparoscopia en uno. Se practicaron cuatro resecciones en forma abierta y una por laparoscopia. La histopatología reportó dos tumores del estroma gastrointestinal, un linfoma, un adenocarcinoma y un tumor benigno.

Conclusión. Los tumores del intestino delgado son raros, pero pueden causar significativa morbimortalidad si no son detectados. Se requiere un alto índice de sospecha para su diagnóstico.

02-022

Absceso esplénico

Erick David Castro, Francisco Herrera, Asdrúbal Miranda, Nair Yaneth Bobadilla, Laura Victoria Jaimes

E.S.E. Hospital Universitario del Caribe Cartagena/ Universidad de Cartagena

Cartagena, Colombia
edavid0928@yahoo.com

Introducción. El absceso esplénico es una entidad infrecuente cuya incidencia se ha reportado en series de autopsias entre 0,14 y 0,7 %. Sin embargo, se ha evidenciado un incremento de casos reportados, asociado tanto al desarrollo y disponibilidad actual de estudios imaginológicos, como al aumento de pacientes con inmunodeficiencias, trauma y cáncer.

Su diagnóstico clínico se dificulta por la falta de especificidad de los signos y de los síntomas, entre los cuales figuran dolor abdominal, fiebre y esplenomegalia. La tomografía axial abdominal con contraste es la técnica de referencia. Los microorganismos mayormente asociados son *Klebsiella pneumoniae* y *Streptococcus* sp. (~65 %). Factores tales como la infección por bacterias Gram negativas, los puntajes altos de APACHE II y los abscesos múltiples, se asocian a mal pronóstico. La esplenectomía ha demostrado ventajas frente al tratamiento antibiótico y al drenaje percutáneo.

Objetivo. Efectuar una revisión sistemática de la literatura científica sobre las características clínicas, de diagnóstico, tratamiento y pronóstico del absceso esplénico, y presentar un caso.

Materiales y métodos. Se presenta un paciente de 31 años con cuadro clínico de un mes de evolución consistente en fiebre y dolor abdominal. Se evidenció dolor a la palpación en hipocondrio y flanco izquierdos, y esplenomegalia. La ecografía reveló múltiples imágenes hipoeoicas sugestivas de absceso esplénico.

Resultados. Se practicó esplenectomía más pancreatometomía distal. La evolución fue satisfactoria y se dio de alta.

Conclusión. El diagnóstico oportuno de esta entidad requiere de una alta sospecha clínica y un adecuado estudio de imágenes. La elección del tratamiento debe individualizarse.

02-025

Tumores de yeyuno

Carlos Leal, Felipe Bernal, Carlos Luna, Ricardo Villarreal, Manuel E. Jiménez

Universidad El Bosque
Bogotá, D.C., Colombia
pipebernals@hotmail.com

Introducción. Los tumores del intestino delgado representan 1 a 2 % de todas las neoplasias malignas gastrointestinales, haciéndolo una enfermedad de difícil diagnóstico y presentación clínica atípica. Su diagnóstico se hace por endoscopia de vías digestivas y tomografía axial. Son tumores poco estudiados desde el punto genético y molecular, y constituyen un desafío terapéutico.

Objetivo. Describir los hallazgos clínicos de dos pacientes con tumores del intestino delgado, que fueron sometidos a intervención quirúrgica sin diagnóstico histopatológico definitivo.

Materiales y método. El primer caso es el de un hombre de 79 años con cuadro clínico e imaginológico de obstrucción intestinal, que no mejoró con el tratamiento médico. El segundo caso, el de un hombre de 63 años con hemorragia de las vías digestivas altas y choque hemorrágico secundario. Los estudios imaginológicos y endoscópicos demostraron una neoplasia en yeyuno proximal.

Resultados. El primer paciente fue sometido a laparotomía y se encontró un tumor en el yeyuno. Se hizo una resección intestinal con anastomosis término-terminal. El estudio de histopatología demostró un adenocarcinoma.

El segundo paciente se sometió a laparotomía y resección intestinal. El estudio de histopatología informó un carcinoma metastásico de células claras.

Conclusión. Las neoplasias del intestino delgado son raras, representan 5 % de las neoplasias gastrointestinales y 1 a 2 % son de características malignas. Las manifestaciones clínicas, como obstrucción, sangrado y perforación, se asocian al tipo histológico. Su diagnóstico requiere de alta sospecha y se hace con endoscopias, radiografías, tomografías, enteroscopia y cápsula.

Las variantes histológicas más frecuentes son adenocarcinoma, carcinoide, linfoma, tumor de estroma gastrointestinal, sarcoma y metástasis. No existe tratamiento conocido con mejor impacto en la supervivencia que la resección quirúrgica, según el estadio en que se haya encontrado.

02-026

Carcinoma escamocelular perforado en divertículo de Zenker

Oscar David Rubio, Fernando Alvarado, Juan Carlos Ayala

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

Introducción. El primer divertículo de Zenker fue descrito por Ludlow en 1769, quien reportó una dilatación anormal de la pared posterior de la faringe en un paciente con historia de disfagia, en un examen post mórtem. Zenker y von Ziemssen, en 1877, describieron la enfermedad en 34 pacientes con protrusión de la mucosa en la pared dorsal de la faringe, asociada a aumento de la presión intrafaríngea.

