



CASOS CLÍNICOS

02-001 CÁNCER PARATIROIDEO, PRESENTACIÓN DE CASO

*Fernando José Pereira, Sergio Fabián Zúñiga,
Constanza Díaz*

Clínica Las Américas - Instituto de Cancerología, Medellín
Colombia

Introducción. El carcinoma paratiroideo es un raro tumor endocrino con menos de 700 casos reportados. Su incidencia es muy baja (0,005%). Representa el 5% de los casos de hiperparatiroidismo. En Colombia no tenemos informes confiables de esta entidad. Nuestro propósito es presentar un caso y discutir su manejo.

Descripción del caso. Paciente de sexo masculino de 70 años con cuadro clínico de 3 años de evolución de dolores óseos; en los últimos 6 meses presentó pérdida de peso, astenia, adinamia, dolor abdominal e imposibilidad para la deambulacion. Se comprobó hiperparatiroidismo (parathormona, 1.510 pg/ml), hipercalcemia (16,8 mg/dl), hiperazoemia (creatinina, 3,5 mg/dl, y BUN, 28) y múltiples lesiones líticas óseas en la radiografía.

Fue remitido al Grupo de Cabeza y Cuello por adenoma paratiroideo; se practicó paratiroidectomía y hemitiroidectomía derecha por los hallazgos intraoperatorios de tumor maligno. La patología fue confirmada por inmunohistoquímica como adenocarcinoma paratiroideo.

Conclusiones. La presencia de importante hipercalcemia y masa firme en el cuello son sugestivas

de carcinoma paratiroideo y el tratamiento de elección es la cirugía radical.

La sospecha preoperatoria y el reconocimiento intraoperatorio son críticos para lograr un desenlace favorable, lo cual implica la resección en bloque del tumor con todas las regiones de posible invasión, en el momento de la operación inicial. Los pacientes raramente fallecen a causa del tumor mismo; más bien mueren de las complicaciones metabólicas del hiperparatiroidismo descontrolado.

Las terapias no quirúrgicas para el carcinoma de la paratiroides, por lo general, tienen malos resultados.

02-002 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y QUIRÚRGICAS DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE EAGLE EN UNA POBLACIÓN COLOMBIANA

*Álvaro Antonio Herrera, Paola Aranda,
Julio Alexander Díaz-Pérez, Edgar Ferreira*
Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia

Introducción. El síndrome de Eagle es un raro síndrome en el cual se produce dolor cérvico-facial, producto de la mineralización del proceso estiloides.

Objetivo. Describir las características clínicas y patológicas de 5 pacientes con síndrome de Eagle, y realizar una discusión de este trastorno.

Materiales y métodos. Se llevó a cabo un estudio observacional desde el año 2005 al 2008, con muestreo prospectivo de los pacientes con síndrome de Eagle en los centros de cirugía de cabeza y cuello de Bucaramanga.

Resultados. Se estudiaron 5 pacientes, todos de sexo femenino. Las pacientes consultaron por dolor faríngeo y otodinia referida; dos pacientes presentaron dolor a la apertura de la cavidad oral; ninguna paciente presentó sensación de cuerpo extraño ni síncope.

En el examen físico las pacientes presentaban gran dolor a la palpación bimanual en la cara postero-inferior de la amígdala palatina. A todas las pacientes se les realizó tomografía computadorizada en la que se encontró elongamiento del proceso estiloideo.

Se practicó resección del proceso estiloideo en forma externa en dos casos y endooral en tres casos; ninguno de ellos ha presentado recidiva de la enfermedad luego de un periodo promedio de seguimiento de 11,4 meses.

Conclusión. Esta enfermedad poco frecuente debe ser considerada en el diagnóstico diferencial del dolor cérvico-facial; su diagnóstico se hace por imaginología, por radiología simple o por tomografía computadorizada. El tratamiento puede ser quirúrgico o no serlo, aunque se recomienda el quirúrgico.

02-003 CARCINOMA DEL CONDUCTO TIROGLOSO: APORTE DE 4 NUEVOS CASOS A LA LITERATURA Y REVISIÓN DE TEMA

*Álvaro Antonio Herrera,
Julio Alexander Díaz-Pérez, Edgar Ferreira*
Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia

Justificación. El carcinoma del quiste del conducto tirogloso es una patología poco frecuente, de la cual se han informado a nivel mundial tan sólo 200 casos, aproximadamente; de ello, sólo 5 han sido reportados en Colombia.

Objetivo. Describir los casos de carcinoma de quiste tirogloso diagnosticados y manejados en el Hospital Universitario de Santander entre los años 2002 y 2006.

Diseño. Estudio descriptivo.

