



VIDEOS

TÓRAX

03-033

Plicatura diafragmática por laparoscopia en parálisis diafragmática

Jesús Vásquez, Cristina Isabel Martínez, Juan David Wolff

Universidad Pontificia Bolivariana
Medellín, Colombia
cristinamartinez45@hoitmail.com

Introducción. La parálisis diafragmática es una entidad infrecuente que se puede presentar de manera aislada o asociada a enfermedades sistémicas. Unos pocos pacientes presentan síntomas diversos que pueden simular alteraciones pulmonares, gastrointestinales o cardíacas. En 1996 se describió la plicatura diafragmática por vía torascópica con buenos resultados y hasta ahora hay pocos reportes en la literatura por su escasa incidencia.

Objetivo. Mostrar la corrección de una monoparálisis diafragmática idiopática izquierda, mediante plicatura diafragmática izquierda por vía laparoscópica.

Materiales y métodos. Se presenta un paciente de sexo femenino de 51 años de edad que consultó por elevación del hemidiafragma izquierdo, sin antecedentes quirúrgicos ni traumáticos. En la tomografía axial no se observaron masas, la fluoroscopia torácica sugería una parálisis diafragmática y la espirometría mostró un patrón restrictivo. Se hizo diagnóstico de monoparálisis diafragmática y se decidió intervenir quirúrgicamente.

Resultados. Se practicó la plicatura diafragmática por vía torascópica con técnica de cinco puertos, con revisión de la cavidad pleural, El dolor posoperatorio pudo manejarse de forma adecuada. La paciente se dio de alta a las 24 horas y en la evaluación de control se observó mejoría clínica y radiológica significativa.

Conclusión. Esta intervención se muestra como una buena opción para el tratamiento de la monoparálisis diafragmática izquierda, con buenos resultados a corto plazo, disminución de la estancia hospitalaria, menos dolor posoperatorio y menos complicaciones respiratorias, en manos expertas. Faltarían estudios comparativos de las técnicas mínimamente invasivas (toracoscpia Vs. laparoscopia), para la corrección de esta alteración.

VÍAS BILIARES

03-001

Colecistectomía por laparoscopia por puerto único

Evelyn Dorado, Aura Rivera

Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C., Colombia
doradofamilia@gmail.com

Introducción. La cirugía laparoscópica ha demostrado ser una técnica segura para el tratamiento de múltiples enfermedades. Técnicas innovadoras como la cirugía sin cicatriz, ya sea por dispositivos para este fin o por cirugía en la luz, han demostrado tener un muy buen resultado estético. Además, en pacien-

tes seleccionados es segura y brinda todas las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva.

Uno de los dispositivos con los que contamos en nuestro medio es el SSL (*SINGLE SITE LAPAROSCOPIC Access System*) de Ethicon Endo-Surgery, el cual permite practicar cirugía transumbilical de manera segura y con instrumental convencional.

Objetivo. Describir la técnica de colecistectomía por incisión única utilizando un nuevo dispositivo en el mercado: SSL.

Materiales y método. Se presenta el caso de una paciente de 46 años operada en mayo de 2011 por colelitiasis sintomática, cuyo índice de masa corporal era de 25 kg/m². No presentaba otras enfermedades asociadas.

Resultados. Bajo anestesia general, se hizo una incisión umbilical, se colocó el dispositivo SSL. Se traccionó la vesícula biliar con instrumentos rectos y se practicó colecistectomía con visión crítica del triángulo de Calot. El sangrado fue mínimo. Se reinició la vía oral a las cuatro horas y se dio de alta al día siguiente. No se presentaron complicaciones durante la cirugía o después de ella.

Conclusión. La cirugía por puerto único es una técnica que está ganando adeptos. Es importante recalcar que su mayor beneficio es estético; por lo tanto, la selección de la enfermedad y del paciente en el que se va a practicar es muy importante. Como técnica avanzada amerita entrenamiento, pues la pérdida de la triangulación y la utilización de instrumentos convencionales hacen de ella un desafío para el cirujano que utiliza procedimientos mínimamente invasivos.

03-003

Exploración por laparoscopia del colédoco con duodenoscopia retrógrada

Luis Fernando Álvarez, Marta Cecilia García

Centro Médico Imbanaco

Cali, Colombia

lfalvarez@imbanaco.com.co

Introducción. La exploración por laparoscopia del colédoco es una extensión lógica y natural de la co-

lecistectomía laparoscópica en aquellos pacientes con factores de riesgo para coledocolitiasis. El paso inicial es la ejecución de una colangiografía intraoperatoria que indique la necesidad de entrar a explorar el colédoco.

Se presenta el caso de una paciente joven con un cuadro clínico de dolor en el hipocondrio derecho e ictericia. En la ecografía se encontró dilatación de la vía biliar sin causa aparente y vesícula con cálculos; la bilirrubina total fue de 4,5 mg/dl a expensas de la directa, y la fosfatasa alcalina de 450 UI/L. Con una impresión diagnóstica de colecisto-coledocolitiasis fue sometida a colecistectomía laparoscópica y exploración laparoscópica de la vía biliar.

Objetivo. Demostrar la factibilidad de la exploración laparoscópica del colédoco cuando se dispone del recurso tecnológico.

Materiales y método. La disposición de los trocares se hizo según la técnica estadounidense, con un trocar supraumbilical de 10 mm, otro epigástrico de 10 mm y dos laterales de 5 mm en el hipocondrio derecho. Se efectuó inicialmente una colangiografía intraoperatoria con pinza de Olsen, en la que se observó la típica imagen de “copa invertida” en el extremo distal del colédoco por un cálculo impactado y sin paso del medio de contraste hacia el duodeno.

Resultados. El video muestra las imágenes de la colangiografía y la imagen de la coledocoscopia de la vía biliar extrahepática, con avance del cálculo hacia el duodeno, previa dilatación farmacológica de la papila duodenal, e inclusive, el avance del coledocoscopia hacia el duodeno, visualizándose claramente su mucosa aterciopelada. Finalmente, se practicó una nueva colangiografía en la que no se encontraron defectos de llenado que sugirieran cálculos y hubo excelente paso del medio de contraste al duodeno.

Conclusión. Se efectuó en forma exitosa una exploración laparoscópica del colédoco con avance del cálculo y del coledocoscopia hasta el duodeno. Se muestran las colangiografías de antes del procedimiento y después de él. De esta forma, se rescata el manejo de la vía biliar por parte del cirujano.

03-004

Litiasis recidivante del colédoco, manejo laparoscópico sin coledoscopia

Luis Fernando Álvarez, Diego Rivera

Centro Médico Imbanaco

Cali, Colombia

lfalvarez@imbanaco.com.co

Introducción. El coledoscopia es una valiosa herramienta para el cirujano de la vía biliar y para todo cirujano que practique colecistectomía por laparoscopia. No obstante, en algunas ocasiones también se puede explorar la vía biliar sin él.

Este paciente de 70 años tenía como antecedente una colecistectomía abierta 10 años atrás, y presentó dolor abdominal e ictericia. Se le practicó una ecografía en la que se observó la vía biliar muy dilatada, con un defecto de llenado de 20 mm en el conducto hepático común y, por lo tanto, no estaba indicado el manejo endoscópico.

Objetivo. Mostrar la exploración laparoscópica de la vía biliar intrahepática sin la utilización de coledoscopia.

Materiales y métodos. Se usaron cuatro trocares en forma convencional, como para colecistectomía laparoscópica. Como era de suponerse, las adherencias intraabdominales plantearon todo un reto quirúrgico y tomó más de una hora exponer la vía biliar extrahepática. Una vez identificada ésta, se incidió directamente en forma longitudinal con un disector ultrasónico y con tijera, exponiendo el cálculo gigante que obstruía la vía biliar; con una pinza de Maryland, se fracturó el cálculo y se pudo extraer. Se cambió el laparoscopio de 10 mm por uno delgado de 5 mm, el cual se introdujo directamente en la vía biliar intrahepática donde se encontró un cálculo impactado en el hepático derecho. Así, fue posible la exploración laparoscópica de la vía biliar sin coledoscopia.

Resultados. El video muestra la exploración laparoscópica de la vía biliar intrahepática sin coledoscopia y la utilización de instrumentos de uso rutinario en cirugía abierta e, incluso, otros no convencionales en cirugía general y de uso en otra especialidad (urología), como la pinza tridente con la cual se pudo extraer el cálculo del conducto hepático derecho. Finalmente, con el mismo

laparoscopio de 5 mm se exploró la vía biliar intrahepática y se visualizaron conductos biliares secundarios y terciarios dentro del hígado.

Conclusión. Se logró tratar un paciente con litiasis recidivante intrahepática, en quien no estaba indicado el tratamiento endoscópico con colangiopancreatografía endoscópica retrógrada debido al tamaño de los cálculos, mediante técnica laparoscópica y sin el uso del principal instrumento para explorar por vía laparoscópica la vía biliar: el coledoscopia.

03-005

Colecistectomía por laparoscopia y lesión de conducto hepático derecho aberrante

Diego Rivera, Luis Fernando Álvarez

Centro Médico Imbanaco

Cali, Colombia

lfalvarez@imbanaco.com.co

Introducción. La cirugía de vesícula es de los procedimientos más frecuentes que practica un cirujano general. Hoy día, todos los cirujanos tenemos, además, amplia exposición a la cirugía laparoscópica de la vesícula, pero no podemos olvidar las anomalías congénitas de la vía biliar que hacen que, en no pocas ocasiones, se puedan presentar graves lesiones de la misma.

Objetivo. Alertar a los colegas cirujanos sobre la existencia de anomalías congénitas de la vía biliar que, generalmente, son difíciles de detectar a tiempo y que pueden ocasionar graves lesiones en el sistema biliar con consecuencias funestas para el paciente y su médico tratante.