La presencia de un carcinoma escamocelular primario en un divertículo de Zenker es rara. Su primera descripción fue hecha por Halstead en 1904 y sólo hay reportes ocasionales en la literatura científica mundial.

Objetivo. Presentar un carcinoma escamocelular perforado en un divertículo de Zenker, una condición de muy baja incidencia, de localización atípica y de importante morbilidad para el paciente.

Materiales y métodos. Se presenta el caso de un paciente 66 años que consultó por disfagia y odinofagia posterior a la ingestión de alimentos, tos, fiebre y masa en la región cervical izquierda. Tenía antecedentes de herida abdominal por arma cortopunzante e hipertensión arterial.

En los exámenes de laboratorio se encontró leucocitosis y neutrofilia. La tomografía de cuello reportó una masa de 70 x 57 x 38 mm que se extendía de C7 hasta T4 en el mediastino posterior.

Resultado. Se practicó cervicotomía y se encontró una masa de 3 x 2 cm, aproximadamente, lateral y posterior al esófago, a la altura de C6 en la unión entre esófago y la hipofaringe. Se diagnosticó un divertículo de Zenker con masa tumoral interna, perforada y abscedada. La histopatología reportó un carcinoma escamocelular bien diferenciado de la variante verrucosa. Recibió nutrición entérica por siete días y la evolución fue adecuada. Se dio la salida, tolerando la dieta.

Conclusión. En este reporte de caso, se describe un caso de divertículo de Zenker combinado con carcinoma escamocelular y se discute la rara incidencia de estas enfermedades simultáneamente.

02-027

Intususcepción intestinal como presentación de linfoma

Liliana Cuevas, Elio Fabio Sánchez, Juan Carlos Ayala

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

Introducción. El tubo digestivo es el sitio extraganglionar involucrado con mayor frecuencia por el linfoma (5 a 20 %). Afecta, principalmente, el estómago, seguido por el intestino delgado y la válvula ileocecal. La intususcepción intestinal es una forma inusual de manifestación en adultos.

Objetivo. Presentar y revisar el caso de un paciente joven con VIH y obstrucción intestinal secundaria a intususcepción intestinal como manifestación clínica de linfoma de intestino delgado.

Materiales y métodos. Se trata de un paciente masculino de 18 años de edad con VIH y en tratamiento antirretroviral, que ingresó a urgencias con un cuadro clínico de obstrucción intestinal. En la tomografía axial con contraste de abdomen se evidenció intususcepción intestinal, por lo cual se decidió tratamiento quirúrgico de urgencia.

Resultados. El paciente fue sometido a laparotomía en la cual se encontró intususcepción yeyuno-yeyunal, masa obstructiva en el yeyuno distal y múltiples lesiones neoplásicas desde el estómago hasta el íleon terminal. Requirió dos resecciones de yeyuno con anastomosis. La evolución posoperatoria fue adecuada. El estudio de histopatología reportó un linfoma difuso de célula grande, de origen B y de tipo Burkitt-like. En el seguimiento ambulatorio por hematooncología para manejo complementario se halló una evolución aceptable.

Conclusión. El tubo digestivo es el sitio extraganglionar más frecuentemente involucrado por el

linfoma, enfermedad que se debe tener en cuenta como diagnóstico diferencial en pacientes con factores de riesgo, que consultan por patología quirúrgica del tubo digestivo. Se debe priorizar establecer el compromiso o la extensión de la enfermedad antes de la cirugía, durante y después de ella, debido a la alta complejidad de su tratamiento definitivo y la necesidad de un equipo multidisciplinario para el mismo.

02-028

Intususcepción duodeno-yeyuno secundaria a hamartomas de las glándulas de Brunner

Sergio Cervera, Francisco Mauricio Rincón, Aura María Rivera

Hospital Universitario San Ignacio
Bogotá, D.C., Colombia
scervera@husi.org.co

Introducción. Los hamartomas de las glándulas de Brunner, o brunneromas, son lesiones poco frecuentes. La mayoría de los casos son asintomáticos y su descubrimiento, generalmente, es incidental durante procedimientos endoscópicos. Sin embargo, en ocasiones su manifestación clínica puede ser ulceración, sangrado u obstrucción. Su etiología es desconocida y es rara su transformación maligna.

Objetivo. Describir el caso clínico de forma cronológica del proceso diagnóstico y terapéutico realizado. De esta forma, en un ambiente académico, presentar una enfermedad inusual que se manifestó como obstrucción intestinal mecánica.

Materiales y métodos. Se presenta el caso de un paciente de 40 años, con obstrucción intestinal debida a intususcepción duodeno-yeyuno, secundaria a múltiples hamartomas de las glándulas de Brunner de la tercera y cuarta porción del duodeno, y del yeyuno proximal,

Resultados. El paciente requirió laparotomía exploratoria y resección intestinal de un segmento de 44 cm, desde la tercera porción duodenal hasta el yeyuno proximal, con posterior reconstrucción mediante anastomosis latero-lateral con sutura manual duodeno-yeyuno. El reporte final de histopatología demostró múltiples hamartomas de las glándulas de Brunner como causa de la intususcepción.

