



VIDEOS

03-001 **REINTERVENCIÓN DE MIOTOMÍA** **DE HELLER FALLIDA EN PACIENTE** **CON ACALASIA RECURRENTE,** **PRESENTACION DE UN CASO**

*Jesús Vásquez, Diego Penagos,
Rogelio Matallana, Eugenia López*
Universidad CES - Clínica CES - Hospital Manuel Uribe Ángel,
Medellín, Colombia

Introducción. En los últimos años se ha observado un aumento en el número de casos de acalasia, razón por la cual el cirujano general está cada vez más expuesto no sólo al reto diagnóstico, sino al abordaje terapéutico y a su seguimiento a largo plazo.

El método de referencia para el manejo de la acalasia es la miotomía de Heller con tasas de éxito que van de 89% a 95%. La cirugía mínimamente invasiva se ha constituido en la vía de elección para el abordaje quirúrgico gracias a que mejora la exposición anatómica de la unión gastro-esofágica y disminuye el tiempo de recuperación postoperatoria.

Casos clínicos. Nuestra serie de casos clínicos recoge la experiencia de dos centros de tercer nivel de Medellín en cuanto al manejo laparoscópico de la acalasia. Se recolectaron retrospectiva y prospectivamente los datos de 16 pacientes en los últimos 8 años. El tiempo promedio de seguimiento fue de 21 meses.

La mejoría sintomática postoperatoria en escala de 1 a 10 fue de 8,2, según concepto subjetivo de los pacientes.

El principal síntoma postoperatorio fue la pirosis en 50% de los pacientes. El tiempo libre de síntomas fue de 16 meses en promedio. La ganancia promedio de peso fue de 5,8 kg. Sólo se reintervino un paciente por miotomía parcial y reaparición de disfagia.

Revisión de la literatura. Después de realizar una revisión de la literatura, pensamos que es importante evaluar nuestra experiencia en el manejo quirúrgico y el seguimiento postoperatorio del paciente con acalasia. Nuestro estudio muestra que con el manejo quirúrgico se logra una buena tasa de éxito, con mínimas complicaciones a largo plazo y una mejoría subjetiva de los síntomas y de la calidad de vida aceptable para el paciente.

03-002 **REPARO LAPAROSCÓPICO DE HERNIA** **PARAESOFÁGICA TIPO II Y III** **CON VÓLVULO GÁSTRICO**

*Jesús Vásquez, Diego Penagos,
Juan Pablo Dueñas, Eugenia López*
Universidad CES – Hospital Manuel Uribe Ángel, Medellín,
Colombia

Introducción. La enfermedad por reflujo gastroesofágico es una situación clínica a la cual se enfrenta frecuentemente el cirujano general. Del total de los pacientes con esta patología que son intervenidos quirúrgicamente, existe 5% en los cuales las hernias paraesofágicas incluyen no sólo el deslizamiento cefálico

de la unión gastroesofágica, sino también la inclusión en el saco herniario de otras estructuras abdominales, más comúnmente del estómago, lo cual aumenta hasta en 49% la incidencia de complicaciones catastróficas.

Casos clínicos. Presentamos una serie de tres casos clínicos en un centro de referencia de tercer nivel para cirugía antirreflujo de Medellín, en los cuales se encontraron hernias paraesofágicas tipo II y III con vólvulo gástrico que fueron sometidos a reparo laparoscópico. Todos los pacientes contaron con evaluación imaginológica por medio del estudio con bario de esófago que mostró la ubicación intratorácica de la cámara gástrica con rotación axial del órgano.

Los pacientes fueron sometidos a un procedimiento estándar que incluyó la disección del saco herniario con eliminación del vólvulo y reducción del estómago a la cavidad abdominal, seguido de la disección del esófago intratorácico, cierre del defecto en el hiato esofágico y funduplicatura tipo Nissen-Roseti.

Durante la evolución clínica de los pacientes se obtuvo la resolución del 100%, de los síntomas en la primera semana del postoperatorio, sin que se hubieran reportado complicaciones en el primer mes.

Discusión. Existe muy pocas referencias en la literatura revisada sobre reparos de este tipo de hernias paraesofágicas complejas, por lo cual presentamos esta serie de casos en los cuales se demuestra una técnica estándar para el manejo laparoscópico de esta patología.

03-003

RESECCIÓN POR LAPAROSCOPIA DE GIST GÁSTRICO

*Hernán Restrepo, Diego García,
Mauricio Ramírez, Lina María Velásquez*
Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia

Introducción. Los tumores del estroma gastrointestinal son las neoplasias mesenquimatosas más comunes del tracto gastrointestinal, con una incidencia entre 11 y 14,5 millones de personas y una prevalencia de 129 por millón de personas. Anualmente se presentan de 4.000 a 6.000 casos en los Estados Unidos, principalmente en mayores de 50 años, y su localización principal es en el estómago, en 40% a 70% de los casos. Frecuentemente son asintomáticos o pueden manifestarse como una

enfermedad avanzada, con masa, dolor abdominal y sangrado. En la evaluación con endoscopia se evidencia una lesión submucosa. Todos los tumores del estroma gastrointestinal tienen potencial maligno y un amplio espectro de comportamiento; idealmente, su manejo es la resección quirúrgica. La resección por laparoscopia está indicada en tumores pequeños o intermedios, pero requiere un buen entrenamiento.

Materiales y métodos. Se presenta el caso de un paciente de 63 años, sin antecedentes patológicos, que consultó por sangrado digestivo con melenas, sin hematemesis. Se realizó endoscopia digestiva superior que evidenció una lesión submucosa en el cuerpo y el antro gástricos, sin evidencia de sangrado activo. Se realizó el estudio anatomopatológico de la muestra con inmunohistoquímica que evidenció un tumor gastrointestinal del estroma, con CD 117 positivo C KIT positivo. Se realizó la resección por laparoscopia de la lesión del antro por laparoscopia, sin complicaciones y con una buena evolución postoperatoria.

Resultados. Se resecó el tumor del estroma gastrointestinal localizado en el antro por laparoscopia, con extracción exitosa y sin complicaciones.

Discusión. La resección por laparoscopia de tumores del estroma gastrointestinal, está indicada principalmente en tumores de bajo riesgo y en tumores pequeños. Requiere un entrenamiento adecuado para evitar la ruptura del tumor y, así, la diseminación tumoral a la cavidad y a los puertos de la laparoscopia. Se presenta un caso de resección de tumor del estroma gastrointestinal por laparoscopia, sin complicaciones y con adecuada evolución postoperatoria.