Materiales y métodos. Se practicó una colecistectomía por laparoscopia con técnica de tres trocares en una paciente de 64 años de edad con colelitiasis, durante la cual se produjo una lesión sobre un conducto hepático aberrante que terminaba en el conducto cístico.

Resultados. El video muestra la lesión de un conducto hepático aberrante y las colangiografías realizadas para definir con claridad la anatomía biliar y las características de la lesión. Se hizo reparo del conducto lesionado con hepático-yeyunostomía en Y de Roux.

Conclusión. Con este video se pretende concientizar a toda la comunidad quirúrgica en general de las potenciales complicaciones en procedimientos laparoscópicos que parecen muy sencillos y que la experiencia no garantiza que no se presenten; por lo tanto, nunca se puede bajar la guardia o dejar de adoptar todas las medidas de seguridad que eviten causar lesiones en los pacientes.

03-021

“Destechamiento” de quiste hepático por laparoscopia

Carlos Leal, Ricardo Villarreal, Carlos Luna, Fabio Alberto Castillo
Universidad El Bosque
Bogotá, D.C., Colombia
facastillobu@hotmail.com

Introducción. La lesión quística hepática es una entidad poco frecuente, manejada de forma conservadora con control radiológico. Sin embargo, en los casos con hallazgos complejos o de quistes gigantes sintomáticos, están indicados diferentes abordajes clínico-quirúrgicos que se discuten en la revisión de caso.

Objetivo. Mostrar que esta rara entidad de cistoadenoma hepático puede, y debe, ser tratada en primera estancia con cirugía laparoscópica, para definir la necesidad de cirugías como la lobectomía hepática u observación imaginológica.

Materiales y métodos. Se atendió por urgencias un paciente de sexo femenino de 40 años de edad con dolor abdominal inespecífico crónico. Se le practicó tomografía axial del abdomen en la que se observó un quiste gigante simple del hígado, por lo cual se decidió someterla a cirugía para “destechamiento” del mismo. Por los conocimientos y la experiencia del grupo quirúrgico, se decidió ofrecer un abordaje laparoscópico, experiencia que queremos compartir con la comunidad de cirujanos colombianos, revisando paralelamente el caso en cuestión.

Resultados. La paciente tuvo una adecuada y temprana recuperación posoperatoria, con hallazgo histopatológico de lesión benigna con posibilidad de conversión maligna.

Conclusión. El abordaje laparoscópico es seguro en lesiones quísticas simples sintomáticas del hígado, siempre y cuando sea realizado por grupos con buena curva de aprendizaje en laparoscopia. El hallazgo de una lesión benigna con probabilidad de tornarse maligna (cistoadenoma) es algo usual en la etapa posoperatoria, lo que plantea opciones de tratamiento quirúrgico diferido temprano o tardío. Sin embargo, hay poca experiencia disponible por su poca frecuencia y hace falta que los grupos especializados determinen el mejor tratamiento para esta entidad.

03-026

Cirugía de revisión poscolecistectomía laparoscópica en paciente con dolor abdominal

Ricardo Villarreal, Carlos Luna, Carlos Leal, Ernesto Villamizar, Raúl Pérez
Universidad El Bosque
Bogotá, D.C., Colombia
raulpereztaboada@hotmail.com

Introducción. La laparoscopia puede ser el método diagnóstico y terapéutico en un paciente con dolor abdominal y posible patología quirúrgica intraabdominal.

Objetivo. Demostrar el alto rendimiento del enfoque diagnóstico de la laparoscopia frente a la radiología convencional.

Materiales y métodos. Se presenta una paciente de sexo femenino de 32 años de edad con un diagnóstico inicial de pancreatitis leve de origen biliar. Una vez resuelta, se decidió practicar una colecistectomía laparoscópica. A las 48 horas del posoperatorio, presentó dolor en el flanco y en la fosa iliaca del lado derecho. En la tomografía axial abdominal llamó la atención la presencia de una colección subhepática. Se practicó una laparoscopia para su drenaje y se observó el apéndice cecal en fase edematosa congestiva, con que sugería una apendicitis aguda. Se sometió a apendicetomía laparoscópica por los puertos previos de la colecistectomía.

Resultados. Se obtuvo resolución del dolor y una evolución clínica satisfactoria. En el examen histopatológico se demostró apendicitis aguda.

Conclusión. La laparoscopia diagnóstica tiene un alto rendimiento frente a las imágenes diagnósticas

usuales, y además, brinda la oportunidad de tratamiento quirúrgico e inmediato en caso de que así se requiera.

03-043

Quiste hepático gigante, manejo laparoscópico

Roberto Quintero, Rafael McCausland, Jesús Valle, Ricardo Daguer, Álvaro Rojas

Endocirugía

Barranquilla, Colombia

robertoquinterop_@hotmail.com

Introducción. Los quistes hepáticos no parasitarios son poco frecuentes y representan el 4 % en la población general. Se presentan con mayor frecuencia en mujeres y, en su mayoría son asintomáticos. Sin embargo, cuando crecen demasiado presentan síntomas, hay que operarlos y la cirugía mínimamente invasiva es una opción terapéutica.

Objetivo. Presentar la técnica laparoscópica para reseca un quiste hepático gigante.

Materiales y métodos. Se presenta un paciente de sexo femenino en la tercera década, que consultó por una masa de dos años de evolución en el abdomen superior, con dolor, náuseas, vómito y deformidad abdominal.

Se practicó una tomografía axial y se hizo diagnóstico de quiste hepático gigante, de 30 por 20 cm.

Resultados. La paciente fue sometida a cirugía en Barranquilla. Con un bisturí armónico y video-laparoscopia, se drenó y “destechó” el quiste, se hizo epiploplastia y se llevó a cabo la colecistectomía por compromiso de la pared vesicular por el quiste. Se hizo drenaje cerrado.

La estancia hospitalaria fue de 48 horas. El sangrado quirúrgico fue menor de 50 ml y no se presentaron complicaciones. La evolución clínica posterior fue satisfactoria, sin recidivas un año después.

Conclusión. Las técnicas de cirugía de invasión mínima con equipo de coagulación de última generación, hemostático, han permitido practicar la cirugía hepática evitando sangrados y conversiones, y con menor morbilidad. Son una opción en casos seleccionados de quiste hepático. Mundialmente se recomienda el abordaje por video-laparoscopia.

GASTROINTESTINAL

03-002

Pancreatectomía del cuerpo y cola con preservación del bazo por laparoscopia

Luis Fernando Álvarez, Robin Biojó, Juan

Guillermo Villegas

Centro Médico Imbanaco

Cali, Colombia

lfalvarez@imbanaco.com.co

Introducción. La pancreatectomía distal por laparoscopia en enfermedades benignas es ampliamente aceptada.

Podría decirse que la pancreatectomía distal por laparoscopia sin preservación de los vasos esplénicos es una cirugía relativamente sencilla; no obstante, no puede decirse lo mismo cuando de preservar el bazo se trata, pues significa un reto técnico y un grado de dificultad mayúsculo, por el contacto casi íntimo de los vasos esplénicos con el parénquima pancreático. Además, en este caso, se hizo el corte del páncreas a la derecha de la confluencia de la vena esplénica con la vena mesentérica inferior.

Materiales y métodos. Se presenta el caso de un paciente de 57 años en excelente estado general, que consultó por dolor lumbar. En la tomografía computadorizada abdominal se observó una lesión de aspecto quístico en la unión del cuerpo con la cola del páncreas.

Se muestra la práctica de la pancreatectomía del cuerpo y cola por laparoscopia con la utilización de cinco trocates: el primero supraumbilical de 10 mm y cuatro adicionales, uno de 10 mm en la línea medioclavicular izquierda un poco por encima del ombligo, y tres de 5 mm, uno subxifoideo, uno en la línea axilar anterior izquierda en el flanco y otro en la línea paraesternal derecha en el epigastrio.

Se hizo la sección pancreática con una endograpadora lineal cortante de 60 mm con carga verde y se realizó hemostasia de la línea de cierre con ganchos de titanio, los cuales sirvieron también para “ligar” el conducto de Wirsung; además, se utilizó sellador biológico (Tisucol®) para tratar de evitar la aparición de fístula pancreática.

Resultados. El video muestra una pancreatectomía cuerpo-cola por laparoscopia con preservación del

bazo; se resaltan los pasos más importantes en este difícil procedimiento con la utilización de los más avanzados recursos tecnológicos.

Conclusión. Se efectuó en forma exitosa una pancreatometomía cuerpo-cola con preservación del bazo, por laparoscopia y sin que se produjera fístula pancreática, la cual se presenta hasta en 26 % de pacientes.

03-010

Esplenectomía laparoscópica por puerto único

Felipe Vanegas, Juan David Martínez, Lina Marcela Giraldo, María Juliana Correa

Universidad CES

Medellín, Colombia

linamgiraldo@gmail.com

Introducción. La esplenectomía laparoscópica por multipuerto se considera el procedimiento de referencia para el manejo de enfermedades como la púrpura trombocitopénica; sin embargo, con los avances alcanzados en los últimos años en la cirugía mínimamente invasiva, se ha desarrollado la técnica de esplenectomía por puerto único que ha demostrado, hasta el momento, ser una técnica prometedora.

Objetivo. Exponer la técnica quirúrgica empleada en nuestra institución para la esplenectomía laparoscópica por puerto único, las dificultades técnicas encontradas, las consideraciones que se deben tener en cuenta y los resultados obtenidos con la técnica.