Conclusión. El hamartoma de las glándulas de Brunner es una enfermedad poco frecuente, usualmente diagnosticada de forma incidental, y su tratamiento depende de la manifestación clínica. Generalmente, su tratamiento es endoscópico por tratarse de lesiones incidentales halladas en procedimientos diagnósticos. El tratamiento quirúrgico obedece a complicaciones de la endoscopia o presentaciones inusuales, como sucedió en el caso presentado.

02-030

Rabdomiosarcoma retroperitoneal en un paciente adulto

Patricia Olarte, Alejandro Lora, Ricardo Duarte
Fundación Universitaria Sánitas, Clínica Universitaria Colombia y Clínica Reina Sofía-Colsánitas
Bogotá, D.C., Colombia
patriciaolarte26@hotmail.com

Introducción. El rabdomiosarcoma es un tumor maligno de tejidos blandos que representa 4 a 8 %, aproximadamente, de los tumores sólidos en niños. Su origen suele estar en cabeza y cuello, y en el sistema genitourinario. El rabdomiosarcoma retroperitoneal rara vez ha sido reportado en la literatura científica. Además, el rabdomiosarcoma epiploico de origen embrionario en adultos es aún más infrecuente.

Según su tipo histológico, son tumores embrionarios, alveolares y pleomorfos.

El rabdomiosarcoma embrionario es llamado así por su semejanza con los músculos del esqueleto inmaduro y representa 60 % de los casos en menores de 20 años de edad.

Objetivo. Presentar un caso muy poco frecuente de rabdomiosarcoma retroperitoneal en un adulto y sepsis de origen abdominal, y revisar la literatura científica de las bases de datos más reconocidas.

Materiales y método. Se presenta el caso de un paciente de 25 años de edad, que consultó a la Clínica Universitaria Colombia por un cuadro clínico de 20 días de evolución de distensión, dolor abdominal y pérdida de peso. En la tomografía computadorizada practicada se reportó una masa mesentérica en el cuadrante inferior derecho del abdomen que suge-

ría infiltración neoplásica, con múltiples adenopatías retroperitoneales y supradiafragmáticas en el espacio prevascular, e importante ascitis.

Resultado. Se tomó biopsia de la masa mediante radiología intervencionista y se reportó un tumor maligno de células pequeñas, redonda y azul, indicativo de rhabdomyosarcoma.

Durante su estancia hospitalaria y de los estudios de su lesión retroperitoneal, desarrolló un cuadro clínico de apendicitis aguda perforada, que desencadenó un proceso séptico. Falleció por falla multiorgánica en una semana.

La revisión de la literatura evidenció la baja prevalencia e incidencia del rhabdomyosarcoma retroperitoneal en adultos.

Conclusión. Esta neoplasia maligna de los tejidos blandos es más común en la infancia. El número de casos por millón de habitantes fue de 8,3 varones y 3,7 mujeres, entre 1994 y 2005. La mayoría de los casos son esporádicos y su presentación con compromiso epiloico es realmente infrecuente.

02-042

Pancreatitis crónica: procedimiento de Partington-Rochelle, a propósito de cuatro casos

Guillermo Aldana, Milena Socarrás, Juan David Lleras

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Hospital San José

Bogotá, D.C., Colombia

cx_general@hotmail.com

Introducción. La presencia de cálculos en el páncreas como consecuencia de la pancreatitis crónica, se debe a la formación de calcificaciones que van creciendo hasta constituir grandes cálculos, dentro de los conductos pancreáticos, los cuales obstruyen el flujo de las secreciones. Estos cálculos producen crisis de dolor o dolor permanente incontrolable, razón por la cual estos pacientes requieren descompresión del conducto vía endoscópica o quirúrgica.

Objetivo. Describir la presentación clínica de esta condición y la experiencia en el manejo quirúrgico con el procedimiento de Partington-Rochelle, resaltando la experiencia obtenida en el hospital San José.

Materiales y método. Se revisan cuatro casos de pacientes con historia de pancreatolitis, tres de ellos con tratamiento quirúrgico por dolor, uno de ellos por pancreatitis recurrente y pancreatolitis. Se practicaron estudios preoperatorios y de laboratorio, y una resonancia magnética abdominal, con lo cual se hizo el diagnóstico de pancreatitis crónica y se programó para cirugía.

Resultados. Los pacientes fueron sometidos a cirugía mediante el procedimiento de Partington-Rochelle (pancreato-yeyunostomía látero-lateral), y se encontró como característica importante dilatación del conducto pancreático y cálculos en su interior; el procedimiento se llevó cabo sin complicaciones. En el posoperatorio hubo disminución progresiva del dolor hasta su desaparición. En los controles periódicos en consulta externa se observó una adecuada evolución. En la tomografía abdominal de control se observó un proceso inflamatorio crónico. El paciente presenta actualmente dolor abdominal leve, episódico.

