

ASOCIACIÓN
COLOMBIANA
DE
CIRUGÍA

TRABAJOS LIBRES, CASOS CLÍNICOS,
VIDEOS Y PÓSTERES

XXXVII CONGRESO NACIONAL “AVANCES EN CIRUGÍA”

12 A 15 DE AGOSTO DE 2011

HOTEL SHERATON

BOGOTÁ, D.C., COLOMBIA



ASOCIACIÓN
COLOMBIANA
DE
CIRUGÍA

TRABAJOS LIBRES, CASOS CLÍNICOS,
VIDEOS Y PÓSTERES

XXXVII CONGRESO NACIONAL “AVANCES EN CIRUGÍA”
12 A 15 DE AGOSTO DE 2011
HOTEL SHERATON
BOGOTÁ, D.C., COLOMBIA



Fundador	MARIO RUEDA, MD, MACC (Hon) †
Editor emérito:	JOAQUÍN SILVA, MD, MACC (Hon) †
Editor:	JOSÉ FÉLIX PATIÑO, MD, FACS (Hon), MACC (Hon)
Editora asociada:	MÓNICA BEJARANO, MD, MSc, MACC
Corrector de estilo:	CARLOS ARTURO HERNÁNDEZ, BA, MD, MPH
Asistente editorial:	BEATRIZ MUÑOZ

COMITÉ EDITORIAL

GABRIEL CARRASQUILLA, MD, PhD (Bogotá)
RODOLFO DENNIS, MD, PhD (Bogotá)
JOHN DUPERLY, MD, PhD (Bogotá)
FABIÁN EMURA, MD, PhD (Bogotá)
FABIÁN MÉNDEZ, MD, MSc, PhD (Cali)
ÁLVARO MONCAYO, MD, MPH (Bogotá)

GUSTAVO PRADILLA, MD, MSc (Bucaramanga)
ÁNGELA RESTREPO, MD, PhD (Medellín)
DIEGO ROSSELLI, MD, MEd (Bogotá)
ÁLVARO SANABRIA, MD, MSc, PhD (Bogotá)
GUSTAVO VALBUENA, MD, PhD (Houston)

COMITÉ CIENTÍFICO

JUAN ASENSIO, MD (Estados Unidos)
ITALO BRAGHETTO, MD (Chile)
JORGE CERVANTES, MD (México)
ATILA CSENDES, MD (Chile)
JAIME ESCALLÓN, MD (Canadá)
ENRIQUE MORENO, MD (España)

CARLOS PELLEGRINI, MD (Estados Unidos)
PATRIZIO PETRONE, MD (Argentina)
AURELIO RODRÍGUEZ, MD (Estados Unidos)
MIGUEL RODRÍGUEZ-BIGAS, MD (Estados Unidos)
RICARDO ROSSI, MD (Chile)

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA

JUNTA DIRECTIVA 2009 - 2011

Presidente

SAÚL RUGELES, MD - Bogotá

Vicepresidente

OSWALDO BORRÁEZ, MD - Bogotá

Fiscal Médico

JOSÉ EDMAR REAL, MD - Barranquilla

Secretario

WILLIAM SÁNCHEZ, MD - Bogotá

Secretario suplente

ÓSCAR GUEVARA, MD - Bogotá

Tesorero

CAMILO OSORIO, MD - Bogotá

Tesorero suplente

ALBERTO ROA ROSSI, MD - Bogotá

Vocales principales

LÁZARO ARANGO, MD - Manizales

ADRIANA CÓRDOBA, MD - Bogotá

GIOVANNY ASCIONE, MD - Cali

GUSTAVO LANDAZÁBAL, MD - Bogotá

CARLOS MORALES, MD - Medellín

Vocales suplentes

JESÚS CURE, MD - Barranquilla

ARTURO VERGARA, MD - Bogotá

ALEJANDRO MÚNERA, MD - Medellín

JESÚS VALLE, MD - Barranquilla

GILBERT MATEUS, MD - Ibagué

Revisor Fiscal

Sr. JORGE ANTONIO MONTERO - Bogotá

Consejo Asesor (ex presidentes)