Materiales y métodos. Se presenta una esplenectomía laparoscópica por puerto único en una paciente de sexo femenino de 28 años de edad, debida a una púrpura trombocitopénica idiopática. Se revisan los puntos clave durante el procedimiento y se hacen sugerencias sobre su realización.

Resultados. Mediante una esplenectomía por puerto único, se logró la resección del bazo en una paciente con antecedentes de púrpura trombocitopénica idiopática. El tiempo quirúrgico fue de 50 minutos y no hubo inconvenientes técnicos. Los resultados estéticos fueron adecuados y no hubo complicaciones intraoperatorias ni posoperatorias.

Conclusión. La esplenectomía laparoscópica por puerto único es una técnica segura, efectiva, repro-

ducible en centros donde se tenga experiencia en cirugía laparoscópica avanzada, y con excelentes resultados.

03-013

Resección de GIST gástrico por laparoscopia

Lucas Bojanini, Luis Felipe Roldán, Jamil Vallejo, Gustavo Gómez, Santiago Gómez, Alejandro Múnera, Amy del Mar Piñeres

Universidad Pontificia Bolivariana y Clínica Universitaria Bolivariana

Medellín, Colombia

amypineress@yahoo.com

Introducción Los tumores del estroma gastrointestinal (*Gastrointestinal Stromal Tumor*, GIST) requieren manejo quirúrgico, el cual puede ser por vía abierta o mínimamente invasiva, manteniendo las márgenes necesarias y la forma adecuada para dicha resección.

Se describe la técnica utilizada para la resección por vía laparoscópica, en pacientes con tumores del estroma gastrointestinal.

Objetivo. Presentar la técnica utilizada para la resección de tumores del estroma gastrointestinal por vía laparoscópica.

Materiales y métodos. Se presenta la resección de un tumor del estroma gastrointestinal con técnica mínimamente invasiva.

Resultados. Por medio de esta técnica se logra la resección quirúrgica adecuada de este tipo de tumores, con los beneficios ofrecidos por la cirugía mínimamente invasiva, tales como menos dolor, menor estancia hospitalaria, menor tiempo de incapacidad y mejores resultados estéticos.

Conclusión. Esta forma de manejo quirúrgico de los tumores del estroma gastrointestinal permite una resección adecuada con menor costo y mejor calidad de vida para el paciente.

03-015

Corrección de hernia hiatal gigante de tipo IV por laparoscopia

Juan Camilo Ramírez, Adriana Córdoba, Julián Tinoco

Hospital San José
Bogotá, D.C., Colombia
f_acero@yahoo.com

Introducción. La hernia hiatal de tipo IV es una condición poco frecuente. La hernia de una víscera diferente al estómago a través del hiato esofágico representa una variedad de las mal llamadas hernias paraesofágicas. Puede constituir un hallazgo incidental en un paciente asintomático o presentarse con síntomas inespecíficos, como dolor torácico posprandial, dolor precordial o disnea. Sólo de manera ocasional los pacientes refieren síntomas de reflujo gastroesofágico. En estos pacientes pueden presentarse complicaciones mecánicas graves secundarias al vólvulo organoaxial del estómago o al encarcelamiento y necrosis subsecuente de la otra víscera herniada. Por esta razón, tradicionalmente se ha recomendado su tratamiento quirúrgico.

Objetivo. Mostrar una hernia hiatal gigante de tipo IV corregida por vía laparoscópica.

Materiales y método. Se presenta un paciente de 57 años que consultó por un cuadro clínico de dolor abdominal en mesogastrio de cinco días de evolución acompañado de vómito en cuncho de café, por lo cual se solicitó una endoscopia de vías digestivas altas en la que se informó la presencia de una hernia hiatal gigante. El estudio de las vías digestivas altas con medio de contraste, confirmó el diagnóstico de hernia hiatal de tipo IV.

Resultados. La paciente fue sometida a corrección quirúrgica de hernia hiatal gigante por laparoscopia. Además de la hernia gástrica con vólvulo organoaxial, se encontró una hernia del ángulo esplénico del colon. Se procedió a su reducción, la resección del saco herniario, el cierre del hiato esofágico y la colocación de una malla de refuerzo.

Conclusión. Tradicionalmente se ha considerado que este tipo de hernias tienen indicación quirúrgica, aun en los pacientes asintomáticos, debido al riesgo de complicaciones y a la mortalidad asociada con ellas. Sin embargo, dada la magnitud y complejidad del procedimiento quirúrgico, existe acuerdo en que los pacientes asintomáticos, especialmente si son ancianos, pueden observarse solamente.

03-016

Gastrectomía fundocorporal vertical para manejo de GIST gástrico

Adriana Córdoba, Juan Camilo Ramírez, Julián Tinoco

Hospital San José
Bogotá, D.C., Colombia
f_acero@yahoo.com

Introducción. Los tumores del estroma gastrointestinal son los tumores mesenquimatosos más frecuentes del sistema digestivo; representan el 1 % del total de todas las neoplasias gastrointestinales y son de 40 a 70 % más frecuentes en el estómago. La resección quirúrgica es el tratamiento de elección cuando el tumor se encuentra localizado.

Objetivo. Mostrar un caso GIST gástrico manejado satisfactoriamente por vía laparoscópica.

Materiales y métodos. Se presenta un paciente de 74 años de edad que consultó por un cuadro clínico de nueve meses de evolución de sensación de llenura y pirosis. Se le practicó endoscopia digestiva alta en la que se encontró una lesión tumoral submucosa de dos cm en la unión fundocorporal en la curvatura mayor gástrica, sugestiva de un tumor del estroma gastrointestinal. El paciente tenía antecedentes de una corrección de hernia hiatal con malla por laparotomía.

Resultados. Se hizo un abordaje por laparoscopia durante la cual, previa localización por transluminación con endoscopia digestiva alta, se procedió a practicar una gastrectomía vertical del fondo y el cuerpo gástricos.

Conclusión. Los tumores gástricos del estroma gastrointestinal son neoplasias cuyo tratamiento es en principio quirúrgico, y el abordaje por laparoscopia es factible y seguro. Tiene la ventaja adicional de que puede hacerse con una mínima manipulación del tumor, lo que evita posibles siembras con recaídas posteriores. También, tiene beneficios como el mínimo tiempo de hospitalización y la recuperación más rápida de los pacientes.

03-017

Manejo laparoscópico de obstrucción intestinal por fitobezoar en un paciente con hemofilia B grave

Adriana Córdoba, Juan Camilo Ramírez, Fanny Acero, John Flechas
Hospital San José
Bogotá, D.C., Colombia
f_acero@yahoo.com

Introducción. La presentación más frecuente de los bezoares es el fitobezoar, que se produce como consecuencia de la precipitación de partículas vegetales no digeribles. La causa más frecuente de obstrucción intestinal es secundaria a bridas por procedimientos quirúrgicos previos. El fitobezoar es una causa rara de obstrucción intestinal, y se reporta una incidencia de 0,4 a 4 % de todas las causas.

Objetivo. Presentar un caso clínico de obstrucción intestinal secundaria a fitobezoar y su manejo por vía laparoscópica en un paciente con hemofilia B grave.

Materiales y métodos. Se presenta un paciente de 35 años con antecedentes de hemofilia de tipo B, que consultó por dos días de evolución de dolor abdominal de predominio en la fosa iliaca derecha, distensión abdominal y múltiples episodios eméticos. En la tomografía abdominal con contraste se encontró dilatación de las asas delgadas y una zona de transición en el íleon distal. Se practicó una laparoscopia diagnóstica en la que se demostró un cuerpo extraño incrustado en la válvula ileocecal, con distensión de las asas intestinales proximales. Se practicó una enterotomía y se halló un fitobezoar.

Resultados. El paciente fue sometido a laparoscopia diagnóstica en la que se encontró un cuerpo extraño incrustado en la válvula ileocecal, con distensión de las asas delgadas. Se practicó una enterotomía a 30 cm de la válvula ileocecal y se encontró un fitobezoar, el cual se extrajo. La evolución fue satisfactoria, sin evidencia de sangrado intraoperatorio ni posoperatorio, con signos de adecuado tránsito intestinal; se le dio salida al quinto día posoperatorio, con manejo de su enfermedad de base por parte del Servicio de Hematología.

Conclusión. La obstrucción intestinal es un motivo muy común de hospitalización y la causa principal es la presencia de adherencias secundarias a cirugías previas, hernias o neoplasias. El abordaje por laparoscopia puede ser útil en casos de obstrucción intestinal de causa desconocida, como el presente.

Según los hallazgos, puede optarse por continuar con el tratamiento por esta vía o recurrir a una cirugía abierta. Además, consideramos que es evidente el beneficio del abordaje por laparoscopia en un paciente con alto riesgo de sangrado.

03-018

Resección de GIST gástrico por laparoscopia

Juan C. Ramírez, Adriana Córdoba, Mario Barrera
Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Hospital San José
Bogotá, D.C., Colombia
mariohbl@gmail.com

Introducción. Los tumores del estroma gastrointestinal son los tumores mesenquimatosos más frecuentes del sistema digestivo y representan el 1 % de todas las neoplasias gastrointestinales; son de 40 a 70 % más frecuentes en el estómago. La resección quirúrgica es el tratamiento de elección cuando el tumor se encuentra localizado.

Objetivo. Mostrar un caso de GIST gástrico manejado satisfactoriamente por vía laparoscópica.

Materiales y métodos. Se presenta un paciente de 21 años que consultó por seis horas de evolución de melenas asociadas con dolor abdominal epigástrico. Fue valorado por el Servicio de Gastroenterología, donde se practicó una endoscopia digestiva alta en la que se encontró, hacia la curvatura mayor del estómago, una lesión corporal submucosa, pulsátil, de 18 mm de diámetro, aproximadamente, indurada y sin sangrado activo. Se practicó una tomografía abdominal con contraste, en la que se informó una masa del cuerpo gástrico que protruía hacia la cavidad peritoneal. Las biopsias reportaron un tumor del estroma gastrointestinal, positivo para CD117.