Conclusión. La pancreatitis crónica es una enfermedad de baja prevalencia en nuestro medio. La indicación de la cirugía es el dolor sin mejoría con el tratamiento médico. El procedimiento de Partington-Rochelle se debe tener en cuenta en este grupo de pacientes. Existen diferentes técnicas quirúrgicas para descomprimir la presión generada en los conductos pancreáticos, dependiendo la ubicación de los cálculos. Un conducto pancreático se considera dilatado cuando tiene un diámetro mayor de 7 mm, lo cual favorece un óptimo resultado en la anastomosis pancreato-yeyunal.

Cabe señalar que en la literatura científica se describen diferentes técnicas para el drenaje del conducto pancreático. En el Hospital San José se ha practicado la técnica de Partington-Rochelle como procedimiento de drenaje completo. La experiencia de nuestro hospital demuestra que, con dicha técnica, se obtienen óptimos resultados en el manejo de esta condición.

02-043

Paraganglioma extrasuprarrenal

Guillermo Aldana, Javier Mozo, Andrea Betancourt, Milena Socarrás, Juan David Lleras

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Hospital San José
Bogotá, D.C., Colombia

Introducción. Los paragangliomas son tumores originados de las células cromafines de la cresta neural y pueden ubicarse desde la base del cráneo hasta la vejiga o a lo largo de la cadena ganglionar simpática. Son tumores retroperitoneales infrecuentes, de comportamiento maligno dada su ubicación y su capacidad de liberar catecolaminas.

Objetivo. Describir dos casos clínicos manejados en el Hospital San José y hacer la revisión de la literatura científica sobre la evolución y el manejo de este raro tumor.

Materiales y métodos. Se presentan dos casos de pacientes mujeres jóvenes que cursaron con un cuadro clínico de varios meses de evolución, con diaforesis, taquicardia, palpitaciones, episodios de rubor y disnea progresiva. Además, presentaban dolor abdominal ocasional e hipertensión arterial. En ambas pacientes se practicaron estudios imaginológicos que demostraron la presencia de una masa retroperitoneal; el diagnóstico se confirmó con estudios de catecolaminas y metanefrinas séricas y en orina, y con importante elevación de la noradrenalina sérica, lo cual es característico.

Resultados. Ambas pacientes fueron sometidas a cirugía. La segunda presentó aumento importante de la tensión arterial a la mínima manipulación de la masa durante la cirugía, lo que fue controlado por el Grupo de Anestesiología. Se destacan la localización, el tratamiento quirúrgico y la evolución posoperatoria. En ambas pacientes se obtuvieron resultados exitosos con adecuado control de la tensión arterial, sin recaída tumoral al año de control.

Conclusión. Los paragangliomas retroperitoneales son muy raros y representan 10 % de todos los tumores secretorios de catecolamina. Cuando son bilaterales, se asocian a síndromes familiares o a neoplasia endocrina múltiple (10 %). Se presentan con taquicardia, cefalea, hipertensión y diaforesis. En la práctica clínica, 50 % cursan con hipertensión arterial

paroxística, 5 a 15% no tienen hipertensión y el resto de los pacientes cursa con hipertensión persistente. Una de las principales complicaciones se debe a los grandes cambios de la tensión arterial durante la manipulación de la masa, por lo que se debe preparar de forma adecuada al paciente en el preoperatorio, con alfa-bloqueadores y beta-bloqueadores. La mortalidad intraoperatoria es alta debido a su estrecha relación con estructuras vasculares. En el Hospital San José se han manejado dos pacientes con esta rara enfermedad, con resultados satisfactorios.

COLON Y RECTO

02-010

Diverticulitis perforada del ciego en un paciente joven, una enfermedad poco frecuente

Marco Antonio Medina, Víctor Hugo Vivas

Universidad del Cauca
Popayán, Colombia
marcoantonio281@hotmail.com

Introducción. Los divertículos del colon es una enfermedad infrecuente en individuos menores de 40 años de edad. La localización más frecuente es en el colon sigmoide (80 a 95 %); los divertículos del colon derecho presentan una frecuencia de 6,7 a 14 % en los países occidentales y de 10 a 15 % desarrollan diverticulitis.

La diverticulitis cecal aguda es una enfermedad poco frecuente que simula el cuadro clínico de una apendicitis aguda y presenta problemas en el diagnóstico. El manejo quirúrgico es motivo de controversia; ante la sospecha de neoplasia o si es dudosa la viabilidad del colon, debe efectuarse hemicolectomía derecha más anastomosis primaria.

Materiales y métodos. Se presenta un paciente de sexo masculino de 28 años de edad, con cuadro clínico de dos días de dolor en la fosa iliaca derecha y fiebre. En el cuadro hemático se encontró leucocitosis y neutrofilia. Ante la sospecha de apendicitis, se indicó cirugía.