HERNANDO ABAÚNZA, MD - Bogotá

JOSÉ FÉLIX PATIÑO, MD - Bogotá

CAMILO CABRERA, MD - Bogotá

ERIX BOZÓN, MD - Bogotá

ASSAAD MATUK, MD - Bogotá

HUMBERTO ARISTIZÁBAL, MD - Medellín

JAIME DE LA HOZ, MD - Bogotá

JAIME ESCALLÓN, MD - Toronto

ARMANDO GONZÁLEZ, MD - Cali

FRANCISCO HENAO, MD - Bogotá

CARLOS LERMA, MD - Medellín

JULIO ALBERTO NIETO, MD - Bogotá

STEVENSON MARULANDA, MD - Bogotá

MARTINIANO JAIME, MD - Medellín

COMITÉS CONSULTIVOS

COMITÉ EJECUTIVO

SAÚL RUGELES, MD - Presidente
OSWALDO BORRÁEZ, MD - Vicepresidente
WILLIAM SÁNCHEZ, MD - Secretario
CAMILO OSORIO, MD - Tesorero
JOSÉ EDMAR REAL, MD - Fiscal Médico
HERNANDO ABAÚNZA, MD - Director Ejecutivo
LÁZARO ARANGO, MD - Representante de Vocales

COMITÉ DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

Coordinador:
NATÁN ZUNDEL, MD - Miami
LUCAS BOJANINI, MD - Medellín
RAMI MIKLER, MD - Bogotá
JOSÉ PABLO VÉLEZ, MD - Cali
FERNANDO QUIROZ, MD - Cali

COMITÉ DE CIRUGÍA DIGESTIVA

Coordinador:
SERGIO HOYOS, MD - Medellín
JAIME RUBIANO, MD - Cali
HÉCTOR LÓPEZ, MD - Pasto
MARIO REY, MD - Bogotá
EDUARDO LONDOÑO, MD - Bogotá
CARLOS MARTÍNEZ, MD - Bogotá
JHON FREDDY VALLEJO, MD - Cali
JOSÉ IGNACIO RESTREPO, MD - Medellín

COMITÉ DE CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA

Coordinador:
JUAN DAVID HERNÁNDEZ, MD - Bogotá
MANUEL MOROS, MD - Cúcuta
LEONARDO CARRASCAL, MD - Cúcuta
GERMÁN ROSERO, MD - Pasto
JEAN PIERRE VERGNAUD, MD - Medellín

COMITÉ DE EDUCACIÓN Y BIOÉTICA

Coordinador:
FRANCISCO HENAO, MD - Bogotá
LILIAN TORREGROSA, MD - Bogotá
LUIS GERARDO GARCÍA, MD - Bogotá

COMITÉ DE POLÍTICAS EN SALUD

Coordinador:
WILLIAM FLYE, MD - Bogotá
ARTURO HAZBUN, MD - Barranquilla
GERMÁN RENGIFO, MD - Ibagué

COMITÉ DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Coordinador:
LUIS FERNANDO ÁLVAREZ, MD - Cali
JOAQUÍN TIBERIO VALENCIA, MD - Medellín
RAÚL EDUARDO PINILLA, MD - Bogotá
EDUARDO VALDIVIESO, MD - Bogotá
RAFAEL POLO, MD - Santa Marta
HÉCTOR ADOLFO POLANÍA, MD - Neiva
LUIS IGNACIO LONDOÑO, MD - Medellín

COMITÉ DE CIRUGÍA VASCULAR

Coordinador:
GERMÁN GÓMEZ, MD - Bogotá
GUILLERMO BARRERA, MD - Bucaramanga
HÉCTOR PARRA, MD - Girardot