Resultados. El paciente fue sometido a gastrectomía subtotal con reconstrucción en Y de Roux por vía laparoscópica. Se encontró una masa de 8 x 7cm dependiente de la cara anterior del antro gástrico. El paciente evolucionó de manera satisfactoria en su posoperatorio y fue dado de alta del hospital a las 48 horas.

Conclusión. Los tumores gástricos del estroma gastrointestinal son neoplasias cuyo tratamiento es, en principio, quirúrgico y cuyo abordaje por laparoscopia es factible y seguro. Esto tiene la ventaja

adicional de que puede hacerse con una mínima manipulación del tumor, lo que evita posibles siembras con recaídas posteriores. También tiene beneficios como el mínimo tiempo de hospitalización y la recuperación más rápida de los pacientes.

03-019

Esplenectomía parcial por laparoscopia

Raúl Eduardo Pinilla

Hospital Central de la Policía Nacional

Bogotá, D.C., Colombia

radipisa@hotmail.com

Introducción. La esplenectomía total conlleva el riesgo de sepsis fulminante, condición que se presenta en 0,23 % de los pacientes, con una mortalidad de 50 %. Las recomendaciones para la prevención de la sepsis posterior a la esplenectomía, incluyen la práctica de esplenectomía parcial. Existen series en la literatura que demuestran la seguridad de la esplenectomía parcial por vía laparoscópica, con las ya bien conocidas ventajas de los procedimientos mínimamente invasivos.

Objetivo. Presentar el caso de una mujer de 64 años que consultó por dolor en el flanco izquierdo con hallazgos en la tomografía de una lesión quística en el polo inferior del bazo, en quien se practicó esplenectomía parcial por laparoscopia.

Materiales y métodos. Se realizó bajo anestesia general un abordaje en decúbito supino con inclinación lateral derecha y por tres puertos, se liberó y se controló la irrigación del polo esplénico inferior; posteriormente, se hizo transección parenquimatosa con la técnica descrita por Uranues, y se logró un control satisfactorio, se aseguró la hemostasia con la aplicación de adhesivo hemostático fisiológico. Por último, se dejó un drenaje cerrado y la paciente se recuperó de forma adecuada y en controles ambulatorios no se evidenció complicación alguna.

Resultados. La paciente evolucionó de forma adecuada en el posoperatorio y se evitó, por medio de la esplenectomía parcial, el riesgo de sepsis posterior a la esplenectomía.

Conclusión. La esplenectomía parcial debe preferirse cuando las características de la lesión lo permitan,

previniendo así el riesgo del desarrollo posterior de sepsis.

03-020

Gastrostomía endoscópica percutánea asistida por laparoscopia

Raúl Eduardo Pinilla, Juan David Hernández,

Oscar Gómez, Omar Espitia

Hospital Central de la Policía Nacional

Bogotá, D.C., Colombia

radipisa@hotmail.com

Introducción. La gastrostomía endoscópica percutánea es la técnica de elección para instaurar una vía de alimentación, cuando se requiere soporte nutricional especial por más de cuatro semanas. La incapacidad para evidenciar transluminación de la pared abdominal, así como la falta de obtención de convexidad con la presión digital, se consideran usualmente contraindicaciones para su práctica.

Objetivo. Presentar un caso en el cual, a pesar de presentarse una contraindicación para la gastrostomía endoscópica percutánea, se practicó bajo guía laparoscópica, proporcionando así una alternativa con técnica mínimamente invasiva y evitando un procedimiento quirúrgico abierto.

Materiales y método. Bajo anestesia general, se practicó esófago-gastro-duodenoscopia sin observar de forma adecuada un sitio de punción transabdominal seguro, razón por la que se procedió a hacer una incisión infraumbilical con introducción por técnica abierta de trocar de 10 mm y posterior insuflación con dióxido de carbono, para practicar la laparoscopia. Ésta permitió observar el lóbulo hepático izquierdo adherido a la pared abdominal, así como otras adherencias epiplo-parietales que explicaron la incapacidad para obtener una zona de punción segura.

Se procedió, entonces, en el mismo acto y bajo visión laparoscópica, a hacer un nuevo abordaje endoscópico para practicar la gastrostomía endoscópica, con lo cual se observó directamente el sitio de punción en la pared abdominal, sin comprometer el hígado previamente observado.

Resultados. El paciente evolucionó de forma adecuada.

Conclusión. La disponibilidad de diferentes recursos técnicos para el abordaje de los órganos intraabdominales, en este caso gastroscopio y laparoscopia, permite que pacientes previamente sometidos a procedimientos abiertos, puedan beneficiarse de procedimientos híbridos, encaminados a hacer que una intervención endoscópica de riesgo en las condiciones antes mencionadas, se convierta en un procedimiento seguro, conservando así la ventaja de la mínima invasión.

03-024

Manejo laparoscópico de obstrucción intestinal alta en el posoperatorio

Ricardo Villarreal, Carlos Luna, Carlos Leal, Ernesto Villamizar, Raúl Pérez

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

Introducción. La laparoscopia puede ser el método diagnóstico en pacientes con síntomas sugestivos de obstrucción intestinal posoperatoria.

Objetivo. Demostrar el alto rendimiento del enfoque diagnóstico de la laparoscopia frente a la radiología convencional.

Materiales y método. Se presenta un paciente de 62 años en el séptimo día del posoperatorio de una nefrectomía izquierda practicada por una masa renal gigante, con síntomas de obstrucción intestinal como vómito de contenido fecal, discreta distensión abdominal y ausencia de flatos. En la tomografía axial abdominal con contraste se encontraron hallazgos que sugerían una hernia de la incisión como posible causa de la obstrucción intestinal.

Por el estado de obesidad mórbida del paciente, se practicó laparoscopia diagnóstica que demostró una obstrucción intestinal alta por adherencia importante del estómago a la pared abdominal. Las adherencias se liberaron por vía laparoscópica. No se encontró hernia de la incisión.

Resultados. Se obtuvo resolución completa del cuadro clínico, con adecuado tránsito intestinal y tolerancia a la vía oral. El paciente tuvo una rápida recuperación y se reintegró a sus actividades laborales.

Conclusión. Se considera la laparoscopia como una opción para el diagnóstico y tratamiento en un paciente con patología quirúrgica intraabdominal y obesidad mórbida, en quien los hallazgos de la tomografía axial no fueron conclusivos.

Se trata de una situación clínica que puede manejarse con procedimientos mínimamente invasivos y con un enfoque multidisciplinario.

03-034

Biopsia de masa retroperitoneal

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

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

Introducción. El abordaje diagnóstico de las masas retroperitoneales y la tipificación de adenopatías de esta zona son muy complejas y con frecuencia permiten el diagnóstico primario. El abordaje por biopsias dirigidas por imágenes tiene importantes limitaciones, y la laparoscopia se plantea como una importante aproximación diagnóstica.

Objetivo. Documentar la evaluación de la cavidad abdominal y el retroperitoneo, en el cual se identifica un conglomerado ganglionar del cual se toma biopsia por laparoscopia.

Materiales y métodos. Se presenta una mujer de 24 años con cuadro clínico de dolor abdominal agudo y crónico en el mesogastrio. En el examen físico se encontró dolor de predominio inferior derecho, sin irritación peritoneal. Se demostró leucocitosis y el estudio imaginológico no fue conclusivo.

Resultados. Se practicó una laparoscopia diagnóstica que demostró una masa retroperitoneal y, ante la ausencia de otra causa del dolor, se tomó biopsia de la misma. La laparoscopia es una técnica utilizada desde 1980 en colecistectomía. La utilización de la laparoscopia diagnóstica en enfermedades abdominales es una ventaja por el número de diagnósticos diferenciales, pues permite visualizar de forma directa los órganos intra-abdominales. El uso de esta herramienta disminuye las laparotomías, la estancia hospitalaria y el dolor posoperatorio, y contribuye a

una rápida recuperación y mejores resultados estéticos.

Los tumores retroperitoneales son poco frecuentes. El 17 % de ellos son benignos, de tamaño variable y producen sintomatología inespecífica. Su diagnóstico requiere una adecuada muestra de tejido para valoración histológica, inmunohistoquímica, genética y molecular.

Conclusión. La laparoscopia es una técnica adecuada, segura y ofrece resultados confiables y reproducibles, al permitir un abordaje directo y la toma de biopsias de masas ubicadas en el retroperitoneo.

03-035

Manejo laparoscópico de fístula esofágica secundaria a corrección de hernia hiatal con malla

Rodrigo Castaño, Carlos Lopera, Fred Alexander Naranjo, David Pulgarín, Adriana Echavarría

Universidad Pontificia Bolivariana
Medellín, Colombia

Introducción. La corrección de las hernias hiatales tradicionalmente se ha hecho con el cierre primario de la crura diafragmática, pero en hernias hiatales grandes se ha encontrado 10 a 20 % de recurrencias. Actualmente, se recomienda el uso de materiales protésicos (naturales o sintéticos) para disminuir las recidivas, aunque estos métodos están asociados con complicaciones tales como fístulas esofágicas, erosiones y adherencias, que tienen una frecuencia de 0,2 a 0,3 % pero que, cuando se presentan, tienen consecuencias graves de difícil manejo.

Objetivo. Determinar el mejor manejo de las hernias hiatales gigantes con materiales protésicos y manejo laparoscópico de sus complicaciones.

