



PÓSTERES

CABEZA Y CUELLO

04-010

Melanoma: inmunoterapia paliativa con BCG

William Sánchez, Natalia Reinoso, Daniel Gómez

Hospital Militar Central

Bogotá, D.C., Colombia

sanchez.william@cablenet.co

Introducción. En la actualidad, el melanoma metastásico es una enfermedad incurable, con excepción del éxito quirúrgico. Son múltiples las opciones terapéuticas de medicamentos que se han utilizado, sin tener un éxito significativo.

Barth y Morton describieron la primera serie en el mundo de ocho pacientes con melanoma metastásico, tratados con BCG intralesional. Cinco pacientes presentaron regresión tumoral. Una publicación posterior, en 1974, de 151 pacientes analizados, informó una tasa de respuesta de 90 % de las lesiones tratadas.

Materiales y métodos. Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 89 años de edad con un melanoma de diseminación superficial en el cuero cabelludo T4bN1b(c)Mb. La lesión inicial era de más de 4 mm de espesor, ulcerada, con focos de “satelitis” y presencia de metástasis pulmonares bilaterales. No había metástasis palpables ganglionares en el cuello o identificadas por imágenes. El compromiso ganglionar se determinó al hacer una gammagrafía para la detección de ganglio centinela dentro de un protocolo de investigación, en la cual se identificó un único ganglio de 4 mm, en el nivel

IIA izquierdo. Después de la resección paliativa con rotación de colgajo, el paciente desarrolló múltiples áreas de “satelitis” recurrentes en diferentes puntos del cuero cabelludo.

Dado que no era candidato para quimioterapia, inmunoterapia sistémica o cirugía paliativa ampliada, se decidió indicar inmunoterapia local con BCG paliativa.

Resultados. A pesar del estado avanzado de la enfermedad (IV), el estado general del paciente es aceptable, con puntaje de Karnofsky de 90. Se indicó la aplicación local de bacilo de Calmette-Guérin (cepa atenuada de *Mycobacterium bovis*), en reconstitución con una concentración de $6,6 \times 10^8$ unidades formadoras de colonias por cada 81 mg, y un diluyente mixto conformado por cloruro de sodio al 0,85 %, polisorbato 80 al 0,025%, fosfato sódico deshidrogenado al 0,06 %.

Se realizó un programa quincenal de aplicación intralesional, en una dosis aproximada de 0,3 a 0,5 ml por sesión, con un número total a la fecha de 10 sesiones y un intervalo de dos meses.

Lleva 10 meses de supervivencia y ha habido regresión de más de 80 % de las lesiones activas. Presentó, como reacciones secundarias, episodios de diaforesis el día de la aplicación y despigmentación melanótica de las lesiones con reacción rosácea. A la fecha tiene 90 años de edad, no hay tuberculosis activa y tampoco limitaciones funcionales, con paliación adecuada.

Conclusión. La inmunoterapia local paliativa con BCG es una opción terapéutica activa en el manejo del melanoma.

TÓRAX

04-005

Cáncer de mama durante el embarazo

Fabio Torres, Nubia Elisa Prada, Flor Medina

Fundación Santa Fe de Bogotá

Bogotá, D.E., Colombia

fabiotowers@hotmail.com y nubiaelisa@gmail.com

Introducción. El cáncer de mama asociado al embarazo incluye las lesiones mamarias malignas que se presentan durante el periodo de gestación o hasta un año después del parto. Presentamos un caso y comentamos las opciones actuales de diagnóstico y tratamiento.

Presentación del caso. Se presenta el caso de una mujer de 32 años con aparición de masa mamaria en la cuarta semana del embarazo. El diagnóstico de cáncer de mama se hizo en la semana 12; sin embargo, se inició tratamiento neoadyuvante hasta la semana 20, sin mejoría clínica. La mastectomía radical modificada se practicó en la semana 32, sin efectos dañinos para el feto, ni complicaciones maternas. El neonato no presentó alteraciones en el peso, la talla o en su adaptación neonatal.