Resultados. Durante los 4 años que duró el estudio se atendieron en el Hospital Universitario de Santander cuatro casos de carcinoma de quiste tirogloso, los cuales se encontraron en su totalidad en mujeres, con edades entre los 35 y 45 años.

Las pacientes consultaron por presencia de una masa cervical, dos de localización anterior y dos de localización inferior al hueso hioides, con tamaño entre 1,5 y 6 cm, de 6 meses a 6 años de evolución, de consistencia cauchosa en todos los casos.

En estas pacientes se documentó prequirúrgicamente el estado maligno de las masas en tres casos por citología de muestra obtenida por aspiración con aguja fina. Las pacientes fueron sometidas al procedimiento de Sistrunk, y en el estudio patológico se encontró carcinoma papilar de tiroides, dos de variante clásica y dos de variante folicular. Actualmente, las pacientes se encuentran asintomáticas, sin signos de recidiva.

Conclusiones. El carcinoma del quiste del conducto tirogloso es una entidad infrecuente en nuestro hospital, a pesar de que el quiste del conducto tirogloso es la anomalía congénita más frecuente de cuello, lo cual coincide con lo informado por otras series.

En nuestra experiencia se logró el diagnóstico prequirúrgico en tres casos, contrario a lo informado comúnmente. Encontramos carcinoma papilar de tiroides en todos los casos, dato que coincide con las demás series consultadas y el tratamiento utilizado fue el procedimiento de Sistrunk, con el cual se logró la erradicación de la enfermedad.

02-004 COLECTOMÍA LAPAROSCÓPICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA INERCIA DE COLON, EXPERIENCIA LOCAL

*José Ignacio Restrepo, Juan Ricardo Márquez,
Juan Darío Puerta, Mario Muñoz,
Juan Pablo Dueñas*
Universidad CES – Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia

Introducción y Objetivo. La inercia de colon es una entidad infrecuente que constituye un reto diagnóstico y de tratamiento para el cirujano general.

El objetivo fue evaluar los resultados obtenidos en el tratamiento de inercia de colon por los grupos de Coloproctología del Hospital Pablo Tobón Uribe y de la Clínica Las Américas de Medellín entre 2004 y 2008.

Materiales y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y revisión de literatura. Se revisaron las historias clínicas de 8 pacientes entre los 22 y 78 años, operados con diagnóstico de inercia de colon sin respuesta al manejo médico.

Resultados. En el periodo descrito fueron llevados a colectomía por vía laparoscópica o abierta 8 pacientes con diagnóstico de inercia de colon. Se analizaron múltiples variables: clínica, laboratorio, tratamiento médico, cirugía practicada, conversión, complicaciones, recuperación y seguimiento, mejoría en la frecuencia de deposiciones y síntomas, así como la necesidad de nuevos procedimientos en las diferentes etapas.

El tiempo quirúrgico fue de 130 minutos, en promedio, en los procedimientos laparoscópicos, y de 140 en los abiertos; no hubo complicaciones operatorias en ninguna de las dos técnicas, sin necesidad de cambios en la técnica estándar; 1 paciente (20%) del grupo de laparoscopia presentó durante la recuperación complicaciones por filtración de la anastomosis, y requirió reintervenciones.

La estancia hospitalaria fue de 7,7 y 8,5 días, respectivamente. El inicio de la vía oral fue a los 4,2 y 5 días, respectivamente.

Discusión y Conclusiones. La colectomía laparoscópica para la inercia de colon es segura y factible en nuestro medio, con resultados favorables para los pacientes.

02-005 CONDROSARCOMA MESENQUIMATOSO METASTÁSICO A GLÁNDULA TIROIDES

*Sergio Fabián Zúñiga, Fernando Pereira,
Juan Pablo Dueñas*
Instituto de Cancerología - Clínica Las Américas, Medellín
Colombia

Introducción. Foerster hizo la primera descripción de metástasis a glándula tiroides en 1858. Siendo un problema conocido desde entonces, son pocos los informes que se han publicado. Estas metástasis pueden

presentarse aisladamente o en el contexto de un cáncer diseminado. Los orígenes más frecuentes de metástasis a la tiroides son riñón, mama, pulmón y tejidos linfáticos. Es difícil cuantificar la incidencia real de este problema por su escasa presentación y variabilidad de las series publicadas. Debido a su rareza se reseña este complejo caso clínico.

Presentación del caso. Paciente de sexo femenino de 14 años con diagnóstico de condrosarcoma mesenquimatoso primario de parrilla costal, inicialmente tratada con quimioterapia neoadyuvante y, luego, con resección costal amplia y neumonectomía ipsilateral con posterior consolidación del tratamiento con radioterapia. Presentó recaída local y vertebral en T7 y L3, y nuevamente fue llevada para resección y reconstrucción.