03-004

RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE DIVERTÍCULO DUODENAL Y DEL YEYUNO

*Hernán Restrepo, Álvaro García Valencia,
Mauricio Ramírez, Lina Velásquez*
Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia

Introducción. La segunda localización más frecuente de los divertículos que afectan el tubo digestivo es en el duodeno, después del colon sigmoides. En la práctica clínica, su incidencia es menor de 6%, en endoscopias es de 12% a 27%, pero en autopsias es hasta de 23%.

Los divertículos duodenales pueden ser únicos o múltiples y su tamaño varía entre 2 cm y 5 cm. La localización más común es en la segunda porción del duodeno (60% a 95%) alrededor de la ampolla de Vater. Usualmente son asintomáticos, pero pueden presentarse con complicaciones como hemorragia o perforación. El diagnóstico preoperatorio es raro. Se han considerado muchas técnicas de resección, entre las que se incluye la diverticulectomía.

Materiales y métodos. Se presenta el caso de una paciente de 44 años, con sospecha de enfermedad de Crohn en tratamiento desde hacía 4 años, quien recibió mesalazima hasta mayo de 2007. Fue remitida por presentar dolor abdominal. Se ordenó tomografía computadorizada (TC) que evidenció un divertículo duodenal gigante de 7 cm x 7 cm. El estudio radiológico con bario evidenció el mismo divertículo en la segunda y la tercera porciones del duodeno. Se practicó diverticulectomía por laparoscopia y, además, se encontraron divertículos en el yeyuno, los que se resecaron, y se hizo una anastomosis. La paciente tuvo una buena evolución postoperatoria.

Resultados. Se realizó diverticulectomía por laparoscopia con resección exitosa del divertículo duodenal y de los divertículos del yeyuno sin complicaciones.

Discusión. El primer reporte de resección por laparoscopia de un divertículo duodenal fue realizado por Callery en 1999, con adecuada evolución postoperatoria. Luego, en el 2000, se reportó un nuevo caso con un tiempo operatorio promedio de 180 minutos y con mínimo sangrado. La localización del divertículo en la segunda porción del duodeno ayuda al abordaje por laparoscopia, con tiempos quirúrgicos menores, con menor frecuencia de sangrado y con menor morbilidad postoperatoria.

03-005 SIGMOIDECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Jorge Bernal, Juan Pablo Dueñas, Mario Muñoz
Universidad CES, Medellín, Colombia

Introducción y objetivo. Se presenta el caso de una paciente de 73 años con diagnóstico de cáncer del colon sigmoideas, por imágenes y biopsias por colonoscopia. El objetivo fue mostrar la resección del tumor por

laparoscopia, con técnicas estándar, demostrando las posibilidades propias del procedimiento y su seguridad en manos adecuadamente entrenadas.

Materiales y métodos. Presentación de cine clínico consistente en el tratamiento de la patología por laparoscopia y sutura mecánica.

Resultados. Se hizo la resección con adecuados resultados oncológicos para la paciente, sin complicaciones desde el punto de vista quirúrgico y con adecuada evolución.

Conclusiones. La sigmoidectomía por laparoscopia es un método seguro y factible en nuestro medio, con resultados adecuados para los pacientes.

03-006 TUMOR SUPRARRENAL IZQUIERDO POR LAPAROSCOPIA

Carlos Lopera, Wilfredy Castaño, Rafael Velasco
Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

Introducción y objetivos. Una de las manifestaciones más importantes de los tumores suprarrenales es la presencia de virilización por la producción de hormonas sexuales; también hay que tener en cuenta la posibilidad de hiperaldosteronismo, feocromocitoma, síndrome de Cushing y neuroblastomas. Se debe tener un alto índice de sospecha clínica y utilizar todos los métodos diagnósticos hormonales e imaginológicos que se han desarrollado para este fin. Se desea compartir el caso de un niño de 3 años con virilización y el hallazgo de un tumor suprarrenal que fue resecado por laparoscopia con una excelente evolución posterior.

Materiales y métodos. Resección quirúrgica de un tumor suprarrenal por laparoscopia, grabado en video con la cámara del laparoscopio.

Resultados. Excelente evolución posquirúrgica, nuevamente con cambio de voz y caída del vello púbico.

Discusión y conclusiones. La resección por laparoscopia es la elección en los tumores suprarrenales menores de 6 centímetros, con una inmensa aplicabilidad en niños, con la cual se obtienen menores complicaciones, mejor recuperación posoperatoria y mejoría en las secuelas estéticas.

03-007**GASTRECTOMÍA TOTAL
POR LAPAROSCOPIA CON ANASTOMOSIS
INTRACORPÓREA**

*Jorge A. Bernal, Felipe Vanegas,
Rogelio Matallana, Alexander Obando*
Universidad CES, Medellín, Colombia

Introducción y objetivos. Las técnicas mínimamente invasivas han demostrado claras ventajas sobre la cirugía tradicional en patología benigna; estos beneficios se han extrapolado a patologías neoplásicas y su práctica se ha incrementado progresivamente. Azagra, casi de manera simultánea con cirujanos japoneses, realizó los primeros trabajos en gastrectomía total laparoscópica a comienzos de los años 90.

La alta incidencia de esta patología en nuestra comunidad ha obligado a optimizar todas las alternativas de tratamiento para la misma, y la resección laparoscópica ha ganado espacio en nuestro medio con este objetivo. La intención de presentar este video es demostrar que la gastrectomía laparoscópica es una alternativa real en nuestro medio, en el manejo de pacientes con cáncer gástrico.

Materiales y métodos. Se presenta el caso clínico de un paciente masculino de 61 años, con diagnóstico de cáncer gástrico en el tercio proximal de la curvatura menor, definido como resecable por clínica e imagenología.

Resultados. El paciente se programó para gastrectomía total. El procedimiento se realizó por laparoscopia, y se practicó gastrectomía total con reconstrucción en Y de Roux y anastomosis intracorpórea esófago-yeyuno, con suturas mecánicas y adecuada linfadenectomía.

El paciente evolucionó adecuadamente, sin complicaciones; actualmente continúa en manejo por oncología.

Discusión y conclusiones. Existe un número importante de trabajos en la literatura mundial en los que se intenta evaluar los resultados de la cirugía laparoscópica Vs. abierta, con respecto a: tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria, morbilidad, márgenes oncológicos, linfadenectomía y supervivencia global. A la luz de esta evidencia, se ha encontrado que en los pacientes

adecuadamente seleccionados, la gastrectomía por laparoscopia es segura y con iguales estándares en relación con el pronóstico oncológico de la cirugía tradicional, y con los beneficios de la cirugía de mínima invasión.