Materiales y métodos. Se presenta un paciente de 75 años con hernia hiatal de tipo III muy sintomática, sometido a corrección de la misma mediante laparoscopia con técnica de 5 puertos convencional y cierre de la crura diafragmática más colocación de malla parcialmente absorbible con recubrimiento de colágeno. Como complicación, presentó una fístula esofágica que requirió reintervención.

Resultados. En la reintervención se hizo el abordaje por los mismos puertos, con retiro de material de sutura y del material protésico. El sangrado intraoperatorio fue de 100 ml y no se presentaron complicaciones. Su evolución durante el seguimiento fue satisfactoria.

Conclusión. El manejo de las complicaciones derivadas de la cirugía antirreflujo puede hacerse mediante laparoscopia. Las mallas con recubrimiento de colágeno no están libres de complicaciones.

03-037

Endometrioma intestinal

Juan Darío Puerta, Rodrigo Castaño, Adriana Echavarría

Universidad Pontificia Bolivariana
Medellín, Colombia
adriecha@hotmail.com

Introducción. La endometriosis intestinal es una entidad difícil de diagnosticar porque pocas veces se sospecha como causa de dolor abdominal u otras manifestaciones gastrointestinales.

Objetivo. Presentar tres casos de endometrioma intestinal con el fin de dar a conocer mejor esta enfermedad, a la que se ven enfrentados los cirujanos en el día a día, tanto en su diagnóstico como en su manejo actual.

Materiales y métodos. Se trata de tres mujeres en la quinta década de la vida, con endometriosis intestinal. Se tomaron los datos de las historias clínicas y se presentan lo más significativo de las cirugías practicadas en cada caso.

Resultados. Las tres pacientes se sometieron a resección quirúrgica de los endometriomas intestinales, dos por ileocelectomía y otro por sigmoidectomía. No se presentaron complicaciones posoperatorias en ninguna de ellas.

Conclusión. La endometriosis intestinal es común en nuestro medio y el cirujano debe saber enfrentarla, tanto en su diagnóstico como en su tratamiento. La resección es el tratamiento de elección en estas pacientes.

03-038

Esplenectomía laparoscópica por puerto único

Fernando Arias, Natalia Cortés, Nubia Prada, Adriana Pedraza, Eduardo Burgos, Lucía Taboada, Virginia Cuevas
Fundación Santa Fe de Bogotá
Bogotá, D.C., Colombia
n.cortes24@uniandes.edu.co

Introducción. La esplenectomía laparoscópica es una técnica que se ha utilizado desde principios de los años 90 y, en la última década, se ha convertido en el método de referencia para la extirpación del bazo. Hace parte del manejo de múltiples enfermedades, principalmente hematológicas. Son pocos los casos reportados en los que se ha empleado la técnica laparoscópica por puerto único y es escasa la literatura científica sobre su uso en esplenomegalia masiva.

Objetivo. Mostrar la técnica quirúrgica de la esplenectomía laparoscópica por puerto único.

Materiales y método. Se presenta una mujer de 54 años de edad con diagnóstico de anemia hemolítica, con antecedentes de lupus eritematoso sistémico e insuficiencia suprarrenal e hipofisiaria, que presentaba aumento de las crisis hemolíticas no autoinmunitarias, requiriendo transfusiones cada 15 días, por lo cual fue sometida a una esplenectomía terapéutica.

Resultados. Se practicó la esplenectomía laparoscópica por puerto único y se encontró esplenomegalia masiva de 20 cm de longitud y con peso de 1.250 g con importante proceso inflamatorio y adherencias en el flanco izquierdo. Se empleó el “morcelador” para la extracción de la pieza quirúrgica por el puerto umbilical. El tiempo operatorio fue de 183 minutos.

Conclusión. La esplenectomía laparoscópica por puerto único es una opción que se puede considerar factible en algunos casos seleccionados y que se puede llevar a cabo gracias a los instrumentos quirúrgicos disponibles actualmente y a la experiencia del grupo quirúrgico que la practica.

03-039

Gastrectomía por laparoscopia para el manejo del cáncer gástrico

Fernando Arias, Lucía Taboada, Francisco Díaz, Natalia Cortés, Nubia Prada
Fundación Santa Fe de Bogotá
Bogotá, D.C., Colombia
lb.taboada57@uniandes.edu.co

Introducción. Desde su introducción en 1991, las técnicas laparoscópicas para la práctica de gastrectomías se han ido desarrollando. Varios autores han demostrado que es factible hacer una adecuada resección, obteniendo a la vez los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva.

Objetivo. Mostrar la técnica quirúrgica de la gastrectomía total por laparoscopia.

Materiales y método. Se presenta un paciente de 72 años con un adenocarcinoma gástrico en estadio IA y gastritis atrófica muy avanzada con displasia multifocal pangástrica. Se sometió a una gastrectomía total por técnica totalmente laparoscópica. Se muestran los pasos de la disección, incluyendo una anastomosis esófago-yeyuno con endograpadora circular.

Resultados. Se practicó una gastrectomía total radical sin complicaciones. El sangrado quirúrgico fue de 500 ml. La vía oral se reinició a las 48 horas y el tiempo de hospitalización posoperatorio fue de cinco días.

Conclusión. Se requieren de estudios de asignación aleatoria que establezcan los beneficios reales de la gastrectomía laparoscópica y su papel en el tratamiento del cáncer gástrico.

03-040

Resección por vía laparoscópica de un tumor del estroma gastrointestinal en el fondo gástrico

Carlos Lopera, Jean Pierre Vergnaud, Sergio Díaz, Jesús Vásquez, Juan Pablo Toro, Juan Camilo Álvarez, Jaime Andrés Montoya, Rolando Martínez
Clínica Soma, Universidad de Antioquia y Universidad El Bosque
Medellín, Colombia
loperaca@hotmail.com

Introducción. Los tumores gástricos del estroma gastrointestinal (*Gastrointestinal Stromal Tumors*,

GIST) no son una entidad frecuente y, dada su naturaleza, la resección local por laparoscopia puede ser adecuada y segura para su tratamiento.

Objetivo. Mostrar que la resección de un tumor del estroma gastrointestinal ubicado en el fondo gástrico, es una técnica segura y efectiva para el manejo de este tipo de lesiones.

Materiales y métodos. Se muestra la resección de un tumor del estroma gastrointestinal que, según los estudios previos, se ubicaba en el antro gástrico. Inicialmente se practicó una gastrostomía del cuerpo del estómago y no se encontró el tumor en los sitios descritos por la tomografía, la endoscopia y la ecoendoscopia. Se hizo la exploración con laparoscopia y se logró localizar el tumor en el fondo gástrico, por lo cual se cerró la gastrostomía vertical.

Resultados. La evolución posoperatoria del paciente fue muy buena.

Conclusión. La resección por laparoscopia de los tumores del estroma gastrointestinal es segura y efectiva, con la ventaja de que este abordaje es más confiable en su localización ya que, como se muestra en este caso, los exámenes endoscópicos previos no siempre reflejan la verdadera localización de estas lesiones.

CIRUGÍA BARIÁTRICA

03-012

Gastrectomía y *bypass* gástrico

Luis Felipe Roldán, Amy del Mar Piñeres, Jamil

Vallejo, Alejandro Múnera, Gustavo Gómez,

Santiago Gómez, Lucas Bojanini

Universidad Pontificia Bolivariana y Clínica Universitaria Bolivariana

Medellín, Colombia

amypineress@yahoo.com

Introducción. La cirugía bariátrica ha logrado mejorar la calidad de vida de los pacientes obesos, ayudando al control e, incluso, la remisión de enfermedades concomitantes como hipertensión, diabetes y dislipidemia, entre otras. Sin embargo, también ha sido el obstáculo para el seguimiento de ciertas entidades, como son las enfermedades gástricas a las cuales no se les puede hacer seguimiento ni manejo

endoscópico. Éste es el caso de la paciente que se presenta.

Objetivo. Describir la técnica quirúrgica utilizada para gastrectomía del remanente gástrico durante un *bypass* gástrico, en una mujer obesa candidata a este tipo de cirugía, que presentó también un pólipo gástrico que fue manejado endoscópicamente.

Materiales y métodos. Se seleccionó y editó el video en el cual se muestra el *bypass* gástrico y la gastrectomía del remanente por pólipos gástricos, que se manejaron mediante endoscopia, caso en el cual no había forma de hacer seguimiento endoscópico.

Resultados. Se logró una adecuada evolución posterior a la cirugía bariátrica, llegando a lo esperado en el porcentaje de pérdida de peso, además de evitarse complicaciones gástricas conocidas de los pólipos.

Conclusión. La práctica de *bypass* gástrico y gastrectomía del remanente gástrico elimina el problema de seguimiento en pacientes con lesiones gástricas que podrían ser malignas y que requieren evaluación periódica mediante endoscopia.

03-014

Técnica quirúrgica de *pouch* en *bypass* gástrico con dos suturas mecánicas

Lucas Bojanini, Luis Felipe Roldán, Jamil Vallejo,

Gustavo Gómez, Santiago Gómez, Alejandro

Múnera, Amy del Mar Piñeres

Universidad Pontificia Bolivariana y Clínica Universitaria Bolivariana

Medellín, Colombia

amypineress@yahoo.com

Introducción. La obesidad mórbida es un problema de salud pública que genera muchos gastos al sistema de salud. La cirugía bariátrica ha contribuido enormemente al tratamiento de esta enfermedad; sin embargo, también genera costos.

Se presenta una técnica quirúrgica en la cual se construye el *pouch* utilizando dos suturas mecánicas y no cuatro, como es lo convencional, dejándolo de forma alargada (en forma de manga) y con igual capacidad de reservorio.

Objetivo. Describir la técnica quirúrgica para la creación del *pouch* con dos suturas mecánicas, obteniendo los mismos resultados que con el realizado con cuatro suturas mecánicas.