Fue remitida a cirugía de cabeza y cuello al cuarto año de tratamiento por la presencia de un nódulo tiroideo, manejado con cirugía. El reporte definitivo de patología fue metástasis tiroidea de condrosarcoma mesenquimatoso.

Discusión y conclusiones. Del 2% al 4% de los cánceres tiroideos intervenidos son metastásicos, lo cual representa menos del 1% de las tiroidectomías realizadas.

El condrosarcoma mesenquimatoso es una neoplasia agresiva con frecuentes recidivas y metástasis a distancia. A pesar de la escasa frecuencia con que se presentan las metástasis tiroideas, esta posibilidad debe considerarse en primer lugar en un paciente con nódulo tiroideo e historia previa de neoplasia maligna. El diagnóstico precoz y, a pesar del mal pronóstico que suelen conllevar, el tratamiento quirúrgico agresivo contribuyen a prolongar la supervivencia y a mejorar la calidad de vida de algunos pacientes.

02-006 DOS CASOS DE RECONSTRUCCIÓN FARINGO-ESOFÁGICA CON TRASPLANTE AUTÓLOGO DE YEYUNO

*Fernando Pereira, Sergio Zúñiga,
Juan Fernando Lopera*
Clínica Las Américas - Instituto de Cancerología, Medellín,
Colombia

Introducción. El manejo de los defectos faringo-esofágicos siempre ha sido un problema difícil de resolver. Las técnicas actuales de reconstrucción y los progresos de reanimación permiten exéresis quirúrgicas amplias, compatibles con postoperatorios simples y de mejor pronóstico. Los trasplantes digestivos libres permiten procedimientos rápidos, con poca morbilidad, en cirugía oncológica de primera intención o postraumática.

Presentación de los casos. Se presentan dos casos clínicos de reconstrucción faringo-esofágica con trasplante autólogo de yeyuno. El primer caso es el de un paciente de sexo masculino con sección traumática compleja traqueo-esofágica; se le practicó reconstrucción primaria y traqueostomía; presentó fístula traqueo-esofágica y estenosis extensa faringo-esofágica.

El segundo caso es el de una paciente con linfoma orofaríngeo de células grandes, tratada con quimioterapia. Presentó estenosis faringo-esofágica con intento fallido de dilatación.

Los dos pacientes fueron remitidos al Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello para el manejo quirúrgico reconstructivo.

Conclusiones. Los trasplantes digestivos más utilizados son los de yeyuno con su pedículo mesentérico superior, por razones anatómicas y funcionales. El principio de la operación es antiguo, pues fue descrito por Longmire en 1946.

La reanudación de la alimentación es exitosa en más del 96% de los casos, la posibilidad de estenosis faringo-esofágica es menor del 20% y la mortalidad postoperatoria es inferior al 10%. La duración de la hospitalización es corta, lo cual evidencia una recuperación rápida de la deglución con baja morbilidad.

02-008 GLÁNDULA TIROIDES DE LOCALIZACIÓN LINGUAL: PRESENTACIÓN DE 4 CASOS

*Álvaro Antonio Herrera,
Julio Alexander Díaz-Pérez,
Paola Aranda*

Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia

Justificación. La localización de la glándula tiroides en la base de la lengua es una anomalía de la migración

embriológica rara, cuya patogénesis se basa en la falta de descenso de la glándula a través del conducto tirogloso, hasta su normal posición pretraqueal.

Objetivo. Se describirá una serie de 4 casos de glándula tiroides de localización lingual en pacientes intervenidos quirúrgicamente en Bucaramanga y se realizará una discusión de los aspectos más relevantes de esta anomalía.

Materiales y métodos. Se realizó una serie de 4 casos intervenidos y diagnosticados desde el año 2000 hasta 2007.

Resultados. La edad de presentación estuvo entre los 10 y los 13 años, con una media de 11 años, la relación hombre:mujer fue de 1:3, los principales síntomas fueron masa a nivel lingual, dificultad para la deglución y síntomas compatibles con hipotiroidismo. El tamaño promedio fue de 1.8 cm, identificándose en todos los pacientes glándula tiroides en posición lingual en el estudio histológico.

Conclusiones. La tiroides lingual es una anomalía causada por el fallo en el descenso de la glándula durante la embriogénesis. Su presentación clínica es variada. Las características encontradas en los pacientes estudiados fueron similares a las reportadas en otros estudios, con una divergencia en la presentación por sexo que fue mayor en el femenino. Su estudio es de alta relevancia debido a sus características clínicas y porque además puede ser el único tejido tiroideo funcional presente en el organismo, ocasionando serios problemas para el paciente si es reseca en forma inadvertida.