Resultados. Se encontró un proceso inflamatorio con plastrón de 6 cm de diámetro en el ciego, con inminencia de obstrucción; el apéndice era normal. Se practicó hemicolectomía derecha más anastomosis primaria ileocólica término-terminal. La histopato-

logía reportó diverticulitis perforada con necrosis de licuefacción transmural y apéndice cecal normal. Su evolución posoperatoria y sus seguimientos fueron satisfactorios.

Conclusión. La diverticulitis cecal es una entidad rara en personas jóvenes. El diagnóstico diferencial, además de la apendicitis, debe incluir la enteritis regional, la perforación de carcinomas, la colitis amebiana y la enfermedad inflamatoria pélvica. El manejo quirúrgico de esta entidad en este grupo etario es controvertido. En nuestro paciente se decidió practicar resección intestinal, dada la inminencia de obstrucción y la sospecha de una neoplasia inflamatoria.

02-014

Drenaje de absceso abdominal por laparoscopia en una mujer embarazada

Ricardo Villarreal, Carlos Luna, Fabio Alberto Castillo

Universidad El Bosque
Bogotá, D.C., Colombia
facastillobu@hotmail.com

Introducción. La laparoscopia durante el embarazo es una aproximación quirúrgica que genera mucha controversia, especialmente en lo referente a la técnica quirúrgica y a su efecto sobre el feto y el recién nacido. El presente trabajo pretende demostrar la técnica quirúrgica especial y cómo puede ser una aproximación diagnóstica y terapéutica factible.

Objetivo. Mostrar que la laparoscopia puede llegar a ser un procedimiento diagnóstico y terapéutico seguro durante el embarazo.

Materiales y métodos. Se presenta el caso de una paciente de 20 años en la semana 14 del embarazo, en el quinto día posoperatorio de una apendicectomía por técnica abierta, que presentaba dolor abdominal de predominio en la fosa iliaca derecha, inespecífico, de difícil diagnóstico. Llevaba varios días de hospitalización y no se pudieron practicar estudios imaginológicos por el estado de gravidez. Se decidió practicar laparoscopia diagnóstica por ser un procedimiento con más beneficios que riesgos. Se encontró un absceso alrededor del muñón, que pudo manejarse por el mismo abordaje. Se

muestran los hallazgos y el procedimiento en video.

Resultados. Se hizo el diagnóstico y se trató con mejoría del estado de riesgo para el feto y el futuro recién nacido.

Conclusión. Aunque la cirugía laparoscópica durante el embarazo genera mucha controversia, en especial por los efectos sobre el feto y el recién nacido, en varios grupos quirúrgicos se está planteando como un procedimiento diagnóstico más recomendable que la imaginología y como un abordaje quirúrgico menos traumático y más seguro que el abierto. La presente experiencia es muestra de esta tendencia.

02-021

Adenocarcinoma concomitante de ciego e intestino delgado

Erick David Castro, Francisco Herrera, Asdrúbal Miranda, Nair Yaneth Bobadilla, Laura Victoria Jaimes

E.S.E. Hospital Universitario del Caribe y Universidad de Cartagena
Cartagena, Colombia
edavid0928@yahoo.com

Introducción. Los tumores de intestino delgado son infrecuentes y corresponden a 0,1 % a 0,3 % de los malignos y a 1 a 3 % de los malignos gastrointestinales. Son 40 a 60 % menos frecuentes que en el colon.

El diagnóstico suele hacerse en estadios avanzados. Los principales síntomas son dolor y pérdida de peso; el hallazgo más relevante en el examen físico es una masa palpable, como en nuestro paciente.

Aunque los tumores concomitantes de ciego e intestino delgado son infrecuentes, algunos autores reportan un mayor riesgo de carcinoma colorrectal cuando existe un tumor concomitante en intestino delgado y viceversa; esto y la dificultad para abordar con métodos diagnósticos este segmento, hacen difícil documentar lesiones del intestino delgado. Hasta 80 % de las lesiones de intestino delgado pueden researse quirúrgicamente por completo. Sin

embargo, la supervivencia a cinco años es de 15 a 20 % en las mejores series.

Objetivo. Realizar una revisión sistemática de la literatura científica sobre el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y pronóstico del adenocarcinoma de intestino delgado y su presentación concomitante con adenocarcinoma de ciego.

Materiales y métodos. Se presenta el caso de un paciente de 69 años con dolor abdominal, masa de características malignas en fosa iliaca derecha, pérdida de peso y anemia. El hallazgo se ratificó por tomografía axial. Posteriormente, cursó con obstrucción intestinal.

Resultados. Se practicó hemicolectomía derecha y resección de la lesión del íleon distal, en cirugía de urgencia. La histopatología reportó un adenocarcinoma de ciego y de intestino delgado. El paciente evolucionó satisfactoriamente.

Conclusión. Es fundamental tener un alto índice de sospecha para diagnosticar y tratar adecuadamente las lesiones neoplásicas concomitantes.