Materiales y métodos. Se muestra claramente la creación del *pouch* utilizando dos suturas mecánicas.

Resultados. Con esta técnica quirúrgica se reduce el costo del *bypass* gástrico al reducir a dos el número de suturas utilizadas, creando un *pouch* alargado con igual capacidad de reservorio. Por lo tanto, se obtienen los mismos resultados en cuanto a pérdida de peso y disminución de enfermedades concomitantes, que utilizando cuatro suturas mecánicas.

Conclusión. La creación del *pouch* con dos suturas mecánicas es una técnica costo-efectiva, ya que reduce los costos de la cirugía y se obtienen los mismos resultados.

03-028

Hematoma sobreinfectado posterior a *bypass* gástrico: corrección de la sepsis abdominal por vía laparoscópica

Carlos Lopera, Jean Pierre Vergnaud, Sergio Díaz, Jesús Vásquez, Juan Pablo Toro, Juan Camilo Álvarez, Patricia Parra
Clínica Soma y Universidad El Bosque
Medellín, Colombia
loperaca@une.net.co

Introducción. Los pacientes en el posoperatorio de cirugía bariátrica tienen algunas complicaciones infecciosas que se podrían resolver de manera segura y efectiva por vía laparoscópica.

Objetivo. Mostrar la seguridad de la técnica laparoscópica en este tipo de complicaciones de la cirugía bariátrica, como una sepsis abdominal.

Materiales y métodos. Se trata sobre el desarrollo y el manejo de una sepsis abdominal en una paciente después de un *bypass* gástrico, que presentó sepsis por un hematoma sobreinfectado.

Resultados. Se muestra el manejo por vía laparoscópica de un hematoma sobreinfectado de una

paciente en su quinto día operatorio por *bypass* gástrico. Se hizo drenaje y lavado de toda la cavidad peritoneal por esta vía. Se repitió el lavado peritoneal a las 48 horas, también mediante laparoscopia.

Conclusión. El manejo de las complicaciones infecciosas intraperitoneales de la cirugía bariátrica pueden ser manejadas de manera segura y efectiva, con claras ventajas para el paciente obeso sobre la cirugía abierta, con una adecuada recuperación.

03-029

Complicaciones mecánicas en cirugía bariátrica

Amy del Mar Piñeres, Luis Felipe Roldán, Jamil Vallejo, Alejandro Múnera, Gustavo Gómez, Santiago Gómez, Lucas Bojanini
Universidad Pontificia Bolivariana y Clínica Universitaria Bolivariana
Medellín, Colombia
amypineress@yahoo.com

Introducción. La cirugía bariátrica ha logrado mejorar la calidad de vida de los pacientes con obesidad mórbida. Sin embargo, como todo procedimiento quirúrgico, no es del todo inocuo y pueden presentarse complicaciones que aumentan la morbilidad e, incluso, llevan a la muerte de estos pacientes. Dichas complicaciones pueden ser tempranas o tardías y entre las primeras se encuentran las mecánicas que se producen durante el acto operatorio.

En cuanto a las complicaciones intraoperatorias, es importante recalcar que se pueden evitar mediante un adecuado control de los dispositivos utilizados, los cuales son manipulados por todo el equipo quirúrgico (multidisciplinario).

Objetivo. Identificar complicaciones mecánicas durante la cirugía bariátrica que pueden evitarse en la mayor parte de los casos.

Materiales y métodos. Se muestran cirugías en las cuales se presentaron los siguientes eventos adversos:

1. perforación gástrica con la bujía,
2. fístula del *pouch* asociado a la sonda nasogástrica,
3. lesión vascular del hilio esplénico,

4. hernia del puerto de la pared abdominal, y
5. herida de la vena cava retrohepática.

Resultados. Cuando no hay un adecuado control de los dispositivos necesarios para una cirugía mínimamente invasiva, se presentan lesiones que pueden llevar a los pacientes a la muerte o a presentar complicaciones importantes.

Conclusión. La cirugía bariátrica, al igual que muchos procedimientos quirúrgicos, es practicada por un equipo multidisciplinario, cuyos integrantes deben trabajar coordinadamente para evitar complicaciones intraoperatorias que, en algunos casos, son mortales.

03-036

Cirugía metabólica en el manejo de pacientes con esteatosis hepática no alcohólica

Jesús Vásquez, Fred Alexander Naranjo, David Esteban Pulgarín, Sergio Díaz, Carlos Lopera

Universidad Pontificia Bolivariana
Medellín, Colombia
frednaranjo@yahoo.es

Introducción. El hígado graso no alcohólico es una enfermedad metabólica caracterizada por depósitos de lípidos en los hepatocitos, inflamación y fibrosis. Se reporta una incidencia de 10 a 24 % en diferentes poblaciones. Se encuentra en 25 % de los pacientes con obesidad mórbida sometidos a cirugía laparoscópica y, cuando se acompaña de diabetes mellitus de tipo 2, el riesgo aumenta a 70 %.

El tratamiento no quirúrgico (farmacológico, nutricional) ha mostrado resultados favorables en las pruebas de función hepática y no así en la reducción del peso; el quirúrgico ha logrado resolución completa en 52 %, con estabilización de la enfermedad en 25 % y pérdida de peso asociada.

Objetivo. Mostrar que este método mejora la calidad de vida del paciente, al disminuir la enfermedad asociada (esteatosis hepática no alcohólica) y el peso corporal.

Materiales y métodos. Se presenta una paciente de 35 años con obesidad mórbida, sin mejoría con los tratamientos convencionales y las dietas. Fue remi-

tida con diagnóstico de esteatosis hepática no alcohólica por su médico tratante, confirmado por ecografía y estudio de histopatología. Tenía peso de 99 kg, talla de 1,67 m e índice de masa corporal (IMC) de 35 kg/m². Las pruebas de función hepática estaban alteradas (AST:110 UI/L - ALT: 96 UI/L).

Se decidió practicar cirugía por laparoscopia.

Resultados. Se practicó una manga gástrica por laparoscopia con técnica de 5 puertos en paralelo. El tiempo quirúrgico fue de 49 minutos y no hubo complicaciones ni sangrado.

Su evolución clínica fue satisfactoria, con mejoría del perfil hepático y pérdida de 8 kg de peso en el control practicado.

Conclusión. La cirugía metabólica se muestra como una buena opción en el tratamiento de los pacientes con esteatosis hepática no alcohólica, que produce mejores resultados que el manejo médico.

03-042

Reconstrucción de anastomosis gastroyeyunal durante bypass gástrico por perforación e isquemia intestinal

Carlos Lopera, Jean Pierre Vernaud, Sergio Díaz, Jesús Vásquez, Juan Pablo Toro, Juan Camilo Álvarez, Andrés Gutiérrez, Rolando Martínez
Clínica Soma y Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia
loperaca@une.net.co

Introducción. Los pacientes sometidos a cirugía bariátrica presentan algunas complicaciones que pueden corregirse por vía laparoscópica de manera segura y efectiva.

Objetivo. Mostrar la aparición y el manejo de una isquemia intestinal durante una cirugía de bypass gástrico, con adecuada evolución en el posoperatorio.

Materiales y métodos. Se muestra el manejo de una perforación intestinal durante una gastro-yeyunostomía en un bypass gástrico en Y de Roux y la rafia inicial de la perforación, la cual se presenta por desgarramiento del asa intestinal por tensión.

Resultados. La presencia de isquemia claramente establecida al final del procedimiento, obliga a resecar el segmento intestinal y el estómago, con reconstrucción completa de dicha anastomosis en un sitio de menor tensión.

Conclusión. El manejo de las complicaciones intraoperatorias en cirugía bariátrica obliga a desarrollar destrezas en cirugía laparoscópica avanzada, que permiten ofrecerle al paciente obeso un adecuado resultado posoperatorio.

COLON Y RECTO

03-006

Apendicectomía laparoscópica y lesión vascular mayor

Luis Fernando Álvarez, Carlos Gallego
Centro Médico Imbanaco
Cali, Colombia
lfalvarez@imbanaco.com.co

Introducción. A pesar de que en nuestro centro médico ya se tiene amplia experiencia con la apendicectomía laparoscópica, ésta no está exenta de eventuales complicaciones aun de gravedad.

Objetivo. Concientizar a los cirujanos jóvenes, e inclusive a aquellos de mucha experiencia, de que no se están exentos de enfrentar complicaciones que en cualquier momento pueden ocurrir.

Materiales y métodos. Se presenta una apendicectomía por laparoscopia con la utilización de tres trocares. El primer trocar supraumbilical de 10 mm se introdujo con técnica cerrada, y dos trocares adicionales, uno suprapúbico de 5 mm y otro de 10 mm en límites entre el hipogastrio y el mesogastrio, entre la línea media y la línea medioclavicular, ambos colocados bajo visión laparoscópica; luego, la cámara se pasó a este último puerto para hacer la triangulación.

Resultados. El video muestra la lesión de la vena ilíaca derecha durante una apendicectomía por laparoscopia, la cual se produce al colocar el segundo trocar metálico suprapúbico de seguridad de 5 mm y bajo visión laparoscópica directa. Durante la presentación, se discuten los factores de riesgo y las eventuales causas de esta lesión iatrogénica. Ade-

más, no solamente con el primer trocar se pueden causar lesiones.

Conclusión. Con esta presentación se pretende concientizar a toda la comunidad quirúrgica en general, sobre las potenciales complicaciones en procedimientos laparoscópicos que parecen muy sencillos y de que la experiencia no es garantía ni evita su presentación; por lo tanto, nunca se puede bajar la guardia ni dejar de adoptar todas las medidas de seguridad que eviten causar lesiones en los pacientes.