02-009 HIPOXEMIA RESISTENTE A DEFECTO DEL TABIQUE AURICULAR DESPUÉS DE TRAUMA CARDÍACO

Arbey Ruano, Guillermo Sarmiento, Jorge Herrera
Hospital Universitario San José, Universidad del Cauca,
Popayán, Colombia

Introducción. El trauma representa la primera causa de muerte en Colombia, con mayor prevalencia entre hombres de 20 a 25 años. El 4% de las lesiones por trauma son por trauma cerrado de tórax, y hasta el 25% de las muertes atribuidas al trauma en Estados Unidos

son por trauma cerrado de tórax. Una presentación clínica infrecuente corresponde al trauma cerrado de tórax con hipoxemia resistente al tratamiento, con alto índice de muerte y sin diagnóstico y manejo oportuno; existen 10 casos reportados en la literatura mundial con etiología de defecto del tabique auricular posterior al trauma.

Materiales y métodos. Hombre de 40 años con trauma cerrado de tórax de alta energía por colisión automovilística; ingresó al servicio de urgencias estable hemodinámicamente, Glasgow de 15/15, con dolor en hemitórax izquierdo. En las radiografías se observó contusión pulmonar, derrame pleural y fractura del omoplato; en la tomografía computadorizada, consolidación pulmonar de los lóbulos inferiores, cardiomegalia, tres fracturas costales del lado izquierdo y dos del lado derecho, con el mediastino normal; en el electrocardiograma se observó taquicardia sinusal; la gasimetría mostró PaO₂ de 34,9 mm Hg y FiO₂ de 32%.

Se practicó toracostomía cerrada izquierda y se drenó el hemotórax de 200 ml; el estado del paciente se deterioró con SaO₂ del 60% al 70%, razón por la cual se inició asistencia respiratoria mecánica en la unidad de cuidados intensivos con FiO₂ de 100% y PEEP de 10 a 16 cm H₂O, sin mejoría clínica ni gasimétrica; presentaba criterios de hipoxemia resistente al tratamiento, sin respuesta a FiO₂ altos con PEEP elevados; en el ecocardiograma se encontró foramen oval permeable, aneurisma del tabique interauricular, cortocircuito bidireccional y dilatación leve de las cámaras derechas; hubo mayor compromiso sistémico y falleció.

Conclusión: En la autopsia se encontró desgarramiento anterior del pericardio sin hemopericardio, foramen oval permeable con laceración superior; las aurículas y la pared libre ventricular izquierda estaban hemorrágicas.

02-010 PILEFLEBITIS Y SHOCK SÉPTICO

*Fernando Pereira, Carlos Cadavid,
Pablo Alemán, Juan Luis Echeverri*
Hospital Pablo Tobón Uribe - Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia

Introducción. La tromboflebitis séptica de la porta constituye una pileflebitis, la cual es una complicación

rara secundaria a infecciones intraabdominales. Su clínica inespecífica hace que el diagnóstico se retrase y empeore su pronóstico.

Descripción del caso. Paciente de sexo masculino en la quinta década de la vida con cuadro clínico de dolor abdominal, diarrea y hematoquecia, tratado ambulatoriamente; fue hospitalizado por evolución tórpida.

Persistieron la hematoquecia y el dolor abdominal, sin irritación peritoneal. Se practicó tomografía abdominal en la cual se observó trombosis portomesentérica sin neumatosis, ni signos de perforación entérica. Teniendo en cuenta que el paciente no era apto para tratamiento intervencionista, se instauraron anticoagulación, antibioticoterapia y nutrición parenteral.

Continuó la evolución desfavorable, progresó la distensión y presentó ascitis en la tomografía de control, sin perforación, ni neumatosis, ni progresión de la trombosis, incluso, hubo ligera recanalización portal intrahepática.

Sin embargo, fue llevado a cirugía con hallazgo de necrosis intestinal, múltiples perforaciones, mesenterio engrosado y trombosis de sus vasos sanguíneos. Recibió manejo en la unidad de cuidados intensivos por 16 días y egresó sin mayores complicaciones.

Conclusión. La pileflebitis es una entidad rara que ocurre con mayor frecuencia por colopatía diverticular; se ha descrito también en apendicitis, pancreatitis necrosante y enfermedad inflamatoria intestinal, entre otras.

La ecografía o la tomografía son útiles para diagnosticarla. Los antibióticos durante 2 a 4 semanas constituyen el tratamiento de elección o, en caso de abscesos hepáticos, por 6 semanas. Se recomienda la anticoagulación si existe hipercoagulabilidad, compromiso de la vena mesentérica superior, extensión de la trombosis o fiebre persistente. Su mortalidad es alta, de 11% a 32%.