COMITÉ DE HERNIAS Y DE PARED ABDOMINAL

JUAN CARLOS AYALA, MD - Bogotá
ROBÍN BIOJÓ GUEVARA, MD - Cali
NEIL VALENTÍN VEGA, MD - Bogotá
FERNANDO ARIAS, MD - Bogotá
JORGE DAES, MD - Barranquilla
JESÚS CURE, MD - Barranquilla
GIOVANNI ASCIONE, MD - Cali

COMITÉ DE INFECCIONES

Coordinadora:
MA. FERNANDA JIMÉNEZ, MD - Bogotá
NORTON PÉREZ, MD - Villavicencio
MA. ISABEL VILLEGAS, MD - Medellín
JOHN HENRY MOORE, MD - Bogotá
CARLOS ORDÓÑEZ, MD - Cali

COMITÉ DE METABOLISMO QUIRÚRGICO

Coordinador:
ALFONSO ORLANDO RODRÍGUEZ, MD - Bucaramanga
CHARLES BERMÚDEZ, MD - Bogotá
LUIS FERNANDO CONDE, MD - Cúcuta
ANDRÉS CHALA, MD - Manizales

COMITÉ DE TRAUMA

Coordinador:
RICARDO URIBE, MD - Bogotá
FABIÁN PUENTES, MD - La Dorada
FELIPE MATAMOROS, MD - Cúcuta
JORGE OSPINA, MD - Bogotá

CONTENIDO

Presentación	8
01 - Trabajos libres	9
02 - Casos clínicos	49
03 - Videos	71
04 - Pósteres	93
Índice de autores	101

PRESENTACIÓN

En nuestro magno evento anual, el Congreso Nacional de Cirugía, que nos congrega a los cirujanos no sólo de Colombia sino a ilustres visitantes de países hermanos, una sesión muy importante es, sin lugar a dudas, el “Foro Quirúrgico Colombiano”, en el cual los cirujanos generales y los de otras especialidades, o diferentes grupos relacionados, presentan trabajos libres, casos clínicos, videos y pósteres que han elaborado en sus instituciones. El Comité Científico seleccionó, según parámetros académicos muy estrictos, los que se van a presentar.

En estos trabajos se refleja el trabajo de los cirujanos, principalmente de los que se encuentran en fase de entrenamiento bajo la tutoría de sus instructores y profesores, y no es sorprendente encontrar que en muchos de ellos se utilizan la tecnología y los procedimientos actuales disponibles en las más calificadas instituciones del mundo. Reconforta observar que en cada trabajo está presente el espíritu investigador de los cirujanos colombianos y no pocas veces, su imaginación, para presentar experiencias con la utilización de elementos que disminuyen ostensiblemente los costos de tecnologías más sofisticadas.

Luego de la presentación del segmento de trabajos afines, un cirujano experto en el campo expresará su punto de vista y su criterio sobre ellos. Igualmente, los asistentes podrán enriquecer el foro con sus planteamientos y opiniones.

El Comité Editorial de la *Revista Colombiana de Cirugía*, como en años anteriores, ha hecho un gran esfuerzo para hacer realidad la publicación de los resúmenes de los trabajos libres en este suplemento de la revista, lo cual, indudablemente, permite su difusión no sólo entre los asistentes al XXXVII Congreso Nacional “Avances de Cirugía” sino entre aquellos asociados que, por razones ajenas a su voluntad, no han podido concurrir a nuestra gran cita anual, pero que recibirán el suplemento con la experiencia de los trabajos plasmada en él, lo que seguramente facilitará su reconocimiento y la aplicación de muchas de ellas.

OSWALDO BORRÁEZ
Vicepresidente, Asociación Colombiana de Cirugía
Comité Ejecutivo y organizador de Congreso



TRABAJOS LIBRES

CABEZA Y CUELLO

01-002

Monitorización neural del nervio laríngeo recurrente en cirugía de tiroides y paratiroides: estandarización de la técnica

Juan Pablo Dueñas, Carlos Simón Duque, Felipe Solórzano, Diana Carolina Ríos, Catalina Restrepo
 Universidad CES, Hospital Pablo Tobón Uribe e Instituto de Cancerología
 Medellín, Colombia
 jpduenas@cirendocrina.com

Introducción. Las lesiones del nervio laríngeo recurrente en cirugía de tiroides o de paratiroides afectan la calidad de vida de los pacientes, no sólo por los cambios de la voz en lesiones unilaterales, sino, también, por lesiones más serias (bilaterales) que involucran una traqueotomía con todas sus implicaciones socioeconómicas.