Discusión. El cáncer de mama asociado al embarazo es el segundo tumor maligno más frecuente durante la gestación. El diagnóstico suele ser tardío, lo cual deteriora el pronóstico. Las imágenes diagnósticas se practican con consideraciones especiales, debido a los riesgos para el feto. Las metas del tratamiento son las mismas que para la mujer no gestante, basadas en el control local y a distancia de la enfermedad. Aún no es claro si el embarazo representa por sí mismo un factor de mal pronóstico para este tipo de cáncer.

Conclusiones. Debido a las dificultades que plantea la práctica de estudios durante el periodo de gestación, la evidencia actual es insuficiente para determinar las mejores opciones de tratamiento del cáncer de mama asociado al embarazo.

04-006

Carcinoma micropapilar de mama, una variedad agresiva de difícil diagnóstico

Fabio Torres, Nubia Elisa Prada, Flor Medina

Fundación Santa Fe de Bogotá

Bogotá, D.E., Colombia

fabiotowers@hotmail.com y nubiaelisa@gmail.com

Introducción. El carcinoma micropapilar invasivo es un subtipo de carcinoma ductal de mal pronóstico, que se caracteriza por importante linfotropismo y presentación inicial con compromiso de los ganglios axilares.

Presentación del caso. Se presenta el caso de una mujer de 57 años que consultó por una masa axilar izquierda, sin alteraciones en las mamas. En la ecografía, la mamografía y la resonancia magnética de mama no se encontró alteración alguna.

Ante la sospecha de cáncer mamario oculto, se tomó una biopsia de la masa que se reportó como un adenocarcinoma metastásico pobremente diferenciado, sin reacción para receptores hormonales, negativo para HER-2 y positivo para CA125, CA19-9 y CK7, con diagnóstico sugerido de carcinoma de ovario. En las imágenes de abdomen y pelvis no se observó la lesión primaria en el abdomen.

Se practicó una PET-CT, la cual reveló una hipercaptación focal anormal en la mama izquierda. La nueva ecografía mostró un nódulo sólido de 7 mm, cuyo diagnóstico histológico definitivo fue carcinoma de mama ductal, micropapilar, con infiltración, con extensa invasión linfovascular.

Discusión. La importancia de reconocer esta variedad de carcinoma radica en su mal pronóstico e importante linfotropismo. Inicialmente se le clasificaba en el grupo de las lesiones papilares de buen pronóstico. Sin embargo, actualmente se reconoce como una entidad diferente al carcinoma ductal de variedad papilar. Estas lesiones tienden a ser de mayor tamaño, con mayor grado histológico, con tendencia a presentar invasión linfovascular, y metástasis linfoganglionares y a distancia.

Conclusión. Debido al reconocimiento reciente del carcinoma micropapilar como una entidad diferente, de mal pronóstico, son pocos los estudios que describen específicamente las pautas de diagnóstico y tratamiento.

04-007

Enfermedad de Mondor y su relación con cáncer de mama: presentación de un caso

Fabio Torres, Nubia Elisa Prada, Luz Karime Alviz, Laura López, Ana María Rodríguez

Fundación Santa Fe de Bogotá,

Bogotá, D.E., Colombia

fabiotowers@hotmail.com y nubiaelisa@gmail.com

Introducción. La enfermedad de Mondor es una condición rara y benigna. La característica fundamental es la tromboflebitis de las venas subcutáneas de la pared toraco-abdominal antero-lateral.

Caso. Se presenta el caso de una mujer de 58 años a quien se le diagnosticó flebitis de la vena epigástrica superior derecha. No se practicó ningún tratamiento específico. Al año de seguimiento, se encontraron lesiones metastásicas en la columna vertebral, con sospecha de tumor primario de origen mamario. Los estudios de imaginología y la biopsia confirmaron el diagnóstico de carcinoma mamario ductal derecho, con infiltración, metastásico a hueso y pulmón.