02-011 PSEUDOQUISTE ESPLÉNICO GIGANTE, REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Cristian Gómez, Edgar Fernando Prieto
Hospital Universitario de La Samaritana, Bogotá, D.C., Colombia

Objetivo. Presentar el caso clínico de un quiste esplénico gigante y hacer una revisión de la literatura.

Introducción. Los quistes esplénicos no parasitarios son poco frecuentes. La etiología por parásitos corresponde a los dos tercios del total. Hasta el momento se han reportado menos de 1.000 casos en la literatura. Estos quistes se pueden clasificar en primarios (parasitarios y no parasitarios) y secundarios (postraumáticos). Los pseudoquistes esplénicos son cinco veces más frecuentes que los verdaderos y la mayoría de las veces se producen por traumatismos contusos de abdomen; este dato sólo se recaba en el 30% de los casos. Predomina en el sexo femenino y entre la segunda y tercera décadas de la vida. Son asintomáticos y cuando alcanzan gran tamaño causan síntomas por la compresión de los órganos vecinos.

Caso clínico. Paciente de sexo femenino de 29 años, con cuadro clínico de un mes que se exacerbó en las últimas 4 horas, de dolor en hipocondrio izquierdo tipo punzada, irradiado al lado izquierdo del dorso, asociado a náuseas y sensación de masa. La paciente no mencionó antecedentes importantes.

En el examen físico se evidenció aumento del tamaño del bazo. En la ecografía abdominal total se observó quiste gigante del bazo. Se practicó esplenectomía por laparotomía, sin complicaciones. El reporte de patología demostró que se trataba de un pseudoquiste esplénico. La evolución postquirúrgica fue satisfactoria.

02-012

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR CON STENT GRAFT EN TRAUMA DE AORTA TORÁCICA

*Fernando Pereira, Luis Eduardo Tamayo,
Nicolás Jaramillo, Jairo Patiño*
Clínica Las Américas, Medellín, Colombia

Introducción. El traumatismo aórtico tiene alta mortalidad. El desarrollo de técnicas endovasculares ha abierto una opción menos agresiva para su manejo. Discutimos dos casos de traumatismo torácico cerrado y sección aórtica, tratados endovascularmente.

Presentación de casos. El primer caso es el de un paciente de sexo masculino de 35 años; después de un

accidente en moto con trauma cerrado de tórax, presentó hipotensión, disnea, fracturas costales múltiples, ensanchamiento del mediastino y hemotórax izquierdo. Se practicó toracostomía del lado izquierdo y, luego, angiotomografía torácica en la que se observó ruptura aórtica contenida en el cayado y disección de la aorta torácica. Se realizó terapia endovascular; después del tratamiento ingresó a la unidad de cuidados intensivos con APACHE II de 10; su estancia en la unidad de cuidados intensivos fue de 72 horas y la estancia hospitalaria de 9 días.

El segundo caso es el de un paciente de sexo masculino de 40 años; después de un accidente en moto, presentó taquicardia, con tensión arterial normal, sin disnea y con fracturas múltiples abiertas en sus extremidades. Fue llevado a tratamiento quirúrgico ortopédico.

Ingresó a la unidad de cuidados intensivos con APACHE II de 20. No se pudo llevar a cabo la extubación temprana programada, por presentar fiebre, hipotensión, taquicardia, hipoxemia, anemia, trombocitopenia, leucocitosis y desviación a la izquierda con bandas. En el examen radiológico se observó contusión pulmonar del lado izquierdo; por ecografía se identificó la presencia de hemotórax derecho y hemoperitoneo. Se practicó toracostomía del lado derecho; por su tendencia a la inestabilidad se realizó angiotomografía toracoabdominal con hallazgo de disección y pseudoaneurisma postraumático de la aorta descendente y contusión hepática. Se programó para tratamiento endovascular; su estancia en la unidad de cuidados intensivos fue de 14 días y la hospitalaria de 28 días. Los dos egresaron sin complicaciones.

Conclusiones. El tratamiento endovascular aórtico es factible y seguro. Aunque los resultados a largo plazo son desconocidos, se ha convertido en el procedimiento de elección. Tiene una baja incidencia de morbimortalidad, si se compara con la técnica abierta convencional.

02-013

TROMBÓLISIS INTRARTERIAL DIRECTA POR CATÉTER

*Giovanny Ríos, Oswaldo Ceballos, Juan F. Muñoz,
Carlos Vallejo*
Hospital San José, Bogotá, D.C., Colombia

02-014 TUMOR PRIMARIO DE CÉLULAS GIGANTES DE LA GLÁNDULA PARÓTIDA

*Álvaro Antonio Herrera,
Julio Alexander Díaz-Pérez, Paola Aranda*
Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia

Objetivo. Describir un caso de tumor de células gigantes de la parótida, atendido en el Hospital Universitario de Santander.