03-007

Apendicectomía laparoscópica difícil - I

Luis Fernando Álvarez, Wilson Caro
Centro Médico Imbanaco
Cali, Colombia
lfalvarez@imbanaco.com.co

Introducción. Ha sido ya universalmente aceptada la apendicectomía por laparoscopia y es una rutina quirúrgica en los centros de laparoscopia avanzada. En aquellos casos con duda diagnóstica, especialmente en mujeres en quienes algunas veces es difícil diferenciarla de enfermedad ginecológica, la laparoscopia diagnóstica es ampliamente aceptada. El video presenta una apendicectomía laparoscópica difícil, en un caso con peritonitis pélvica, plastrón apendicular y apéndice gangrenado muy larga.

En nuestro centro médico se le ofrece al paciente la práctica de apendicetomía laparoscópica, como alternativa quirúrgica a la cirugía abierta. Si el paciente lo acepta, y su aseguradora también, así se hace. En caso de duda diagnóstica, se hace inicialmente una laparoscopia diagnóstica y, si el apéndice cecal se aprecia inflamado, se procede a su extirpación por laparoscopia.

Materiales y métodos. Se presenta una apendicectomía por laparoscopia con la utilización de tres trocares. El primer trocar supraumbilical de 10 mm se introdujo con técnica cerrada, y dos trocares adicionales, uno suprapúbico de 5 mm y otro de 10 mm en límites entre el mesogastrio y el hipocondrio izquierdo, entre la línea media y la línea medioclavicular. Ambos fueron colocados bajo visión

laparoscópica y, luego, la cámara se pasó a este último puerto para hacer la triangulación.

Resultados. Se muestra una apendicectomía laparoscópica difícil, en un paciente con un plastrón apendicular muy “apretado” e intensa reacción inflamatoria que dificultaba enormemente el procedimiento. Finalmente, se encontró un apéndice cecal muy largo y con necrosis total, pero se respetó el muñón apendicular y se pudo ligar fácilmente con *Hem-o- lock®* y sutura manual.

Conclusión. Se practicó en forma exitosa una apendicectomía por laparoscopia, en un caso con gran inflamación, gangrena y plastrón apendicular.

03-008

Apendicectomía laparoscópica difícil - II

Luis Fernando Álvarez, Olga Lucía Rojas

Centro Médico Imbanaco

Cali, Colombia

lfalvarez@imbanaco.com.co

Introducción. Ha sido ya universalmente aceptada la apendicectomía por laparoscopia y es una rutina quirúrgica en los centros de laparoscopia avanzada. Su principal ventaja es que permite un mejor drenaje y lavado, cuando hay peritonitis localizada o pélvica, o formación de abscesos. En aquellos casos con duda diagnóstica, la laparoscopia diagnóstica previa es ampliamente aceptada. Se presenta una apendicectomía laparoscópica difícil, en un caso con plastrón apendicular y perforación de la base en el ciego.

En nuestro centro médico se le ofrece al paciente la práctica de la apendicectomía laparoscópica como alternativa quirúrgica a la cirugía abierta. Si el paciente lo acepta, y su aseguradora también, así se hace. En caso de duda diagnóstica, se practica inicialmente una laparoscopia diagnóstica y, si el apéndice cecal se aprecia inflamado, se procede a su extirpación por laparoscopia.

Materiales y método. Se presenta una apendicectomía por laparoscopia con la utilización de tres trocares. El primer trocar supraumbilical de 10 mm se introdujo con técnica cerrada, y dos trocares adicionales, uno suprapúbico de 5 mm y otro de 10

mm en el hipocondrio izquierdo entre la línea media y la línea medioclavicular, ambos colocados bajo visión laparoscópica; luego, la cámara se pasó a este último puerto para hacer la triangulación.

Resultados. Se muestra una apendicectomía laparoscópica difícil en un paciente con plastrón apendicular, perforación cecal, absceso y fecalito libre en la cavidad, con apéndice muy corto y engrosado, con dificultad para la hemostasia y, además, con perforación cecal que implicó suturar el ciego con puntos separados.

Conclusión. Se efectuó en forma exitosa una apendicectomía por laparoscopia en un paciente con gran inflamación, plastrón apendicular, absceso y perforación cecal.

03-025

Manejo médico y laparoscópico de plastrón apendicular

Ricardo Villareal, Carlos Luna, Carlos Leal,

Manuel Jiménez, Carlos Manuel López

Universidad El Bosque

Bogotá, D.C., Colombia

carlos_m_lopez@hotmail.com

Introducción. No es inusual el plastrón apendicular secundario a la apendicitis, con frecuencia tiene consecuencias importantes en la estancia hospitalaria, la recuperación quirúrgica, los resultados estéticos y el reintegro laboral. Por lo anterior, se presenta la opción terapéutica de un manejo multidisciplinario de radiología intervencionista y cirugía mínimamente invasiva.

Objetivo. Demostrar los beneficios del manejo médico y quirúrgico de un plastrón apendicular con cirugía mínimamente invasiva y drenaje percutáneo por radiología intervencionista.

Materiales y métodos. Se presenta un paciente de 77 años con cuadro clínico de dolor en la fosa iliaca derecha asociado a náuseas y vómito, quien al ingreso no presentaba signos de respuesta inflamatoria sistémica ni de irritación peritoneal. La ecografía abdominal mostró un plastrón apendicular, por lo que se inició manejo médico y por radiología intervencionista, con posterior liberación del plas-

trón apendicular mediante cirugía mínimamente invasiva.

Resultados. Se obtuvo mejoría clínica con el manejo multidisciplinario, con abordaje de radiología intervencionista y cirugía mínimamente invasiva.

Conclusión. El plastrón apendicular es una entidad que se puede tratar con procedimientos de mínima invasión y enfoque multidisciplinario, la cual permite una rápida recuperación y reintegro del paciente a sus actividades laborales.

03-031

Abordaje por laparoscopia de un paciente con necrosis de apéndice epiploico y apendicitis cecal aguda

Ricardo Villareal, Manuel Mosquera, Akram Kadamani, Gabriel Sánchez, Fabián Martínez
Fundación Cardioinfantil
Bogotá, D.C., Colombia

Introducción. La apendicitis epiploica es una entidad poco común que consiste en la inflamación de un apéndice epiploico, por torsión de su pedículo o trombosis venosa. Se estima que en aproximadamente 2 % de las exploraciones realizadas por dolor abdominal con sospecha de diverticulitis o apendicitis, el diagnóstico final es de apendicitis epiploica. El 57 % se localiza en el colon sigmoide y el 26 % a nivel ileocecal.

Objetivo. Dar a conocer un abordaje quirúrgico por vía laparoscópica para esta enfermedad de baja incidencia, asociada a un cuadro de apendicitis aguda.

Materiales y métodos. Se presenta un paciente de sexo femenino de 27 años, que ingresó al servicio de urgencias con un cuadro clínico de dos días de evolución de dolor en fosa iliaca derecha, no irradiado, sin fiebre, sin sintomatología urinaria, deposiciones diarreicas, ni sangrado vaginal. Tenía el antecedente de corrección de hernia discal (L4-L5) y de ser alérgica a la penicilina.

En el examen físico se encontró una paciente hidratada, con abdomen blando y ruidos intestinales positivos, dolor en fosa iliaca derecha, y signo de Blumberg positivo. La ecografía abdominal mos-

tró alteración del apéndice cecal, sin líquido libre en la cavidad peritoneal. Los exámenes de laboratorio fueron normales.

Resultados. Se decidió practicar apendicectomía por laparoscopia y se encontró el apéndice cecal edematoso y un apéndice epiploico necrótico. La evolución clínica fue satisfactoria y fue dada de alta al día siguiente. El estudio histopatológico informó apendicitis cecal aguda y un apéndice epiploico necrótico.

Conclusión. Se presenta una paciente con apendicitis cecal aguda y necrosis de un apéndice epiploico, tratada exitosamente mediante abordaje laparoscópico.

VASCULAR

03-027

Un diagnóstico inusual en laparoscopia exploratoria

Ricardo Villarreal, Carlos Luna, Carlos Leal, Ernesto Villamizar, Raúl Pérez
Universidad El Bosque
Bogotá, D.C., Colombia
raulpereztaoada@hotmail.com

Introducción. La laparoscopia puede ser el método diagnóstico y terapéutico en un paciente con dolor abdominal inespecífico y posible patología quirúrgica intraabdominal.

Objetivo. Demostrar el alto rendimiento en el enfoque diagnóstico, de la laparoscopia frente a la radiología convencional.

Materiales y métodos. Se presenta un paciente masculino de 82 años con dolor abdominal en hipogastrio y fosa iliaca derecha de 24 horas de evolución, asociado a vómito y malestar general, quien se había autoformulado contra el dolor sin presentar mejoría. Tenía el antecedente de un aneurisma de aorta abdominal infrarrenal manejado quirúrgicamente con injerto aorto-iliaco, hipertensión arterial e insuficiencia renal crónica en estado III.

En el examen físico se encontró dolor a la palpación en la fosa iliaca derecha, frecuencia cardiaca de 100 por minuto y tensión arterial de 110/70 mm de Hg.

En la ecografía abdominal se demostró líquido libre en la fosa iliaca derecha sin que se identificara el apéndice cecal. La creatinina fue de 2,3 mg/dl y, el BUN, de 38 mg/dl.

Dadas las características del dolor abdominal y ante la imposibilidad practicar una tomografía axial abdominal con contraste por los niveles de compuestos nitrogenados, se le practicó una laparoscopia diagnóstica en la cual se observó un hematoma retroperitoneal gigante contenido y un hemoperitoneo de 300 ml. Se descartó la apendicitis aguda.