Discusión. La presentación clínica consiste en dolor súbito en la región mamaria y alrededor de la vena afectada, seguido por la aparición de cordones subcutáneos palpables, dolorosos y visibles en la mayoría de los casos. Los hallazgos clínicos e imaginológicos usualmente son suficientes para el diagnóstico.

Aunque el origen suele ser multifactorial y en algunos casos no se encuentra la causa específica, se han descrito casos de enfermedad de Mondor asociada a tumores mamaros ocultos. Por esta razón, si persiste la sospecha de neoplasia maligna, es necesario practicar el estudio histológico confirmatorio.

Conclusión. A pesar de su poca frecuencia, resulta fundamental el reconocimiento clínico de esta enfermedad para hacer el enfoque diagnóstico y terapéutico más adecuado. Si hay dudas sobre la presencia de neoplasia maligna subyacente a la enfermedad de Mondor, no se debe retrasar el estudio exhaustivo para el diagnóstico de cáncer.

04-009

Neumotórax catamenial

María Elena Velásquez, Mauricio Velásquez

Fundación Valle del Lili

Cali, Colombia

me.velasquez.acosta@gmail.com

Introducción. El neumotórax catamenial es aquel que aparece dentro de las 72 horas después del inicio de la menstruación, pero que no ocurre necesariamente con cada ciclo menstrual. Es una entidad poco frecuente y existen pocos casos reportados en la literatura científica mundial.

Objetivo. Validar el uso de la toracoscopia para el diagnóstico y manejo del neumotórax catamenial, y para descartar otras enfermedades que pudiesen estar ocasionándolo, así como para iniciar su manejo con pleurectomía parietal.

Materiales y método. Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 28 años de edad con un cuadro clínico de un año de evolución de dolor abdominal asociado con el ciclo menstrual. Sospechando una alteración intraabdominal, se le practicó una tomografía computadorizada de abdomen en el que se observó un neumotórax derecho. Mediante una toracoscopia diagnóstica se encontró una lesión diafragmática, a la cual se le tomó biopsia, y se practicó pleurectomía parietal para evitar la recurrencia.

Resultados. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta después del retiro del tubo de tórax, a las 48 horas. Posteriormente, viajó a su país de origen donde le resecaron los implantes de endometrio e iniciaron manejo con inhibidores de GnRH.

Conclusión. Esta enfermedad es una entidad muy poco frecuente, con escasas series de casos publicadas en la literatura científica latinoamericana y mundial. En este reporte se presenta el caso de una paciente con un neumotórax catamenial y se hace énfasis en el proceso diagnóstico y el manejo multidisciplinario.

VÍAS BILIARES

04-011

Derivación bilio-entérica obstruida por cuerpo extraño

John Sandoval, Natalia Reinoso, Gabriel Uribe, William Sánchez

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

srjohnk@gmail.com

Introducción La colecistectomía por laparoscopia aumentó la incidencia de lesiones iatrogénicas de la vía biliar principal, que pasó de 0,1 a 0,3 %, en el abordaje abierto, a 0,3 a 0,6 %, en el laparoscópico. La reconstrucción bilio-entérica de vías biliares de calibre previo normal, puede tener a largo plazo un porcentaje de estenosis cercano a 25 %, por lo que es útil considerar accesos quirúrgicos para su control rutinario.

Materiales y métodos. Se presenta el caso de una paciente con reconstrucción bilio-entérica que, posteriormente, desarrolló obstrucción de la misma con disfunción hepatocelular.

Descripción del caso. Se presenta una paciente femenina de 56 años con antecedentes de lesión de la vía biliar durante una colecistectomía laparoscópica, manejada inicialmente con anastomosis hepático-yeyunal y reconstrucción en Y de Roux con la técnica clásica de Dahl, en otra institución.

Seis meses después consultó por síndrome icterico obstructivo (bilirrubinas totales de 39 mg/dl y fosfatasa alcalina de 880 UI/L) y disfunción hepática grave con la péntada de Reynolds. Se le practicó una derivación transparietohepática, con lo cual se logró la recuperación de la paciente. Los estudios radiológicos evidenciaron litiasis intrahepática masiva bilateral, asociada a estenosis de la anastomosis.