Caso clínico. Paciente de sexo femenino de 28 años que consultó por la aparición de una masa en la región parotídea del lado derecho con crecimiento progresivo de 16 meses de evolución, asociada con dolor a la masticación.

En el examen físico se observó una masa de 6 x 6 cm en la región parótida derecha, sin otros hallazgos de importancia. La aspiración por punción con aguja fina fue sugestiva de tumor mixto, por lo cual se le practicó parotidectomía total en bloque con preservación del nervio facial.

En el estudio histopatológico se informó tumor primario de células gigantes de la parótida. Posteriormente, fue sometida a quimioterapia y radioterapia, y actualmente se encuentra en buen estado, sin signos de recurrencia de la enfermedad.

Conclusiones. El tumor de células gigantes de la glándula parótida es una de las neoplasias más inusuales de esta glándula con sólo 17 casos descritos en el mundo, ninguno de ellos en Colombia. Esta enfermedad recibe su nombre debido a su semejanza con el tumor de células gigantes del hueso que contiene múltiples células tipo osteoclasto, la cual es su principal característica histopatológica.

02-015 TUMOR MALIGNO DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL DEL INTESTINO DELGADO CON ADENOCARCINOMA DE LA VESÍCULA BILIAR SINCRÓNICO: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

*Julio Alexander Díaz-Pérez, Rogelio Figueredo,
Mario Alexander Melo, Albert Franz Guerrero,*

Edgar Ferreira
Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia

Introducción. Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) constituyen la categoría más amplia de las neoplasias no epiteliales del tracto gastrointestinal. Ocasionalmente, estos tumores pueden presentarse con algunas variantes inusuales; tal es el caso del microscópico, del múltiple, del extraintestinal y de aquél con otro tumor sincrónico.

Objetivo. Describir un caso de tumor maligno primario del estroma gastrointestinal del intestino delgado con un adenocarcinoma de vesícula biliar sincrónico.

Caso clínico. Mujer de 68 años con dolor abdominal, pirosis, melenas y náuseas de 3 años de evolución, asociados a pérdida de peso, quien tenía antecedentes de gastritis crónica antral leve, enfermedad pulmonar obstructiva crónica e hipertensión arterial. No hubo hallazgos llamativos en el examen físico, por lo cual se realizaron estudio de tránsito intestinal con doble contraste, endoscopia de vías digestivas altas y colonoscopia, los cuales fueron normales.

El cuadro clínico de la paciente persistió, por lo cual fue llevada a laparotomía con hallazgo de tumor en el borde antimesentérico de la pared ileal de 10 x 8 cm a 20 cm de la válvula ileocecal; además, se encontró la vesícula biliar con gran dilatación, consistencia dura y abundante barro biliar. Se realizó resección del tumor del íleon con anastomosis término-terminal y colecistectomía. El estudio histopatológico reveló la presencia de un tumor del estroma gastrointestinal de alto potencial maligno y un adenocarcinoma de la vesícula biliar moderadamente diferenciado.

Conclusión. El tumor del estroma gastrointestinal se ha reportado en forma inusual coexistiendo con otras lesiones tumorales malignas del tubo digestivo, tales como adenocarcinoma gástrico, carcinoide gástrico y adenocarcinoma colorrectal. La asociación observada en este caso de tumor maligno del estroma gastrointestinal y adenocarcinoma de la vesícula biliar, no se encontró reportada en las bases de datos consultadas hasta la fecha.

02-016 TUMOR FIBROSO SOLITARIO DE LA PLEURA

Edgar Ferreira, Julio Alexander Díaz-Pérez
Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia

Justificación. El tumor fibroso solitario es una neoplasia de origen fibroblástico poco frecuente. En Latinoamérica existen pocas series de casos de esta patología y en Colombia no se encontró que se hubieran reportado casos.

Objetivo. Describir un caso de tumor fibroso solitario de la pleura, atendido en el Hospital Universitario de Santander y discutir aspectos relevantes en relación con este tema.

Caso clínico. Mujer de 66 años que consultó por presentar tos seca, ortopnea y dolor pleurítico con aumento progresivo de esta sintomatología, asociada a pérdida de peso.

En el examen físico se documentó una disminución de los ruidos respiratorios en la base del hemitórax izquierdo. La radiografía de tórax y la tomografía computadorizada evidenciaron una gran masa que ocupaba el lóbulo inferior izquierdo y la llingula. Por todo lo anterior, se tomó biopsia con *tru-cut*, la cual informó la presencia de proliferación de tejido fibroso con abundantes fibroblastos reactivos, angiogénesis y edema.

Con los anteriores datos se realizó un diagnóstico de tumor fibroso solitario de la pleura y se indicó toracotomía posterolateral izquierda, con resección de tumor de mediastino y hemitórax izquierdo.