Resultados. Se demostró un aneurisma de la arteria hipogástrica izquierda, el cual se trató quirúrgicamente en conjunto con el cirujano vascular.

Conclusión. La laparoscopia diagnóstica se considera una opción en el paciente con sospecha de patología quirúrgica intraabdominal, en quien no es posible practicar estudios radiológicos con medio de contraste.

TRAUMA

03-023

Esplenectomía por laparoscopia en trauma contuso del bazo

Ricardo Villarreal, Ernesto Villamizar, Carlos Luna, Fabio Alberto Castillo
Universidad El Bosque
Bogotá, D.C., Colombia
facastillobu@hotmail.com

Introducción. La esplenectomía por laparoscopia es el método de referencia para enfermedades relacionadas con alteraciones hematológicas. El presente caso demuestra que puede estar indicado en casos especiales de trauma contuso del bazo, con resultados favorables a pesar de ser una práctica pocas veces reportada.

Objetivo. Mostrar que la esplenectomía por laparoscopia puede tener indicaciones en trauma del bazo.

Materiales y métodos. Se trata de un paciente de sexo masculino de 51 años de edad que presentó una caída de 6 m de altura. Se hizo diagnóstico de politraumatismo y trauma grado 2 sobre 5 del bazo por tomografía axial computadorizada del abdomen. Se le dio manejo expectante por 72 horas y el con-

trol radiológico mostró aumento de la lesión. El paciente presentó estabilidad hemodinámica durante el periodo preoperatorio. Se decidió practicar esplenectomía por laparoscopia.

Resultados. La esplenectomía por laparoscopia se practicó exitosamente. Se muestra un nuevo caso en el que es factible practicarla cuando hay estabilidad hemodinámica y un trauma moderado del bazo.

Conclusión. Aunque la experiencia que existe sobre la esplenectomía por laparoscopia en trauma contuso del bazo no ha permitido generar indicaciones precisas que generalicen su práctica, el presente caso nos permite concluir que puede ser una técnica segura y factible en pacientes seleccionados, con estabilidad hemodinámica y trauma moderado del bazo, siempre y cuando sea practicada por grupos quirúrgicos con adecuado aprendizaje para procedimientos electivos.

OTROS

03-011

Eventrorrafia laparoscópica transperitoneal de hernia de la incisión por lumbotomía

Hernando Omar Espitia, Pablo García, Gabriel González
Hospital Central de la Policía
Bogotá, D.C., Colombia
omarmd632002@yahoo.com

Introducción. Se describe la corrección laparoscópica de una hernia de la incisión en un hombre de 47 años sometido a siete incisiones por lumbotomía izquierda para practicar pieloplastias-pielotomías y, finalmente, nefrectomía izquierda más colocación de malla, que consultó por una masa en la incisión, limitación de la actividad laboral y trastornos digestivos.

Objetivo. Demostrar que la técnica quirúrgica de la eventrorrafia laparoscópica se puede aplicar de forma segura en este tipo infrecuente de hernias de la pared abdominal posterior.

Materiales y métodos. Se presenta la técnica laparoscópica con tres trocares y la colocación de malla de baja densidad con película antiadherente por vía transperitoneal.

Resultados. La incidencia de hernia de la incisión por lumbotomía es baja. El defecto se corrige con mayor frecuencia por la vía abierta.

Conclusión. La literatura científica informa pequeñas series de corrección por vía laparoscópica con las ventajas de menos dolor, menos infecciones del sitio operatorio y disección segura de las estructuras adyacentes, como uréter, nervios y colon.

03-022

Herniorrafia inguinal gigante por laparoscopia

Ricardo Villarreal, Carlos Luna, Fabio Alberto Castillo

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

Introducción. Aunque la herniorrafia inguinal por laparoscopia es un procedimiento en todo el mundo, aún no está todo dicho en cuanto las indicaciones y las técnicas más adecuadas para cada presentación según su clasificación.

En el presente trabajo, pretendemos demostrar cómo, a pesar de presentarse el caso como una hernia gigante indirecta, puede ser manejada por laparoscopia transabdominal preperitoneal que, por el tamaño de la misma, consideramos la más adecuada.

Objetivo. Mostrar que la laparoscopia transabdominal preperitoneal para herniorrafia inguinal es la más adecuada, para defectos y sacos herniarios grandes.

Materiales y métodos. Se presenta un paciente masculino de 71 años con cuadro clínico de dos años de evolución de hernia inguinal derecha, con amplio defecto de su anillo inguinal interno. Se decidió practicarle una herniorrafia por laparoscopia transabdominal preperitoneal con base en los conocimientos teóricos y prácticos de nuestro grupo. El control posoperatorio mostró buenos resultados y se decidió compartir esta experiencia.

Resultados. El presente caso demuestra que la laparoscopia transabdominal preperitoneal es una elección adecuada y factible para la corrección de amplios defectos del canal inguinal, siempre y cuando se tenga la curva de aprendizaje completa para practicar el procedimiento.

Conclusión. Como todo en medicina, día a día hay avances en las técnicas y sus indicaciones, y la cirugía laparoscópica está cambiando la perspectiva de la cirugía en todos sus ámbitos. Se muestra el uso de la laparoscopia transabdominal preperitoneal en herniorrafia inguinal por defectos grandes del canal inguinal.

03-030

Hernia inguinal directa reproducida por laparoscopia

Ricardo Villarreal, Manuel Mosquera, Akram Kadamani, Gabriel Sánchez, Jesús Cure, Julio Molina

Fundación Cardioinfantil
Bogotá, D.C., Colombia

Introducción. Se muestra el abordaje quirúrgico por laparoscopia y por vía transabdominal como una muy buena alternativa para el tratamiento de la hernia inguinal recurrente.

Objetivo. Mostrar la corrección por laparoscopia de una hernia inguinal derecha recurrente.

Materiales y métodos. Se muestra el caso de un paciente de 28 años de edad, sometido a una herniorrafia inguinal derecha tres años antes y una izquierda cuatro años antes, que consultó por sensación de masa inguinal izquierda, reductible, no dolorosa, que aumentaba de tamaño con maniobras de Valsalva, sin otra sintomatología asociada. No presentaba otros antecedentes u hallazgos físicos de importancia.

Resultados. Se hizo diagnóstico de hernia inguinal derecha directa recurrente y el paciente se trató mediante herniorrafia inguinal derecha con malla *Ultrapro®*, por laparoscopia y vía transabdominal. Su evolución fue satisfactoria. No se observaron signos clínicos de recidiva y en un control ecográfico no se encontraron masas, colecciones, ni hernias.

Conclusión. La herniorrafia inguinal por laparoscopia por vía transabdominal, en nuestro concepto, constituye el mejor abordaje quirúrgico para hernias recurrentes.

Se debe impulsar el desarrollo de esta técnica entre cirujanos generales y residentes de posgrado, dados

los conocidos beneficios de la cirugía laparoscópica en comparación con la cirugía abierta, como menor dolor posoperatorio, activación de la respuesta inmune y menor tiempo de incapacidad laboral.

03-032

Herniorrafia inguinal derecha por laparoscopia en un paciente con trasplante hepático

Ricardo Villareal, Akram Kadamini, Manuel Mosquera, Jesús Cure, Gabriel Sánchez
Fundación Cardioinfantil
Bogotá, D.C., Colombia

Introducción. La técnica laparoscópica es útil para tratar un paciente con trasplante hepático previo.

Objetivo. Mostrar la corrección de una hernia inguinal mediante una técnica mínimamente invasiva (*transabdominal preperitoneal*, TAPP), en un paciente con antecedentes de trasplante hepático.

Materiales y métodos. Se presenta un paciente con hernia inguinal derecha que requirió trasplante hepático por hepatitis tóxica secundaria al tratamiento de tuberculosis cutánea. También tenía el antecedente de resección transuretral de próstata y tabaquismo durante 10 años hasta 26 años antes. En el examen físico no se encontraron otros hallazgos de importancia.

Resultados. Se practicó una herniorrafia inguinal derecha con colocación de malla *Ultrapro*®, por vía transabdominal preperitoneal.

Resultados. La evolución posoperatoria fue adecuada, sin dolor residual.

Conclusión. Se presenta un paciente con hernia inguinal derecha y antecedentes de trasplante hepático, a quien se le practicó herniorrafia por técnica mínimamente invasiva (TAPP), técnica que ha de-

mostrado producir menos dolor posoperatorio y menor tasa de infección que otros métodos.

03-041

Eventrorrafia con malla antiadherente para la corrección de una hernia de la incisión reproducida cinco veces, con múltiples defectos en la línea media

Jean Pierre Vergnaud, Sergio Díaz, Jesús Vásquez, Juan Pablo Toro, Juan Camilo Álvarez, Patricia Parra
Clínica Soma y Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia
loperaca@une.net.co

Introducción. La corrección por vía laparoscópica de los defectos de la pared abdominal es la opción más segura y efectiva para su tratamiento.

Objetivo. Mostrar la corrección de una hernia recidivante de la incisión y demostrar la seguridad de la técnica laparoscópica.

Materiales y métodos. Se muestra la corrección por vía laparoscópica de una hernia de la incisión, en una paciente con cinco correcciones previas de hernia supraumbilical en la línea media. Mediante la laparoscopia, se encontraron dos defectos, con la aplicación previa de dos mallas de polipropileno, con las cuales no se había logrado la corrección de los defectos.

Resultados. Se logró la colocación y fijación de la malla, por vía laparoscópica, para el tratamiento de la hernia.

Conclusión. La eventrorrafia por vía laparoscópica es una técnica segura y efectiva para la corrección de hernias ventrales de la incisión, y se hace más efectiva en el manejo de pacientes con múltiples cirugías previas.