03-011**RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA
DE PÁNCREAS ECTÓPICO**

*Jorge Bernal, Felipe Vanegas, Rogelio Matallana,
Cristina García*
Clínica de Las Américas, Universidad CES, Medellín, Colombia

Introducción. El páncreas ectópico es un foco aberrante de tejido pancreático que se desarrolla normalmente aunque carece de continuidad vascular y anatómica con el órgano y se puede encontrar en diferentes locaciones. Tiene una incidencia en la población general de 1% a 13%. La mayoría están localizados en la submucosa (50%), algunos en la *muscularis mucosae* o, incluso, en la serosa. La localización usual es en el estómago (25% a 38%), el duodeno (17% a 36%) y el yeyuno (15% a 21%), y es rara en esófago, divertículo de Meckel, vesícula biliar, colédoco, bazo, mesenterio, mediastino y trompas de Falopio. Usualmente, el tejido ectópico es asintomático y se encuentra incidentalmente en cirugía por otras causas. Sin embargo, puede presentar las mismas complicaciones que el resto del tejido pancreático, como degeneración quística, transformación maligna, inflamación, etc.

Materiales y métodos. Para la realización del procedimiento se utilizaron cuatro puertos de laparoscopia: 2 de 10 mm y 2 de 5 mm. La ubicación en el abdomen fue la misma utilizada para la cirugía para el reflujo, a excepción del puerto epigástrico. Se utilizó un lente de 30° para la laparoscopia y una endograpadora de 60 mm (carga azul), para la resección de la lesión. Inicialmente se hizo una laparoscopia diagnóstica, y luego se identificó la lesión localizada en el yeyuno y se resecó con una endograpadora lineal cortante.

Resultados. Paciente de sexo femenino, de 30 años de edad que acudió al Servicio de Cirugía de nuestra institución programada para una cirugía bariátrica tipo *bypass* gástrico. Durante el procedimiento, incidentalmente se identificó una lesión de 2 cm de diámetro, aproximadamente, en el borde antimesentérico del yeyuno a 30 cm del ángulo de Treitz.

La paciente se programó para biopsia por escisión en un segundo procedimiento. La patología arrojó como resultado tejido pancreático no neoplásico y el resto de la muestra fue de aspecto intestinal normal. La paciente fue dada de alta al tercer día, sin complicaciones durante ni después de la cirugía.

Discusión. En todos los casos se recomienda la resección quirúrgica del tejido pancreático ectópico, no sólo para aquéllos complicados, sino también para establecer un diagnóstico definitivo, descartar neoplasia y prevenir futuras complicaciones relacionadas con el mismo.

La cirugía laparoscópica es una excelente opción por ser mínimamente invasiva, con mejores resultados en cuanto morbilidad postoperatoria, pues produce menos dolor postoperatorio, menor tasa de complicaciones infecciosas, menor tiempo de estancia hospitalaria y menor incapacidad postoperatoria, entre otras. Además, presenta facilidades desde el punto de vista técnico.

03-013 **RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA** **DE HAMARTOMA DUODENAL**

Sergio Díaz, Felipe Vanegas, Rogelio Matallana
Clínica CES, Medellín, Colombia

Introducción y Objetivo. El hamartoma de glándulas de Brunner es un raro tumor duodenal localizado con mayor frecuencia en la primera porción que, si bien puede ser asintomático, no es raro que produzca cuadros de hemorragia digestiva u obstrucción intestinal. Su diagnóstico se realiza por gastroscopia o estudio digestivo radiográfico con bario y su tratamiento consiste en la resección endoscópica o quirúrgica, con muy buen pronóstico.

Son más frecuentes en adultos y suelen ser pólipos pedunculados y localizarse en la cara posterior de la primera porción del duodeno, con un tamaño que oscila entre 1 cm y 6 cm. Su presentación clínica es también variable: pueden ser asintomáticos o causar hemorragia u obstrucción; los sangrantes son más frecuentes más allá de la primera porción del duodeno.

Nuestro objetivo es presentar una alternativa de mínima invasión para el manejo de lesiones pediculadas del tracto

gastrointestinal superior que, por su tamaño y base de implantación, no sería posible reseccionar mediante polipectomía endoscópica y sólo quedaría como alternativa en estos pacientes una laparotomía.

Caso clínico. Paciente femenino de 48 años que consultó por varios meses de dolor epigástrico inespecífico asociado a episodios más frecuentes de vómito y pérdida de peso. Se realizó endoscopia que reportó una lesión pediculada de 2 cm de diámetro en la cara posterior de la primera porción del duodeno.

Materiales y método. La intervención se practicó bajo anestesia general. Se produjo un neumoperitoneo de 15 mm de Hg y, luego, se insertaron 5 trocares similares a los de la cirugía para el reflujo, así:

1. puerto epigástrico de 5 mm como retractor hepático,
2. puerto umbilical de 10 mm como cámara,
3. dos puertos subcostales, derecho de 5 mm e izquierdo de 5 mm para trabajo, y
4. un puerto de 10 mm en un punto intermedio entre la cámara y el puerto subcostal izquierdo para el ayudante.

Se inició con una apertura del duodeno a nivel pilórico, similar a una piloroplastia donde, acto seguido, se expuso el tumor y se grapó en su base con un disparo de sutura mecánica de 75 mm (Echelon®). posteriormente, se cerró el duodeno con sutura intracorpórea; además, se hizo una vagotomía troncular como preparación antiulceroosa.

Discusión y Conclusiones. La técnica laparoscópica para la resección de tumores pediculados duodenales o gástricos, es segura y técnicamente factible como alternativa en aquellos casos en que no sea posible hacer una polipectomía endoscópica. Evita hacer grandes incisiones y se obtienen los beneficios de una cirugía de mínima invasión.

03-014 **RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA** **TRANSGÁSTRICA DE TUMOR GIST**

Rogelio Matallana, Felipe Vanegas, Sergio Díaz
Clínica CES, Medellín, Colombia

Introducción y Objetivo. Los GIST (*gastrointestinal stromal tumors*) son tumores del tejido conjuntivo del tubo digestivo. Pueden surgir en cualquier punto desde el esófago hasta el ano. Son tumores infrecuentes que aparecen en tejidos conjuntivos que rellenan o conectan entre sí otros tejidos, como la grasa, los músculos, los nervios o los vasos sanguíneos. Durante años hemos confundido el GIST con el leiomioma intestinal, que es el cáncer derivado de la transformación maligna, no de las células nerviosas del intestino, sino de las musculares. Ambas células son tan similares que los dos cánceres son prácticamente indistinguibles, hasta para el examen microscópico más minucioso. Sin embargo, la diferencia es crucial, ya que mientras el GIST es sensible a un nuevo tratamiento, el leiomioma es completamente resistente a su acción.

El objetivo fue exponer la opción quirúrgica mínimamente invasiva en este tipo de tumores cuando su tamaño contraindicaría la resección endoscópica, ya que se corre el riesgo de dejar enfermedad residual y así aumentar la posibilidad de recaída en el tiempo; además, generar otra alternativa distinta a la laparotomía exploratoria.