Posteriormente, se sometió a cirugía con conversión a la técnica de Chang. Una vez madurado el trayecto, se practicó una enteroscopia y se encontró una intensa reacción granulomatosa en la anastomosis hepático-yeyunal secundaria al material de sutura no absorbible, con concreción de barro y cálculos biliares en este sitio. Se retiraron los cálculos y las suturas no absorbibles de la luz y se hizo dilatación de la anastomosis, con lo cual se resolvió el cuadro clínico y hubo recuperación completa de la función hepática.

Conclusión. El manejo multidisciplinario de las lesiones de la vía biliar y sus complicaciones, debe basarse en la aplicación combinada de procedimientos endoscópicos, percutáneos y quirúrgicos. El tratamiento quirúrgico primario es de vital importancia y debe estar orientado a corregir la obstrucción, prevenir daño hepatocelular y una nueva estenosis. La técnica quirúrgica que se va a practicar debe

planearse para abordar las posibles complicaciones futuras. Se debe recordar que la bilis es litogénica, por lo que no se debe utilizar suturas no absorbibles en las anastomosis.

GASTROINTESTINAL

04-002

Esplenectomía laparoscópica transumbilical de un solo puerto

Sandra Viviana Parra, Judith Andrea Villamil, María Andrea Medina, Luis Carlos Ruiz, Douglas Ortiz

Hospital Universitario Clínica San Rafael
Bogotá, D.E., Colombia
andremed@yahoo.com

Introducción. La esplenectomía por laparoscopia se ha convertido en la técnica estándar desde hace más de 10 años. Actualmente, se han intentado maximizar los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva utilizando los orificios naturales como vías de acceso. Entre los beneficios que tiene esta técnica, encontramos menor dolor posoperatorio, recuperación más temprana y mejor resultado estético.

Objetivo. Describir el procedimiento quirúrgico de esplenectomía laparoscópica por puerto único transumbilical practicada en el Hospital Universitario Clínica San Rafael a una paciente con anemia hemolítica autoinmunitaria.

Materiales y método. Se trataba de una paciente de 64 años de edad con diagnóstico de anemia hemolítica autoinmunitaria que requirió múltiples transfusiones y medicamentos inmunosupresores, sin que presentara mejoría, por lo cual se indicó la esplenectomía. La ecografía reportó un bazo de tamaño normal y en el examen físico no se encontró esplenomegalia, por lo cual se decidió practicar esplenectomía por laparoscopia.

La paciente fue colocada en posición de decúbito lateral derecho; se hizo una incisión intraumbilical de 2 cm, colocando en ésta el multipuerto de tres trocares. Se utilizó un bisturí armónico y *Nseal®* para ligar los vasos cortos y el hilio esplénico. El tiempo del procedimiento fue de 75 minutos. No hubo complicaciones.

Resultados. La paciente evolucionó satisfactoriamente y requirió analgesia intravenosa las primeras 48 horas únicamente. Fue dada de alta a las 72 horas después del procedimiento y quedó satisfecha con el resultado estético.

Conclusión. La esplenectomía por laparoscopia por puerto único es un método factible y seguro en pacientes seleccionados, comparable con la técnica convencional.

04-003

Suprarrenalectomía laparoscópica derecha a través de dos puertos

Luis Carlos Ruiz, Carlos Alberto Sánchez, Judith Andrea Villamil, Viviana Parra, María Andrea Medina

Hospital Universitario Clínica San Rafael, Universidad Militar Nueva Granada
Bogotá, D.E., Colombia
andremed@yahoo.com

Introducción. Desde su descripción inicial por Gagner en 1992, la suprarrenalectomía por laparoscopia se ha convertido en el procedimiento quirúrgico de elección, dadas las características de localización y tamaño de la glándula suprarrenal. Tiene ventajas ostensibles con respecto al procedimiento convencional, como la disminución del sangrado y de la morbilidad, y la menor estancia hospitalaria.