La monitorización neural intraoperatoria del nervio laríngeo recurrente durante estas cirugías, es una técnica adyuvante a la técnica de referencia, la visualización del nervio. Aunque su uso ha aumentado progresivamente en los últimos años, en Colombia es poco utilizada probablemente por desconocimiento y falta de entrenamiento.

Materiales y métodos. Explicar la técnica de monitorización del nervio laríngeo recurrente de acuerdo con los estándares internacionales, haciendo énfasis en las indicaciones, el equipo, la técnica anestésica y el algoritmo de manejo en casos de pérdida de la señal intraoperatoria.

Resultados. La incidencia reportada de parálisis o paresia permanente o transitoria del nervio laríngeo recurrente fue de 0,25 a 8%. El uso de monitorización neural intraoperatoria facilitó la identificación del nervio y disminuyó la frecuencia de lesiones, principalmente en pacientes de alto riesgo (cáncer, bocio multinodular o cirugía previa).

Discusión. Cada paciente busca en su médico el mejor y más oportuno tratamiento y, a su vez, cada profesional procura ofrecérselo. Sin embargo, en algunas circunstancias el costo-beneficio puede limitar el acceso a determinadas tecnologías. El uso de la monitorización neural intraoperatoria en casos seleccionados está justificado por la disminución de la morbilidad asociada a la lesión del nervio laríngeo recurrente.

Conclusión. La monitorización neural intraoperatoria es una técnica útil, reproducible y al alcance de los cirujanos de tiroides y paratiroides.

01-011

Correlación entre la citología de la tiroides por biopsia por aspiración con aguja fina y la histopatología definitiva, en 209 pacientes sometidos a tiroidectomía

Juan David Martínez, Sergio Díaz, Juan Pablo Gómez, Diana Ríos, Gonzalo Gómez, María Cristina García, Diego Penagos, María Clara Arroyave
 Universidad CES, Clínica CES
 Medellín, Colombia
 dianar34@hotmail.com

Introducción. De 4 a 7 % de la población adulta de Estados Unidos tiene un nódulo palpable de tiroides y hasta 50 % de las mujeres mayores de 50 años tiene nódulos visibles por ultrasonografía. La biopsia por aspiración con aguja fina (BACAF) continúa siendo la herramienta diagnóstica más costo-efectiva para la evaluación del nódulo tiroideo en la práctica clínica.

Objetivo. Evaluar la correlación entre la citología por BACAF y la histopatología definitiva, de los pacientes sometidos a tiroidectomía, en el periodo comprendido entre enero de 2008 y enero de 2010, en la Clínica CES.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio retrospectivo y descriptivo, de 209 pacientes a quienes se les practicó tiroidectomía total o subtotal en nuestra institución entre enero de 2008 y enero de 2010. Los pacientes incluidos en el estudio debían contar con un resultado de la BACAF antes de la cirugía y el resultado definitivo de la histopatología.

Resultados. En la citología, el resultado fue: benigno en 37,7 %, neoplasia folicular en 35,2 % y neoplasia maligna en 25,7 %. De los pacientes con neoplasia folicular en la BACAF, 24,3 % presentó neoplasia maligna en la histopatología. De los casos con citología benigna, 8,9 % presentó neoplasia maligna en la histopatología. De aquellos con citología maligna, en 14,8 % la histopatología fue benigna.

Conclusión. En nuestra serie encontramos gran discordancia entre la BACAF y la histopatología. Es necesario contar con centros de referencia especializados, que conduzcan a una mayor sensibilidad y especificidad de la BACAF.