Caso clínico. Paciente de 56 años que consultó por hematemesis y melenas. Ingresó al servicio de urgencias con hemoglobina de 9,5 gr/dl, fue hospitalizado y se le hizo una endoscopia de vías digestivas superiores que informó una lesión pediculada de 3 cm de diámetro, aproximadamente, de base ancha, en el fondo gástrico y ulcerada, diagnosticada como un GIST.

Materiales y métodos. El procedimiento se practicó bajo anestesia general. Se produjo un neumoperitoneo de 15 mm de Hg y luego se procedió a insertar 5 trocares similares a los de la cirugía para el reflujo, así:

1. puerto epigástrico de 5 mm como retractor hepático,
2. puerto umbilical de 10 mm como cámara,
3. dos puertos subcostales, derecho de 5 mm e izquierdo de 5 mm, para trabajo, y
4. un puerto de 10 mm en un punto intermedio entre la cámara y el puerto subcostal izquierdo para el ayudante.

Se inició con una gastrotomía longitudinal, de 5 cm aproximadamente, por donde se exteriorizó el pólipo y luego se procedió al grapado de su base con dos disparos de sutura mecánica de 75 mm (Echelon®).

Posteriormente se realizó sutura intracorpórea con vycryl 3/0 ®. El espécimen se extrajo en una endobolsa.

Discusión y conclusiones. La cirugía es el tratamiento clásico de los GIST y el único que sigue siendo capaz de curarlos. Sin embargo, como hemos visto, muy pocos casos permanecen aún en fase operable cuando se diagnostican. Por otro lado, un porcentaje apreciable de los pacientes operados de GIST presenta recaídas. La mayoría de las recaídas sucede en el primero o segundo año después de la cirugía, aunque se han documentado hasta 20 años después de la operación.

La probabilidad de recaída puede calcularse en función del tamaño del tumor y del número de mitosis (la cantidad de células que aparecen dividiéndose al observar el tumor al microscopio). Los GIST operados de menos de uno o dos centímetros y escasas o nulas mitosis, recaen tan infrecuentemente que casi se consideran tumores benignos. En cambio, los tumores con más de 10 centímetros o mitosis muy numerosas, ocasionan metástasis en casi todos los casos.

03-015 RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE GIST

Jorge Bernal, Juan Pablo Dueñas, Mario Muñoz, Sergio Gómez
Universidad CES, Medellín, Colombia

Introducción y objetivo. Se presenta el caso de un paciente con hallazgo de masa tumoral de 10 cm en el yeyuno proximal, que fue llevado a cirugía por laparoscopia y en quien se logró la resección completa del tumor. El diagnóstico posterior fue de tumor GIST.

El objetivo fue presentar el caso manejado en la Clínica Las Américas de Medellín, con técnica laparoscópica asistida extracorpóreamente, que demuestra la seguridad del método y los buenos resultados logrados cuando se realiza por personal adecuadamente entrenado.

Materiales y métodos. Presentación de cine clínico consistente en el tratamiento de patología de un paciente masculino para la resección y tipificación de

una lesión identificada, mediante el uso de laparoscopia y sutura mecánica.

Resultados. La resección se hizo con adecuados resultados oncológicos para el paciente, y se lograron un diagnóstico y un tratamiento adecuados. No se presentaron complicaciones desde el punto de vista quirúrgico y la evolución fue adecuada.

Discusión y Conclusiones. Los métodos laparoscópicos asistidos de forma extracorpórea son válidos y seguros en el manejo de múltiples patologías intestinales, con resultados adecuados para los pacientes.

03-016 RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE TUMOR RETROPERITONEAL

*Jorge A. Bernal, Juan Pablo Dueñas,
Mario Muñoz, Santiago Gómez*
Universidad CES, Medellín, Colombia

Introducción y Objetivo. Paciente con antecedente de neoplasia renal, ahora con masa en el lecho quirúrgico que apareció un año después de la cirugía. El estudio de patología reportó fibrosis.

El objetivo fue presentar el caso manejado en la Clínica Las Américas de Medellín, con técnica laparoscópica, demostrando que esta forma de abordaje es un método adecuado para lograr adecuada exposición y resección de lesiones en el retroperitoneo.

Materiales y métodos. Presentación de video clínico consistente en el tratamiento de la lesión tumoral por laparoscopia en una paciente con masa retroperitoneal, manejado con instrumentos comunes en la técnicas mínimamente invasivas.

Resultados. Resección con adecuados resultados para el paciente, sin complicaciones desde el punto de vista quirúrgico y con adecuada evolución postoperatoria.

Discusión y Conclusiones. La laparoscopia es un método seguro y factible en nuestro medio, para el manejo de masas en retroperitoneo; es un método adecuado tanto para el diagnóstico como el tratamiento de los pacientes.

03-017 TRASPLANTE DE INTESTINO DELGADO

*Carlos Guzmán, Sergio Hoyos, Álvaro Mena,
Fabián Juliao*
Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia

Introducción. Desde 1987, el trasplante de intestino ha tenido un desarrollo progresivo y hoy ofrece una supervivencia similar a la de los trasplantes de hígado y riñón: 92% a 1 año, 82% a 5 años y 65% a 10 años.

Debido al incremento de los pacientes con falla intestinal en Colombia, presentamos nuestra experiencia para estimular el desarrollo de esta técnica en nuestro país.

Materiales y métodos. Se realizó un video con imágenes tomadas a una de nuestras pacientes antes, durante y después del trasplante.

Resultados. Se realizó un trasplante de intestino en una paciente de 21 años con un síndrome de intestino ultracorto. Se presentan las etapas del trasplante y, al final, se comentan sus complicaciones, con el testimonio de la paciente y su madre.

Discusión y conclusiones. Éste es el cuarto paciente adulto que ha recibido trasplante de intestino en el Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín, todos con una evolución adecuada y un desmonte completo de la nutrición parenteral total. El primer paciente recibió el trasplante en febrero de 2006, la segunda en enero de 2007 y el tercero en julio de 2007. Realizamos un trasplante a una niña de 18 meses en noviembre de 2006, pero falleció a los 45 días, con el intestino funcionando adecuadamente, durante una inducción anestésica para la toma de biopsias de intestino, como parte del seguimiento normal de los pacientes. Con estos resultados, queremos compartir con los demás cirujanos colombianos que el trasplante de intestino delgado ya es una realidad en el mundo y en nuestro país, con resultados completamente satisfactorios.