02-024

Caso clínico de hernia de Amyand

Ricardo Villarreal, Felipe Bernal, Carlos Luna,
Carlos Leal, Manuel E. Jiménez
Universidad El Bosque
Bogotá, D.C., Colombia
pipebernals@hotmail.com

Introducción. La hernia inguinal es la más frecuente de todas las hernias abdominales. Sin embargo, la presencia del apéndice cecal en el saco herniario, conocida como hernia de Amyand, es un hallazgo poco frecuente y enfrenta a los cirujanos a decidir durante la cirugía la resección apendicular y el uso de material protésico.

Objetivo. Describir los hallazgos clínicos incidentales en un paciente con una hernia inguinal derecha encarcelada.

Materiales y método. Se trata de un hombre de 48 años, con cuadro clínico de dos días consistente en dolor abdominal en la fosa iliaca derecha, asociado a masa inguinal derecha. En el examen físico se en-

contró la masa descrita no reducible y sin signos de irritación peritoneal. La ecografía reportó hernia inguinal derecha encarcelada.

Resultados. Se sometió a herniorrafia y se encontró el apéndice cecal en fase edematosa en el saco herniario. Se practicó apendicectomía y herniorrafia con malla.

Conclusión. La hernia de Amyand fue descrita por primera vez por Claudius Amyand en 1735. Su incidencia es de 1 %, con proceso inflamatorio en 0,08 % de los casos y mortalidad de 14 a 18 % asociada a infección aguda. Su diagnóstico es intraoperatorio, aunque se han utilizado ayudas imaginológicas en algunos casos. El tratamiento depende del estado del apéndice y se puede requerir apendicectomía. El material protésico se encuentra contraindicado cuando hay perforación del órgano.

Debido a su escasa incidencia, la hernia de Amyand es de difícil diagnóstico y enfrenta al cirujano a decidir un tratamiento apropiado y oportuno durante la cirugía.

02-038

Tumor neuroendocrino del apéndice cecal

Guillermo Aldana, Javier Mozo, Juan Pablo
Molina, Néstor Julián Tinoco
Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Hospital
de San José
Bogotá, D.C., Colombia
juliantinoco35@yahoo.com

Introducción. La apendicitis es la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico en nuestro país. El conocimiento de su fisiopatología se ha ampliado en los últimos años, estableciéndose causas frecuentes de apendicitis aguda. Los tumores neuroendocrinos ocurren en menos de 0,5 % de los casos y, aproximadamente, en 1 de cada 100.000 habitantes por año. Por lo general, el diagnóstico de estos tumores se hace en el Departamento de Patología, luego de transcurrir con una evolución similar a los casos de apendicitis producidas por otras causas. Usualmente, basta con la apendicectomía para conseguir la remisión definitiva de los casos en los que el tamaño no excede 1 cm y cuyas características no lo caractericen como carcinoide.

Objetivo. Reportar un caso de tumor neuroendocrino del apéndice como hallazgo incidental en una apendicectomía de urgencia.

Materiales y métodos. Se trata de una mujer de 38 años con cuadro clínico de apendicitis aguda llevada a apendicectomía convencional, sin complicaciones. El reporte final de histopatología fue un tumor neuroendocrino apendicular bien diferenciado, con un tamaño de 0,6 x 0,5 cm, ubicado en la punta del apéndice, el cual invadía hasta la muscular propia, cuyas márgenes proximal, basal y medial estuvieron libres de lesión, sin invasión vascular ni perineural.

Resultados. La paciente fue llevada a apendicectomía, con evolución posoperatoria adecuada y egreso a las 24 horas del procedimiento.

Conclusión. En general, este tumor en especial se comporta como una neoplasia poco maligna. Por este motivo, al practicar una apendicectomía y encontrar márgenes libres de lesión, su remisión es definitiva en prácticamente todos los casos. La supervivencia a cinco años es cercana al 100%, en la mayoría de los estudios.

VASCULAR

02-017

Disección aislada de aorta abdominal

Jaime Gómez, John Jairo Berrío, Carlos Espinosa, Alberto Muñoz

Hospital Universitario Clínica San Rafael
Bogotá, D.C., Colombia

Introducción. La disección de la aorta abdominal es una entidad poco frecuente y se desconoce su historia natural. Hasta la fecha, muchos conceptos se extrapolan de la disección de la aorta torácica. No existen estudios con buen sustento sobre las opciones de tratamiento, por lo cual persiste un vacío que puede llevar a consecuencias fatales.

Objetivo. Analizar la experiencia hospitalaria en el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad, revisar la literatura científica y comparar los resultados.

Materiales y métodos. Se hace un estudio descriptivo y retrospectivo de pacientes con diagnóstico de

disección aislada de aorta abdominal, tratados en el Servicio de Cirugía Vascular del Hospital Universitario Clínica San Rafael en el periodo comprendido entre 2007 y 2010.

Resultados. Se incluyeron cuatro pacientes, un hombre y tres mujeres, con edad promedio de 61,7 años, y con factores de riesgo para enfermedad arteriosclerótica e hipertensión arterial de difícil control como denominador común. La presentación clínica más frecuente fue dolor abdominal. El diagnóstico se confirmó en todos los casos con tomografía axial abdominal y torácica, para descartar inicio de disección aórtica en su porción proximal con extensión abdominal. El tratamiento se individualizó; fue conservador en un paciente, y con cirugía abierta y reemplazo aórtico con prótesis de dacrón en los tres restantes. No hubo fallecimientos ni complicaciones.