Objetivo. Describir la suprarrenalectomía laparoscópica derecha mediante dos puertos practicada en el Hospital Universitario Clínica San Rafael, en un paciente que presentaba una lesión sólida en la glándula suprarrenal derecha.

Materiales y métodos. Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 68 años de edad con lumbalgia derecha, sin otros síntomas asociados, con estudios de imaginología que demostraron una lesión sólida benigna de menos de 5 cm de diámetro dependiente de la glándula suprarrenal derecha. Los estudios funcionales fueron negativos. Se indicó una suprarrenalectomía por vía laparoscópica.

El paciente se colocó en decúbito lateral derecho. Se hizo una incisión inicial en el cuadrante superior derecho del abdomen como primer puerto. Se revisó

la cavidad y, posteriormente, se introdujo un segundo puerto en el flanco derecho. Se utilizaron pinzas *Hem-o-lok®* y bisturí armónico para la disección y ligadura de los vasos suprarrenales y los nutricios. El sangrado fue de 200 ml, aproximadamente. No se presentaron complicaciones.

Resultados. El paciente evolucionó satisfactoriamente. El control analgésico fue adecuado y hubo tolerancia a la vía oral a las 12 horas del posoperatorio. Fue dado de alta 48 horas después del procedimiento. No se presentaron complicaciones.

Conclusión. Con el advenimiento de la adrenalectomía laparoscópica, los pacientes con adenoma funcional de menos de 5 cm de diámetro deben ser considerados para el tratamiento quirúrgico y no para observación.

CIRUGÍA BARIÁTRICA

04-001

Fístula gastro-gástrica como complicación de *bypass* gástrico

María Andrea Medina, Sandra Viviana Parra, Judith Andrea Villamil, Luis Carlos Ruiz, Carlos Sánchez

Hospital Universitario San Rafael
Bogotá, D.E., Colombia
andremed@yahoo.com

Introducción. La fístula gastro-gástrica es una complicación que se presenta con una incidencia de 1 a 6 % en los pacientes sometidos a *bypass* gástrico en Y de Roux. Esta complicación puede derivarse de la división incompleta del estómago durante la formación del reservorio o por un fallo de la línea de sutura que resulta en una fuga que, posteriormente, forma una fístula que desemboca en el remanente gástrico.

Objetivo. Presentar un caso de fístula gastro-gástrica como complicación tardía del *bypass* gástrico.

Materiales y método. Se presenta el caso de una paciente de 34 años con obesidad mórbida [índice de masa corporal (IMC) de 55,4 kg/m²] a quien se le practicó *bypass* gástrico; presentó reducción del peso corporal hasta un IMC de 35,8 kg/m²; 18 meses después, se observó aumento progresivo hasta que el IMC fue de 39,5 kg/m², a pesar de continuar con los lineamientos nutricionales prescritos. Ante la sospe-

cha de una fístula gastro-gástrica, se ampliaron los estudios y se demostró un trayecto fistuloso hacia el remanente gástrico, mediante la radiografía y la endoscopia de vías digestivas altas.

Resultados. Se practicó una cirugía de revisión con resección de la fístula gastro-gástrica por laparoscopia, y se encontró un reservorio gástrico de tamaño adecuado con una dilatación en la anastomosis con el asa ascendida y con comunicación de este sitio con el estómago excluido. La evolución posoperatoria fue favorable, con reducción progresiva del peso.

Conclusión. La fístula gastro-gástrica es una complicación que debe tenerse siempre presente en los pacientes sometidos a *bypass* gástrico. El aumento de peso a pesar de una dieta adecuada, debe generar la sospecha. Una vez hecho el diagnóstico, se debe manejar quirúrgicamente.