03-018 COLECISTECTOMÍA MÁS LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS POR LAPAROSCOPIA (REINTERVENCIÓN)

David Ricardo Herrera, Carlos Lopera
Universidad El Bosque, Bogotá, D.C., Colombia

Introducción y objetivo. El caso se trata de una paciente de sexo femenino de 33 años, con antecedentes de colecistectomía subtotal por laparotomía, realizada por colecistitis secundaria a colelitiasis 18 meses antes del cuadro clínico que motivó la consulta; presentó colecistitis y colelitiasis, por lo cual es intervenida nuevamente.

El objetivo fue demostrar cómo, por laparoscopia, se pueden resolver complicaciones a largo plazo de pacientes previamente intervenidos por laparotomía, sobre la misma área quirúrgica y sin necesidad de conversión a laparotomía.

Materiales y métodos. Se realizó un estudio descriptivo de reporte de caso. Se intervino por laparoscopia una paciente de 33 años, con el antecedente previamente mencionado, en la Clínica SOMA de Medellín, en abril de 2008.

Resultados. Se practicó una colecistectomía laparoscópica y liberación de adherencias por síndrome de adherencias grave; se disecó y observó el conducto hepático común, la arteria y el conducto císticos. La evolución postoperatoria fue adecuada y se manejó en forma ambulatoria, con control a los ocho días.

Discusión y conclusiones. La curva de aprendizaje adecuado del cirujano en laparoscopia nos ofrece resultados cada vez más favorables, como se observa en este video. Pese a tener factores pronósticos de conversión de cirugía laparoscópica a abierta, con una adecuada disección se logró el objetivo de la cirugía, lo cual favoreció la recuperación de la paciente y disminuyó el tiempo de hospitalización.

Hemos confirmado que la colecistectomía por laparoscopia es una técnica recomendable en pacientes con colecistitis aguda más colelitiasis, inclusive en reintervenciones de pacientes previamente sometidos a laparotomía y con manipulación de la misma área quirúrgica.

03-019 **CORRECCIÓN DE HERNIA DE PETERSON** **POR LAPAROSCOPIA**

David Ricardo Herrera, Jesús Vásquez
Clínica de Las Américas, Medellín, Colombia
Instituto de Cirugía Mínimamente Invasiva, MEDLAP

Introducción y objetivo. Se intervino una paciente de 32 años, con un antecedente de *bypass* gástrico por cuadro de obesidad mórbida 16 meses antes del cuadro de consulta. En marzo de 2008 se le diagnosticó una hernia de Peterson en la Clínica Las Américas de Medellín, con las imágenes de tránsito intestinal.

El objetivo fue mostrar cómo las complicaciones tardías de procedimientos como el *bypass* gástrico por laparoscopia, pueden manejarse de manera adecuada por la misma vía.

Materiales y métodos. Se llevó a cabo un estudio descriptivo de reporte de caso de una intervención por laparoscopia.

Resultados. Se realizó una laparoscopia diagnóstica en una paciente con antecedente de *bypass* gástrico por obesidad mórbida. Se confirmó el diagnóstico y en laparoscopia se pudo identificar la reducción y corrección del defecto de la hernia entre los mesenterios. Se evidenció la ausencia de bridas en la paciente.

Discusión y conclusiones. La hernia de Peterson, como complicación de la cirugía de *bypass* gástrico, puede presentarse tanto en la cirugía abierta como en la laparoscópica, pese a tomar las medidas respectivas en la cirugía inicial; lo mismo sucede con la presencia de adherencias.

Las complicaciones a largo plazo de una cirugía laparoscópica pueden y deben manejarse, en lo posible, por la misma vía. El riesgo de adherencias en el postoperatorio de la cirugía por laparoscopia es bajo, como se observó en el video.

03-020 **HERNIA HIATAL GIGANTE Y** **OBSTRUCCIÓN GÁSTRICA,** **CIRUGÍA DE NISSEN DE URGENCIAS**

David Ricardo Herrera, Carlos Luna-Jaspe,
Enrique Jiménez, Ricardo Villarreal
Universidad El Bosque, Bogotá, D.C., Colombia

Introducción y objetivos. En un paciente de 27 años con antecedentes de hernia hiatal en manejo médico, conocido 6 meses antes del cuadro de consulta agudo —el cual se caracterizó por dolor abdominal, náuseas, emesis y defensa abdominal— se hizo el diagnóstico

con imágenes de tránsito intestinal, radiografía simple de tórax y por laparoscopia.

El objetivo fue lograr manejar por laparoscopia un cuadro de urgencias de un paciente con obstrucción observada en las radiografías a nivel gástrico, secundario a una hernia hiatal.

Materiales y métodos. Se llevó a cabo un estudio descriptivo de reporte de una intervención. Se trata de un paciente de 27 años, con obstrucción intestinal, con imágenes que evidenciaban una hernia hiatal gigante y obstrucción gástrica secundaria, en la Clínica Universitaria El Bosque en junio de 2008.

Resultados. Se practicó una cirugía de Nissen por laparoscopia, en el paciente antes mencionado. Se encontró más de 70% del estómago en el tórax, en un defecto hiatal mayor de 10 cm. Se observó la reducción y se corrigió el defecto de la hernia hiatal con la cirugía de Nissen, sin complicaciones.

Discusión y conclusiones. La cirugía de Nissen por laparoscopia es una técnica recomendada de manera electiva en pacientes con hernia hiatal y reflujo gastroesofágico con indicación y criterios de manejo quirúrgico; se demostró que, en casos de urgencias en los que habitualmente se hubiera escogido la laparotomía como abordaje de elección, también se puede utilizar la laparoscopia con resultados favorables.

Se puede utilizar la vía laparoscópica como abordaje de elección para cuadros agudos, con resolución del motivo de consulta con las ventajas de la laparoscopia.

03-021

HERNIA HIATAL GIGANTE, CIRUGÍA DE NISSEN POR LAPAROSCOPIA

David Ricardo Herrera, Carlos Lopera, Carlos Luna-Jaspe, Rafael Sánchez, Jean Pierre Vergnaud

Universidad El Bosque, Bogotá, D.C., y Clínica SOMA, Medellín, Colombia.

Introducción y objetivos. En un paciente de sexo masculino de 42 años, que consultó por sintomatología

de reflujo gastroesofágico, se realizó endoscopia de vías digestivas altas que reportó una hernia hiatal. En la radiografía de tórax se encontró una masa de tejidos blandos en el mediastino posterior que presentaba niveles hidroaéreos. Se hizo un diagnóstico de hernia hiatal gigante y se programó para cirugía de Nissen por laparoscopia en la Clínica El Bosque en marzo de 2007.

El objetivo fue describir los hallazgos de una hernia hiatal gigante y demostrar cómo se puede manejar adecuadamente con una intervención por laparoscopia con funduplicatura de Nissen.

Materiales y métodos. Se realizó un estudio descriptivo de reporte de funduplicatura de Nissen por laparoscopia.