En el estudio microscópico se confirmó el diagnóstico de tumor fibroso solitario de la pleura. Actualmente, la paciente se encuentra asintomática y sin signos de recurrencia.

Materiales y métodos. Estrategia de búsqueda de la literatura. Se hizo una búsqueda estructurada de la literatura según la metodología Cochrane, utilizando como palabras clave “tumor fibroso solitario” y su traducción en inglés. Dicha búsqueda se realizó en las bases de datos Medline, Imbiomed, Scielo y Doyma; se seleccionaron los artículos publicados en inglés y en español desde 1990.

Conclusión. El tumor fibroso solitario de la pleura es una neoplasia poco frecuente, en la cual se han realizado numerosos avances en el entendimiento de su patogénesis, diagnóstico y tratamiento, que permiten un desenlace favorable para la mayoría de pacientes afectados por esta patología.

02-017

TUMOR MALIGNO DE LA VAINA DE NERVIOS PERIFÉRICOS EN UN PACIENTE CON NEUROFIBROMATOSIS

*Edgar Ferreira,
Julio Alexander Díaz-Pérez,
Albert Franz Guerrero, Paola Aranda*
Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia

Introducción. El tumor maligno de nervio periférico es una neoplasia inusual con características particulares, que se asocia a la neurofibromatosis tipo I. Su estudio es de particular importancia debido a las consecuencias para la salud de los pacientes afectados.

Objetivo. Describir un caso de tumor maligno de la vaina del nervio periférico en un paciente con neurofibromatosis tipo I, que consultó al Hospital Universitario de Santander.

Caso clínico. Paciente de 28 años de sexo masculino, con diagnóstico de neurofibromatosis tipo I a los 15 años de edad, que consultó por dolor pleurítico de 10 meses de evolución, asociado a disnea y pérdida de peso.

En el examen físico se observó hipercifosis dorsal, murmullo vesicular disminuido y matidez a la percusión torácica del lado izquierdo. Además, se evidenciaron múltiples manchas café con leche en el tronco y las extremidades, de diámetros variables, acompañadas de múltiples fibromas subcutáneos de la misma localización.

En el estudio imaginológico, se documentó la presencia de una gran masa en hemitórax izquierdo, hacia el mediastino posterior, por lo cual se realizó biopsia por punción que documentó la presencia de una lesión tumoral maligna de células fusiformes.

Por lo anterior, se practicó toracotomía postero-lateral izquierda, con resección de tumor del mediastino posterior y pleurectomía, encontrándose una gran masa firme, de 20 cm de diámetro que, en el examen histopatológico, correspondió a un tumor maligno de bajo grado de la vaina del nervio periférico.

Conclusión. El tumor maligno de la vaina del nervio periférico se asocia frecuentemente con alteraciones del gen *NF1*, gen alterado en la neurofibromatosis tipo I. Esta lesión tumoral se diferencia de su contraparte

benigna, ya que corresponde a masas de gran volumen, muy celulares, con mitosis y necrosis frecuentes. Su estudio es de gran importancia debido a su alta tasa de recurrencia, la posibilidad de metástasis y el pobre pronóstico que tienen los pacientes afectados cuando la masa no se maneja correctamente, realizando una resección con bordes libres de lesión.

02-018 CARCINOMA MEDULAR DE TIROIDES MEN 2B EN NIÑOS: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

*Andrés Ignacio Chala, Humberto Ignacio Franco,
Beatriz Arango de Samper, Bibiana Villa*
Facultad de Ciencias para la Salud, Universidad de Caldas,
Manizales, Colombia

Introducción. Si bien el carcinoma medular se presenta en cerca de 3% a 5% de los cánceres de tiroides en niños, son en su mayoría de tipo esporádico y MEN-2A. Menos de 0,2% de los mismos corresponde a una neoplasia endocrina múltiple, variedad MEN-2B. Se encuentra asociada a feocromocitoma, neuromas mucosos y hábitos marfanoides. Esta variedad es la más agresiva y de peor pronóstico de las MEN, y entre más temprano se realice el diagnóstico, mejor será su pronóstico.

Caso clínico. Se trata de una niña de 12 años que presentó una masa tiroidea, sin otros síntomas pero clínicamente con hábitos marfanoides y neuromas mucosos de varias localizaciones.

Después de practicar una biopsia, se hizo diagnóstico de carcinoma medular de tiroides. Se descartó la presencia de feocromocitoma asociado y se realizó tiroidectomía total con vaciamiento radical bilateral modificado de cuello. Cursó con una evolución postoperatoria satisfactoria. Se evaluó complementariamente su familia.