01-052

Tiroidectomía total basada en la “evidencia”, análisis del impacto presupuestario

Álvaro Sanabria, Ximena Gómez, Luis Carlos Domínguez, Neil Valentín Vega, Camilo Osorio
Fundación Abood Shaio y Departamento de Cirugía, Universidad de La Sabana
Chía, Colombia
alvarosanabria@gmail.com

Introducción. La tiroidectomía total es el procedimiento quirúrgico más común practicado en el

cuello. Existen recomendaciones basadas en la “evidencia” que pueden causar un impacto en el costo del procedimiento. Dicho impacto no ha sido evaluado en el sistema de salud colombiano.

Objetivo. Evaluar el impacto presupuestario de la implementación de las recomendaciones basadas en la “evidencia”, en tiroidectomía total.

Materiales y métodos. Se obtuvo información institucional del uso de recursos en tiroidectomía total. Se hizo un microcosteo utilizando los precios SOAT 2010 y los precios de insumos a partir de convocatorias públicas para Colombia disponibles en internet. Los costos se dividieron en honorarios, estancia, hospitalización, insumos quirúrgicos, exámenes de laboratorio y medicamentos. Se calculó el valor total del procedimiento y se diseñó un análisis de impacto presupuestario, comparando la práctica actual y la práctica recomendada según criterios de *Evidence-based Medicine*.

Se utilizaron como variables de evaluación la frecuencia de vaciamiento central, el uso de antibióticos profilácticos y drenaje, la estancia hospitalaria, la solicitud de calcio posquirúrgico y la administración de gluconato de calcio posoperatorio.

Resultados. Se incluyeron 55 pacientes para la evaluación del uso de recursos. La aplicación de un modelo de tiroidectomía basado en la “evidencia”, puede disminuir el valor global del procedimiento de 20 a 35%, según el seguimiento de las recomendaciones.

Conclusión. La aplicación de las recomendaciones de la medicina basada en la “evidencia” en tiroidectomía total, tiene un impacto presupuestario positivo en el sistema de salud.

01-057

Tumores metastásicos a glándula parótida, experiencia del Hospital Universitario de Neiva

Adonis Tupac Ramírez, Marcela Manchabajoy
Hospital Universitario de Neiva, Universidad Surcolombiana
Neiva, Colombia
adoracu74@hotmail.com

Introducción. La glándula parótida es la glándula salival más afectada por las metástasis de tumores

extraparotídeos, responsables de 4 % de todos los tumores glandulares. La presentación clínica es diferente en cada paciente; por eso es importante un adecuado interrogatorio, con toma de biopsia por aspiración con aguja fina (BACAF), resonancia magnética y estudios de inmunohistoquímica.

Objetivo. Describir los casos de pacientes con tumores metastásicos a la glándula parótida atendidos en el Hospital Universitario de Neiva.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio retrospectivo y descriptivo de serie de casos, encontrados mediante la revisión de 30 historias clínicas de parotidectomías practicadas entre 2005 y 2010.

Resultados. Se encontraron tres casos de tumores metastásicos a glándula parótida. El primer paciente fue un hombre de 62 años de edad, con antecedente de resección en dos oportunidades de espirodermatoma maligno de la piel de la cara, a quien se le practicó parotidectomía total. La histopatología confirmó un espirodermatoma maligno metastásico.

La segunda fue una mujer de 82 años de edad con una lesión de piel preauricular, que comprometía la glándula parótida, con antecedentes de resección previa de carcinoma basocelular. Se resecó la lesión y se practicó parotidectomía radical, cuyo reporte de histopatología fue de hidradenocarcinoma metastásico a parótida.

El tercero fue un hombre de 73 años de edad, con antecedentes de resección de melanoma de cuero cabelludo. Se practicó parotidectomía radical y el reporte de histopatología fue melanoma fusocelular metastásico, con compromiso ganglionar.