Resultados. Se practicó una cirugía de Nissen por laparoscopia, en la que se evidenció un defecto del hiato esofágico de 11 cm aproximadamente, que permitía el paso del estómago y de asas intestinales a la cavidad torácica.

Discusión y conclusiones. De acuerdo con la curva de aprendizaje del cirujano, se puede ofrecer la vía laparoscópica como primera opción para el manejo de la enfermedad por reflujo gastroesofágico y hernia hiatal, y ante la mínima duda o dificultad, convertir el procedimiento a laparotomía.

Se describió y demostró la forma como se pudo manejar por vía laparoscópica con la cirugía de Nissen, un defecto del hiato esofágico de gran tamaño, sin necesidad de conversión a laparotomía. Además, se observaron de manera adecuada los pasos básicos de la cirugía de Nissen por laparoscopia, sin lesión de las estructuras manipuladas.

03-022

PANCREATECTOMÍA DISTAL MÁS ESPLENECTOMÍA POR LAPAROSCOPIA

David Ricardo Herrera, Carlos Lopera

Universidad El Bosque, Bogotá, D.C., y Clínica SOMA, Medellín, Colombia

Introducción y objetivo. En una paciente de 72 años, en quien se evidenció masa dependiente del cuerpo del páncreas como hallazgo incidental por imágenes de tomografía computarizada, se realizaron estudios

complementarios y prequirúrgicos. Fue llevada a pancreatectomía distal más esplenectomía en la Clínica SOMA en marzo de 2008.

El objetivo fue demostrar la forma como se pueden resear por vía laparoscópica tumores pancreáticos localizados en el cuerpo y el páncreas distal, no sólo para el estudio de extensión de tumores pancreáticos.

Materiales y métodos. Se llevó a cabo un estudio descriptivo de reporte de una intervención de pancreatectomía distal más esplenectomía.

Resultados. Se practicó una pancreatectomía distal más esplenectomía, por abordaje laparoscópico, con disección del cuerpo del páncreas e identificación de la masa, de aspecto macroscópico maligno, por lo cual se realizó esplenectomía. Todo el procedimiento se hizo por laparoscopia y se identificaron claramente los puntos de reparo y las estructuras vasculares.

Discusión y conclusiones. La cirugía laparoscópica en enfermedades del páncreas, era exclusiva para el estudio de patología maligna. Actualmente, se ha documentado el uso seguro y benéfico de la laparoscopia en el paciente con patología benigna o maligna de páncreas.

Se demostró la posibilidad de realizar procedimientos por vía laparoscópica, que habitualmente se realizaban por laparotomía, como la pancreatectomía distal por presencia de masa en el cuerpo y la cola del páncreas, inclusive con rangos de extensión con esplenectomía. Esto se asocia a los beneficios que el paciente obtiene, como menor morbilidad, menor dolor postoperatorio y menor estancia hospitalaria, entre otros.

03-023

ESPLENECTOMÍA, HABILIDADES ADQUIRIDAS EN LA ROTACIÓN DE LAPAROSCOPIA

David Ricardo Herrera, Carlos Lopera
Universidad El Bosque, Bogotá, D.C., y Clínica SOMA, Medellín, Colombia

Introducción y objetivo. Se presenta el caso de una paciente de 34 años con antecedentes de púrpura trombocitopénica idiopática, que se encontraba en manejo por hematología sin respuesta al manejo médico

con corticoides. Se realizó gammagrafía para descartar la presencia de bazo ectópicos.

El objetivo fue mostrar la forma como, durante la curva de aprendizaje de laparoscopia básica y bajo la adecuada tutoría, se pueden realizar procedimientos de laparoscopia avanzada.

Materiales y métodos. Se llevó a cabo un estudio descriptivo de reporte de una intervención. Se trata de una paciente de 34 años, con el antecedente mencionado, que se programó para esplenectomía por laparoscopia en la Clínica SOMA en marzo de 2008.

Resultados. Se practicó una esplenectomía con abordaje habitual con tres puertos, con el paciente en decúbito lateral a 45 grados. Se disecaron los ligamentos que sostienen el bazo hasta identificar el pedículo vascular, el cual se cortó con sutura mecánica vascular lineal cortante, y se hizo la extracción de la pieza quirúrgica, sin complicaciones.

Discusión y conclusiones. Es necesario desarrollar habilidades específicas en el personal en formación, para que adquieran la experiencia de los tutores. También se requiere el perfeccionamiento de la técnica para disminuir comparativamente los riesgos del paciente frente a la técnica abierta y adoptar la laparoscopia como técnica de primera elección para la esplenectomía.

La realización de procedimientos de cirugía laparoscópica avanzada, en la curva de aprendizaje de laparoscopia básica, es posible bajo la adecuada tutoría. La cuidadosa disección de las estructuras manipuladas permite llevar a cabo los procedimientos por la vía inicialmente elegida, evitando conversiones a laparotomía.

03-025

APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: DIFERENTES TÉCNICAS DE MANEJO DEL MUÑÓN APENDICULAR

Omar Espitia, Juan David Hernández, Raúl Pinilla, Óscar Gómez, Gustavo Landazábal, Carlos Tabares
Hospital Central de la Policía, CAN, Bogotá, D.C., Colombia

Introducción. La apendicitis aguda es la urgencia más frecuente en cirugía general. Desde 1894, la

apendicectomía es el tratamiento de elección. MacBurney desarrolló una técnica simple, reproducible, exitosa y con baja morbilidad, la cual no ha cambiado por más de un siglo.

La apendicectomía laparoscópica, reportada por primera vez por K. Semm en 1983, no ha sido de amplia aceptación por el cirujano general, lo que se podría explicar por varios motivos, como la falta de familiaridad con la técnica quirúrgica y el incremento de los tiempos quirúrgicos y los costos.

El objetivo de este video es mostrar nuestra experiencia con los primeros 40 casos de apendicectomía laparoscópica.

Materiales y métodos. Se presentan las diferentes técnicas para el manejo del muñón apendicular, como el uso de sutura mecánica, *clips*, nudos intracorpóreos y extracorpóreos, que permiten al cirujano general realizar un manejo seguro del muñón apendicular y mejorar los tiempos quirúrgicos.

Discusión y conclusiones. Consideramos que la técnica laparoscópica es segura y útil en grupos particulares de pacientes, como mujeres en edad fértil, obesos o cuando el diagnóstico clínico no es claro. Finalmente, el desarrollar técnicas laparoscópicas sencillas permitiría su implementación y adaptación en nuestros hospitales.