VASCULAR

04-008

Derivación safeno-cavernosa en priapismo de difícil manejo

Wilber Edison Peña, Alejandro Nieto

Hospital Militar Central
Bogotá, D.C., Colombia
nipedivi@hotmail.com

Introducción. El priapismo es la erección prolongada y dolorosa en ausencia de estímulo sexual, que requiere tratamiento inmediato debido a sus complicaciones. Se describen dos variantes. La primera es el tipo no isquémico, en el cual la erección se debe a un aumento permanente del flujo arterial, con drenaje venoso normal pero insuficiente para provocar detumescencia; no requiere manejo de urgencia. La segunda es el tipo isquémico, la forma más frecuente, en la cual el drenaje venoso se encuentra comprometido, lo que puede generar complicaciones irreversibles. El tratamiento quirúrgico se aplica una vez la punción y la inyección intracavernosa de simpaticomiméticos han fallado. Existen procedimientos del tipo de la derivación caverno-esponjosa distal como manejo quirúrgico inicial, dejando la derivación safeno-cavernosa (procedimiento de Grayhack) como último recurso.

Objetivo. Dar a conocer la técnica quirúrgica y los resultados del tratamiento del priapismo de difícil manejo.

Materiales y método. Se presenta el caso de un paciente con priapismo isquémico de cinco días de evolución, sin mejoría con el tratamiento médico inicial ni con la derivación caverno-esponjosa. Requiere derivación safeno-cavernosa, con la cual se logró detumescencia inmediata del 50 % y, al siguiente día, del 100 %. Se practicó una ecografía dúplex posoperatoria, con la cual se comprobó la permeabilidad de la derivación.

Resultados. Luego de practicar la derivación safeno-cavernosa, se logró un 50 % de detumescencia y, en el segundo día postoperatorio, de 100 %, lo que se considera un excelente resultado clínico. El examen ecográfico practicado 25 días después fue satisfactorio.

Conclusión. La derivación safeno-cavernosa es el último recurso en el manejo del priapismo isquémico resistente al manejo médico y quirúrgico iniciales. Se comprueba la efectividad y sencillez del procedimiento, el cual puede ser practicado por cualquier cirujano general cuando se requiera.

OTROS

04-004

Migración de malla de polipropileno como complicación posoperatoria de hernioplastia hiatal

Judith Andrea Villamil, Douglas Omar Ortiz, Luis Carlos Ruiz, Viviana Parra, María Andrea Medina
Hospital Universitario Clínica San Rafael, Universidad Militar Nueva Granada
Bogotá, D.E., Colombia
andremed@yahoo.com

Introducción. Las complicaciones asociadas al uso de prótesis en la corrección de la hernia hiatal se derivan del riesgo de erosión y perforación esofágica por los efectos mecánicos producidos por la fibrosis local. La frecuencia y la complejidad de la morbilidad asociada ha hecho reevaluar el uso de mallas y otros materiales usados para la fijación de dichas prótesis.

Objetivo. Presentar un caso de migración en la luz del esófago distal por erosión de la malla de

polipropileno, y el diagnóstico y manejo endoscópico de la complicación en el Hospital Universitario Clínica San Rafael.

Materiales y métodos. Se trata de un paciente de sexo masculino de 72 años de edad con antecedentes de corrección de hernia hiatal en otra institución, con uso de malla de polipropileno como material protésico, 6 meses antes. El paciente consultó por un cuadro clínico de disfagia asociado a pérdida de peso. Mediante endoscopia, se hizo el diagnóstico de protrusión en la luz de material protésico. Se practicaron estudios de microbiología, vías digestivas altas y tomografía toraco-abdominal. Se envió para resección local mediante endoscopia, lo que se hizo en forma exitosa en el Servicio de Gastroenterología.

Resultados. Después del manejo endoscópico con resección de bordes, el paciente evolucionó satisfactoriamente y presentó resolución completa de la sintomatología. Requirió antibioterapia en forma continuada con un esquema terapéutico de seis meses para tratamiento de actinomicosis. Se continuó seguimiento clínico, endoscópico y radiológico.

Conclusión. La corrección de la hernia hiatal con material protésico se asocia a múltiples complicaciones mecánicas que pueden derivar en sepsis, sangrado masivo, perforación pleural y esofagectomía. La prevención de recidivas asociadas a su uso requiere seguimiento periódico y evaluación temprana de síntomas como la disfagia.