Conclusión. La disección aislada de aorta abdominal es una enfermedad rara. Se revisó nuestra experiencia y se individualizó su manejo, con base en el tratamiento de la disección de aorta torácica de tipo b. Se obtuvieron buenos resultados, incluso en caso de ruptura. Se requieren estudios más amplios para determinar y caracterizar mejor la historia natural y tratamiento.

02-018

Reconstrucción *in situ* de fístula aorto-entérica secundaria

Alberto Muñoz, Jairo Ramírez, Fernando Arias

Hospital Universitario Fundación Santafe de Bogotá
Bogotá, D.C., Colombia
albertomunozmd@gmail.com

Introducción. La fístula aorto-entérica es una enfermedad muy grave, de difícil diagnóstico y tratamiento. La mortalidad sin cirugía es de 100 % y con cirugía es de 60 a 90 %. Los índices de amputación están entre 15 y 20 %. Se han utilizado diferentes técnicas de reconstrucción arterial, como las derivaciones extraanatómicas, los injertos autólogos con criopreservación, la vena femoral superficial o la prótesis *in situ*.

Materiales y métodos. Se presenta un paciente de sexo masculino de 72 años de edad, con fístula aorto-

entérica secundaria, operado de urgencia. Tenía antecedentes de corrección de aneurisma de aorta abdominal ocho años antes, *stents* iliacos bilaterales y derivación fémoro-poplítea bilateral. Consultó por dolor abdominal, diaforesis y rectorragia.

Resultados. En el examen físico se encontró frecuencia cardíaca de 90 latidos por minuto y tensión arterial de 116/70 mm de Hg. El hematocrito era de 27,6 %. La esófago-gastro-duodenoscopia fue normal y en la colonoscopia se encontró enfermedad de divertículos del colon. La angiogramía abdominal reveló un hematoma alrededor de la aorta infrarrenal, sin extravasación del medio de contraste.

Se practicó laparotomía exploratoria y se encontró una fístula aortoentérica. Se resecó la prótesis antigua y se reconstruyó la continuidad vascular mediante derivación aorto-femoral bilateral *in situ* con prótesis de dacrón.

Después del desbridamiento de los tejidos periaórticos y del cierre del retroperitoneo, se practicó resección intestinal y anastomosis término-terminal. Los cultivos de la prótesis y de los tejidos retroperitoneales fueron positivos para *Escherichia coli* y *Citrobacter koseri*. Se dio tratamiento intrahospitalario con antibióticos sistémicos durante 14 días y, domiciliario, por seis semanas. La evolución fue satisfactoria.

Conclusión. La fístula aorto-entérica es causa infrecuente de sangrado digestivo y presenta una alta mortalidad. Es importante sospecharla para brindar un diagnóstico y tratamiento oportunos. La reconstrucción vascular *in situ* es una alternativa terapéutica.

02-023

Parche de peritoneo para reparo de vena cava

María Elena Velásquez, Carlos Alberto Ordóñez,
Luis Mauricio Figueroa

Fundación Valle del Lili

Cali, Colombia

me.velasquez.acosta@gmail.com

Introducción. Las heridas traumáticas de la vena cava y los defectos tras las resecciones oncológicas, con-

llevan gran morbimortalidad. Aunque la ligadura de la vena cava es una opción viable, su reparo es deseable para evitar la morbilidad posoperatoria.

Objetivo. Presentar el uso de parche de peritoneo parietal para reparar el defecto de la vena cava inferior, en un paciente traumatizado.

Materiales y métodos. Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 14 años de edad, víctima de una herida por arma de fuego en el abdomen, que ingresó en choque al servicio de urgencias.

Resultados. Fue tratado con paquete de transfusión masiva. Se sometió a cirugía y, tras evidenciar lesión de la vena cava en ambas caras, se practicó sutura primaria de la herida posterior y se colocó un parche de peritoneo parietal en la cara anterior, fijándolo con prolene 5-0 continuo. El paciente evolucionó favorablemente en el posoperatorio y fue dado de alta siete días después del trauma. No ha presentado edema de miembros inferiores.

Conclusión. Existen diversas opciones para reparar los defectos de la vena cava. El cierre primario se asocia con estenosis, especialmente si el defecto es grande o en ambas caras. Los materiales sintéticos conllevan mayor riesgo de trombosis e infección del injerto en caso de heridas contaminadas. Los injertos de pericardio o de otras venas generan incisiones adicionales, y mayor riesgo y tiempo quirúrgicos. El uso de peritoneo parietal puede ser una opción viable por su amplia disponibilidad, poca asociación con infección y trombosis, y porque, a diferencia de los injertos sintéticos, no genera gastos económicos adicionales.