03-026 **EVENTRORRAFIA POR LAPAROSCOPIA**

*Omar Espitia, Oscar Gómez,
Juan David Hernández, Gustavo Landazábal,
Raúl Pinilla, Carlos Tabares,
Luis Miguel Marroquín*
Hospital Central de la Policía, Bogotá, D.C., Colombia

Introducción. Las hernias de la pared abdominal son un problema común y serio en cirugía general. Uno de cada 5 pacientes sometidos a laparotomía desarrolla hernia en el sitio de la incisión. Sin embargo, la mayoría de hernias pueden ser pequeñas y asintomáticas, y sólo un pequeño porcentaje progresa a estrangulación.

Desde la década de 1990, el cambio del cierre primario a la utilización de técnicas de libre tensión con la utilización de materiales protésicos –mallas– ha

representado un gran avance en la cirugía de la pared abdominal.

Materiales y métodos. En este video describimos nuestra experiencia inicial en la implementación de la técnica laparoscópica con la fijación de la malla con *tackers* en doble corona y transfacial con la utilización de dos puertos de 5 mm y uno de 11-12 mm.

Discusión y conclusiones. La eventrorrafia abierta es una técnica estandarizada de amplia difusión, y la técnica laparoscópica ha demostrado disminución de los tiempos de hospitalización, del dolor postoperatorio, de las recurrencias y de la infección del sitio operatorio.

03-027 **RESECCIÓN POR LAPAROSCOPIA DE GIST GÁSTRICO MÁS TUMOR NEUROENDOCRINO**

Ricardo Nassar, Natan Zundel, Germán Torres
Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C., Colombia

Introducción y objetivos. La cirugía laparoscópica es uno de los avances más importantes para el cirujano actual. El conocimiento de las técnicas y de sus utilidades permite ofrecer mejores resultados. Además, su uso se amplía cada vez más en el manejo de la patología oncológica.

El objetivo fue comentar el enfoque del paciente con masas abdominales e ilustrar la técnica quirúrgica de la resección de masas abdominales en patología oncológica.

Materiales y métodos. Se presenta un video con el caso de un paciente con dos masas abdominales, un tumor de estroma gástrico (GIST) y otro tumor neuroendocrino retroperitoneal, a quien se le realizó la resección por laparoscopia.

Resultados. Se presenta el caso de un paciente con hallazgo en la tomografía de dos masas abdominales, una dependiente de la cámara gástrica en su curvatura mayor y otra de ubicación retroperitoneal. El informe definitivo de patología reveló un GIST gástrico y un tumor neuroendocrino.

Discusión y conclusiones. El abordaje por laparoscopia de las masas abdominales permite un manejo completo y facilita la disección anatómica. Su uso en cirugía

oncológica es cada vez más difundido y utilizado, y permite iguales tasas de radicalidad en casos específicos.

03-028

CORRECCIÓN POR LAPAROSCOPIA DE HERNIA PARAESOFÁGICA GIGANTE

Ricardo Nassar, Natan Zundel, Germán Torres
Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C., Colombia

Introducción y objetivo. Los resultados obtenidos por cirugía laparoscópica en el manejo de la hernia hiatal y paraesofágica, la colocan como la primera opción en el tratamiento de pacientes con esta patología. Un mayor entendimiento de la fisiología y un buen conocimiento de la anatomía, son bases fundamentales para el cirujano que afronta el paciente con este tipo de hernias diafragmáticas.

El objetivo fue enseñar el desarrollo en las técnicas quirúrgicas para el manejo de la hernia paraesofágica e ilustrar la técnica quirúrgica actual para la corrección por laparoscopia.

Materiales y métodos. Se presenta un video con el caso de una paciente con una hernia paraesofágica gigante y se muestra la técnica actual para su corrección con materiales protésicos.

Resultados. Se presenta el caso de una paciente con síntomas dispépticos y reflujo de larga data. Se realiza la corrección por laparoscopia con colocación de malla, con muy buenos resultados.

Discusión y conclusiones. El abordaje por laparoscopia se ha convertido en la actualidad en la herramienta más útil para el tratamiento de la hernia hiatal. La resolución de los síntomas y el mejoramiento de la calidad de vida de esta paciente, son el reflejo de los excelentes resultados obtenidos con la aplicación de la técnica quirúrgica actual.

03-029

MANGA GÁSTRICA MÁS CORRECCIÓN DE HERNIA HIATAL POR LAPAROSCOPIA

Ricardo Nassar, Natan Zundel, Germán Torres
Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C., Colombia

Introducción y objetivos. Con el desarrollo de las técnicas en cirugía laparoscópica, la realización de varios procedimientos por medio de este abordaje permite mejorar los resultados postoperatorios y el cumplimiento del tratamiento de la obesidad en particular.

El objetivo fue mostrar la realización de la manga gástrica para el manejo de la obesidad mórbida e ilustrar la combinación de técnicas quirúrgicas en el desarrollo de la laparoscopia.

Materiales y métodos. Se presenta un video con el caso de una paciente con obesidad a quien, en su enfoque diagnóstico prequirúrgico, se le diagnosticó una hernia hiatal (sintomática) y se le propuso un manejo por laparoscopia.

Resultados. Se presenta el caso de una paciente con obesidad grado II asociada con síntomas dispépticos. Con los estudios prequirúrgicos practicados se evidenció una hernia hiatal. Se realizó una manga gástrica (*sleeve gastrectomy*) por medio de técnica laparoscópica, lo que hizo más fácil la corrección de la hernia hiatal.

Discusión y conclusiones. En la evolución de la cirugía, el desarrollo de las técnicas quirúrgicas por laparoscopia en manos expertas ha mejorado los resultados postoperatorios. La gastrectomía vertical, o manga gástrica, por laparoscopia (*sleeve gastrectomy*) es un procedimiento relativamente reciente, que tiene varios efectos que combinan parte de la cirugía restrictiva y de mala absorción. La combinación de las técnicas utilizadas en este caso no presentó mayor riesgo de complicaciones y permitió la realización del tratamiento completo para la condición de la paciente.

03-030

BYPASS GÁSTRICO MÁS RETIRO DE BANDA GÁSTRICA POR LAPAROSCOPIA

Ricardo Nassar, Natan Zundel, Germán Torres
Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C., Colombia

Introducción y objetivo. En el desarrollo de las técnicas quirúrgicas para el manejo del paciente con obesidad mórbida, la cirugía laparoscópica ha demostrado ser el tratamiento de referencia de esta patología.

El objetivo fue mostrar el desarrollo en las técnicas quirúrgicas para el manejo de la obesidad mórbida e

ilustrar la técnica quirúrgica actual para la realización del *bypass* gástrico por laparoscopia.

Materiales y métodos. Se presenta un video con el caso de un paciente a quien inicialmente se le realizó un procedimiento bariátrico restrictivo, en quien posteriormente se afianza el tratamiento con cirugía de mala absorción.