Discusión. Los portadores de la variedad MEN-2B tienen un estado más avanzado de enfermedad que los de MEN-2A. Es una neoplasia extremadamente rara, que se asocia a anomalías del tejido conjuntivo, neuromas mucosos y ganglioneuromas digestivos. La mitad de ellos desarrolla feocromocitoma y no está asociado a hiperparatiroidismo.

A pesar del adecuado tratamiento, que suele ser sólo quirúrgico, tiene alta y temprana tasa de mortalidad relacionada con micrometástasis y complicaciones neurohumorales. El conocimiento de las características clínicas y genéticas de la enfermedad es fundamental para la detección precoz, en busca de mejorar la supervivencia y el tiempo libre de enfermedad.

02-020 ANEURISMA AISLADO DE LA PARED DE LA ARTERIA ILIACA COMÚN

Natalia Murillo, Guillermo García
Hospital Universitario de La Samaritanar, Bogotá, D.C.,
Colombia

Introducción. Un aneurisma iliaco aislado es una entidad rara cuya incidencia es del 1,5% de todos los aneurismas aórticos abdominales. Evoluciona con crecimiento progresivo y ruptura (18 a 50). Su diagnóstico es difícil por tratarse de un cuadro insidioso localizado en la pelvis profunda, por lo que puede no ser palpable en el examen abdominal. La mayoría de los pacientes son hombres con patología cardiovascular hipertensiva asociada. Aproximadamente, el 50% compromete la arteria iliaca común.

Caso clínico. Se trata de una mujer de 68 años que consultó por un cuadro de dolor abdominal en fosa iliaca derecha, ocasional y de intensidad leve.

En el examen se evidenció una masa pulsátil en fosa iliaca derecha, no dolorosa. La tomografía computadorizada (TC) multicorte mostró un aneurisma de la iliaca común de 6,9 x 5,8 cm. La paciente fue llevada a cirugía y se realizó endoaneurismorrafia de la iliaca común con injerto protésico ileo-femoral cruzado de ePTFE, sin complicaciones.

Discusión. Los aneurismas aislados de la arteria iliaca son poco frecuentes. Generalmente, afectan a hombres mayores de 65 años. La principal etiología es por enfermedad degenerativa.

La TC es el método diagnóstico de elección; la arteriografía está indicada si se sospecha enfermedad arterial oclusiva asociada o si se plantea terapia por vía endovascular. La principal complicación es la ruptura, que conlleva una alta mortalidad. Por eso, la mejor respuesta terapéutica se obtiene cuando, aquéllos que son mayores de 3 cm, se llevan a remplazo protésico del segmento afectado mediante cirugía vascular convencional. La terapia

endovascular es una alternativa, aunque sus resultados aún no son comparables con la cirugía tradicional.

02-021

ANGIOMA AGRESIVO EN FOSA ISQUIORRECTAL

*Efrén Alfonso Cantillo, Francisco Herrera,
Nair Bobadilla, Belisario Solana, Wilmer Tabio*
Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia

Introducción. El angiomixoma agresivo fue descrito por primera vez por Rosai y Steeper. Es un tumor benigno de tejidos blandos, raro, hipocelular y de crecimiento lento, compuesto por células espiculadas, onduladas. En la mayoría de los casos se presenta como una masa en el área perianal.

El término agresivo es usado en esta neoplasia debido a la tendencia a la recurrencia local, con tasas que oscilan entre 33% y 56%, lo que se podría explicar por la dificultad técnica de la resección debido a su semejanza con los tejidos adyacentes.

Caso clínico. Paciente de sexo femenino de 35 años que consultó al servicio por un cuadro clínico de 5 meses

de evolución consistente en sensación de masa en el glúteo izquierdo, que sobresalía con la bipedestación, de consistencia blanda.

Se practicó ecografía transvaginal que reportó una masa de apariencia quística en el periné y glúteo izquierdo, con bordes definidos, de 75 x 43 mm y tabicada. Se realizó biopsia incisional que reportó una lesión tumoral de apariencia fibromixoide.

Se consideraron los diagnósticos de perineurioma o tumor mixoide. La tomografía computadorizada (TC) abdominal con contraste reportó una masa intrapélvica adyacente a la ampolla rectal, con borramiento de la grasa isquiorrectal por masa tumoral.

Se llevó a cirugía donde se resecó el tumor de la fosa isquiorrectal izquierda y se halló una masa tumoral lobular de 15 cm, aproximadamente, de aspecto mixoide. El informe final de patología fue de angiomixoma agresivo. La paciente tuvo una buena evolución postquirúrgica, sin recidiva de la lesión en 8 meses.

Discusión. Es importante conocer esta patología para establecer el diagnóstico diferencial con otras patologías quirúrgicas, como hernias, lesiones perineales y lipomas.