02-041

Manejo quirúrgico y endovascular en trauma grave de la arteria axilar

Andrés Fernando Domínguez, Carlos Alberto
Ordóñez, Diana Carolina Muñoz

Universidad CES, Universidad del Valle y Fundación Valle del Lili

Cali, Colombia

Introducción. El tratamiento endovascular del trauma vascular periférico ha sido bien acogido por ser poco invasivo y también puede ser benéfico en caso

de complicaciones de reparaciones vasculares postraumáticas.

Objetivo. Mostrar el resultado del tratamiento endovascular en un caso de trombosis después del reparo quirúrgico de la arteria axilar.

Materiales y método. Se presenta el caso de un hombre de 31 años de edad que sufrió una herida por arma de fuego en la región axilar izquierda e ingresó al servicio de urgencias en estado de choque. Presentaba sangrado a chorro, por lo cual se ordenó transfusión sanguínea masiva y fue sometido a cirugía.

Resultados. En cirugía se encontró sección completa de la arteria axilar izquierda, y se reparó mediante puente con prótesis de Gore-Tex® de 5 cm de largo por 6 mm de espesor. Se trasladó a la unidad de cuidados intensivos con acidosis metabólica y necesidad de asistencia respiratoria mecánica. Después de 24 horas, se encontró importante disminución del pulso radial en el miembro superior izquierdo y ausencia del cubital.

Discusión. El tratamiento endovascular del trauma vascular periférico ha tenido buena acogida en los últimos años por ser una técnica poco invasiva. Sin embargo, en casos de reparo con prótesis vascular con complicaciones como fístula, trombosis o estenosis, el manejo usual es una nueva intervención quirúrgica para cambiar la prótesis. Con este caso se pretende demostrar que la técnica endovascular, menos invasiva, también puede ser benéfica para tratar dichas complicaciones.

TRAUMA

02-016

Manejo de la fístula bilio-bronquial traumática

Staling G. Pallares, Mario Alain Herrera
Universidad del Valle, Hospital Universitario del Valle
Cali, Colombia
stalingpallares@yahoo.com

Introducción. La fístula bilio-bronquial traumática es una secuela infrecuente del trauma cerrado o del penetrante.

Objetivo. Presentar un caso de fístula bilio-bronquial, analizar su manejo y revisar la literatura

científica en idioma español e inglés con base en referencias obtenidas en *Pubmed* de palabras relacionadas con “*traumatic bronchobiliary fistula*”.

Materiales y métodos. Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 19 años de edad, con fístula secundaria a una herida toraco-abdominal por arma de fuego, que presentó abundante bilitis y falla respiratoria secundaria.

Resultados. Inicialmente, fue manejado con neumorrafia, frenorrafia y asistencia respiratoria mecánica. Presentó recurrencia y, posteriormente, requirió esfinterotomía y drenaje percutáneo de la colección pleural residual, y se obtuvo resolución de la bilitis.

Conclusión. El manejo mínimamente invasivo de la fístula bilio-bronquial con colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y esfinterotomía, ha demostrado ser superior como primera elección al manejo quirúrgico tradicional en términos de menor estancia hospitalaria y morbilidad, por cuanto ofrece una solución a la fisiopatología de esta entidad. La esfinterotomía por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica debe ser la primera elección en pacientes con fístula bilio-bronquial traumática.

OTROS

02-029

Importancia de la medición de la presión intraabdominal en pacientes con cirugía abierta de abdomen en la unidad de cuidados intensivos

Roosevelt Fajardo, María Fernanda Hernández, Juan Bernardo Umaña
Hospital Universitario Fundación Santafé y Facultad de Medicina, Universidad de los Andes
Bogotá, D.C., Colombia
jb.umana54@uniandes.edu.co

Introducción. En tres estudios prospectivos realizados antes de 2006, se encontró una incidencia de hipertensión abdominal de 33 a 41 % en pacientes con cirugía abdominal abierta, porcentaje que aumenta con el tratamiento posoperatorio en la unidad de cuidados intensivos.

Materiales y métodos. Teniendo en cuenta la facilidad y el costo de hacer la medición de la presión intraabdominal por medio de la sonda vesical, se deberían hacer mediciones seriadas de la presión intraabdominal a todos los pacientes que ingresan a la unidad de cuidados intensivos, lo cual se va a traducir en la detección temprana de hipertensión abdominal.

Resultados. Se presenta el caso de un paciente que ingresó al Servicio de Urgencias por dolor abdominal y fue sometido a cirugía con diagnóstico de trombosis mesentérica demostrada por tomografía. Posteriormente se trasladó a la unidad de cuidados

intensivos, donde se detectó elevación de la presión intrabdominal, por lo cual se sometió nuevamente a cirugía. Se hizo un análisis retrospectivo del caso.

Conclusión. Se presenta un caso en el que se puede sustentar el beneficio de hacer mediciones seriadas de la presión intrabdominal en la unidad de cuidados intensivos. Por ser un método costo-efectivo, se debería recomendar como parte de la guía de manejo de pacientes con cirugía abierta de abdomen que se llevan a la unidad de cuidados intensivos, lo que permite la detección y el tratamiento temprano de esta condición, ya sea de forma médica o quirúrgica según el nivel de hipertensión obtenida.