Resultados. Se presenta el caso de un paciente con superobesidad quien, durante el tratamiento inicial, fue manejado con banda gástrica por laparoscopia con lo cual se logró disminuir su peso hasta rangos de obesidad mórbida, pero sin lograr disminuir más de peso. Para continuar con su tratamiento de la obesidad, se le realizó una derivación gástrica (*bypass* gástrico) más el retiro de la banda gástrica, con buenos resultados.

Discusión y conclusiones. En el enfoque del manejo interdisciplinario y quirúrgico de pacientes con obesidad y sus enfermedades concomitantes, se deben tener claras las indicaciones de cada uno de los tipos de cirugía bariátrica, teniendo en cuenta las condiciones particulares de cada paciente. El mejor entendimiento clínico de los procedimientos que combinan los métodos restrictivos y de mala absorción ha aumentado las alternativas quirúrgicas eficaces para la reducción de peso. Se reserva el uso del *bypass* gástrico, o derivación gástrica, para condiciones especiales.

03-031 COLEDOCODUODENOSTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Óscar Muñoz, Ana María Higueta
Universidad Tecnológica de Pereira, Clínica Risaralda, Pereira,
Colombia

Introducción y Objetivo. A pesar de la estandarización de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en el manejo de la coledocolitiasis, cada vez se presentan más artículos referentes a la exploración laparoscópica de la vía biliar como manejo único de dicha patología.

El objetivo fundamental es mostrar la exploración de las vías biliares y la coledocoduodenostomía laparoscópica como una alternativa adecuada y viable para el tratamiento de la coledocolitiasis.

Materiales y métodos. Se presenta un video de la intervención realizada a una mujer de 40 años con dolor tipo cólico típico, asociado a ictericia, quien ingresó al servicio de urgencias de la Clínica Risaralda. Se encontró un perfil hepático de obstrucción y la ecografía puso en evidencia una colelitiasis múltiple con vía biliar de 18 mm de diámetro. Se hizo diagnóstico de colecisto-coledocolitiasis, muy evidente por clínica, laboratorio e imágenes. Se decidió llevar la paciente a la sala de cirugía para colecistectomía, exploración de vías biliares y coledocoduodenostomía por vía laparoscópica.

Resultados. Se insertaron los trocares para la laparoscopia y los hallazgos intraoperatorios fueron consecuentes con los preoperatorios, por lo que se realizó la operación planeada, anastomosis latero-lateral entre el colédoco y el duodeno en un plano, sin complicaciones.

Se presentó una adecuada evolución postoperatoria y la enferma se dio de alta.

Conclusión. La exploración de vías biliares y las anastomosis bilioentéricas por laparoscopia son procedimientos seguros en el tratamiento de la patología litiasica de la vía biliar.

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica es un método de elección para el tratamiento de litiasis coledociana, pero puede fallar o no estar disponible en algunas instituciones. Por lo tanto, la exploración de vías biliares por videolaparoscopia debe estar entre las alternativas terapéuticas de invasión mínima del cirujano.

03-033 SÍNDROME DE CONN: ADRENALECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Óscar Muñoz, Ana María Higueta
Universidad Tecnológica de Pereira, Clínica Risaralda, Pereira,
Colombia

Introducción y Objetivo. Los reportes iniciales del síndrome de Conn (hiperaldosteronismo primario) como causa de hipertensión arterial son de menos del 1% de los pacientes. Sin embargo, en la medida en que se ha incrementado su búsqueda en la hipertensión de difícil manejo, se encuentran reportes de hasta 30% de los pacientes con hipertensión arterial causada por hiperaldosteronismo primario, y de estos, más de 60% tienen un adenoma suprarrenal funcional identificable.

Materiales y métodos. Se presenta un video de una adrenalectomía laparoscópica derecha como tratamiento de un aldosteronoma.

Resultados. Se trata de una mujer de 58 años remitida del Servicio de Medicina Interna por hipertensión arterial de larga data y de difícil manejo.

Presentaba síntomas asociados y el médico internista decidió solicitar niveles de potasio sérico, el cual se encuentra persistentemente bajo. Sin más estudios y con la sospecha de hiperaldosteronismo primario, solicitó una resonancia magnética que mostró un tumor suprarrenal derecho de 2 cm de diámetro.

Con los anteriores datos y con diagnóstico de síndrome de Conn y aldosteronoma, se decidió llevarla a cirugía para realizar adrenalectomía laparoscópica, la cual se realizó sin complicaciones. La paciente evolucionó satisfactoriamente y fue dada de alta, con resolución a corto plazo de su hipertensión y su hipopotasemia.

Discusión y Conclusiones. El aldosteronoma como causa de hipertensión es, quizá, de las pocas causas “curables” con tratamiento quirúrgico. Indudablemente, la adrenalectomía laparoscópica es el tratamiento quirúrgico de los tumores de la glándula suprarrenal, por su baja morbilidad y mortalidad, y por los beneficios de la cirugía de invasión mínima. Además, en el síndrome de Conn, es una solución radical para la hipertensión arterial y sus problemas asociados.

03-034

HEPATECTOMÍA IZQUIERDA LAPAROSCÓPICA

Óscar Muñoz, Ana María Higuera

Universidad Tecnológica de Pereira, Clínica Risaralda, Pereira
Colombia

Introducción. Con la evolución que ha tenido la laparoscopia en el ámbito quirúrgico y en nuestro medio, se presenta un procedimiento complejo que ha sido poco realizado y ha representado un reto para el desarrollo de habilidades y competencias. La enfermedad de Caroli es una patología congénita poco frecuente, caracterizada por dilataciones multisaculares de la vía biliar con litiasis secundaria. Puede evolucionar en forma asintomática por muchos años, pero sus manifestaciones más frecuentes son dolor, ictericia obstructiva y colangitis.

Materiales y métodos. Se presenta el caso de un hombre de 47 años con antecedentes de colangitis a repetición, con diagnóstico por colangiografía retrógrada endoscópica y colangiorresonancia de enfermedad de Caroli unilateral izquierda y hepatolitiasis.

Resultados. Se practicó hepatectomía izquierda por laparoscopia con maniobra de Pringle para control vascular proximal y rafia de conductos hepáticos dilatados con sutura continua intracorpórea, luego de la extracción de los cálculos intrahepáticos, al igual que ligadura con rafia para venas suprahepáticas. El *ligasure* fue una herramienta fundamental para la sección hepática y la sección de venas pequeñas y conductos biliares de pequeño calibre. El paciente presentó una evolución postoperatoria favorable y mejoría de su cuadro clínico.

Discusión y conclusiones. La hepatectomía laparoscópica en nuestro medio se ha convertido en una opción terapéutica segura, con baja morbilidad y buena evolución postoperatoria, cuando se realiza con una adecuada selección del paciente, en lesiones hepáticas localizadas y por personal entrenado.