Conclusión. Las metástasis en la glándula parótida son poco frecuentes, en general, menos de 10 %. En nuestra serie, se encontró en 10 % de los pacientes sometidos a parotidectomía. En pacientes con tumores sospechosos de ser malignos, es importante obtener una historia clínica adecuada, con estudios histológicos e imaginológicos, para hacer un diagnóstico adecuado.

01-058

Manejo conservador de la fístula de quilo, con dieta libre de grasas y suplemento oral

Adonis Tupac Ramírez

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

Introducción. La fístula linfática posterior a la disección cervical tiene una incidencia de 1 a 3 %, y puede producir problemas respiratorios, nutricionales y metabólicos. Es más frecuente en el lado izquierdo, hasta en 25 % aparece en el lado derecho y raramente puede ser bilateral. Se han descrito varios tratamientos: modificaciones de la dieta, vendajes compresivos, drenajes a vacío, análogos de la somatostatina y la intervención quirúrgica o, en casos extremos, la ligadura del conducto torácico por toracoscopia.

Objetivo. Describir el manejo conservador con régimen alimentario

Materiales y método. Se presentan dos casos de pacientes con fístula de quilo.

Resultados. Los pacientes se manejaron con dieta baja en triglicéridos de cadena larga y con suplemento de módulo proteico. El primero era un paciente de sexo masculino de 68 años de edad con carcinoma escamocelular de la glándula submandibular derecha, en quien se practicaron hemiglossectomía, resección del piso de la boca y vaciamiento radical modificado, grupos I al V. Al segundo día posoperatorio se observó secreción lechosa de 500 ml por *HemoVac*, la cual contenía 900 mg/dl de triglicéridos. Se inició manejo conservador y al séptimo día se obtuvo cierre de la fístula.

El segundo fue una paciente de sexo femenino de 47 años de edad, con carcinoma papilar de tiroides (T3N1bM0), con compromiso ganglionar bilateral. Se practicó tiroidectomía total y vaciamiento radical modificado bilateral. En el primer día posoperatorio presentó drenaje de 700 ml de líquido lechoso por *HemoVac*. La secreción contenía 680 mg/dl de triglicéridos. Se inició el manejo propuesto y se obtuvo cierre de la fístula al octavo día.

Conclusión. La fístula linfática es una complicación infrecuente de la cirugía cervical y puede manejarse de forma segura con cambios conservadores en el régimen alimentario, sin compromiso nutricional.

01-059

Linfoma de glándulas salivales, experiencia en el Hospital Universitario de Neiva

Adonis Tupac Ramírez

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

Introducción. Los linfomas primarios de las glándulas salivales se encuentran en las parótidas, submaxilares, sublinguales y en las menores. Constituyen menos de 5% de los linfomas extraganglionares y 2% de todos los tumores que les afectan. Son más frecuentes en mujeres de más de 50 años de edad, usualmente, unilaterales, indoloros y asintomáticos. Afectan, en orden decreciente, la parótida, la submaxilar, la sublingual y las menores.

Independientemente de su localización, en su histopatología, la mayoría son difusos, de células grandes, foliculares de grado I y II y de tipo MALT, con predominio inmunofenotípico de linfocitos B. Los linfomas de linfocitos T y de Hodgkin son muy raros.

Objetivo. Describir los casos de pacientes con linfomas de glándulas salivales atendidos en el Hospital Universitario de Neiva.

Materiales y métodos. Se presentan dos casos de estos pacientes.

Resultados. El primero fue una paciente de sexo femenino de 13 años de edad, con tumor de parótida de un año de evolución. En la ecografía de cuello se encontró una lesión sólida de 6 x 3 x 3 cm que ocupaba la glándula. Se le practicó parotidectomía total sin complicaciones posoperatorias. El estudio histopatológico informó un linfoma MALT.

El segundo fue un paciente de 62 años de edad con una lesión submandibular de siete meses de evolución. En la biopsia con *trucut* se reportó un carcinoma metastásico y en la tomografía se observó que la lesión dependía de la glándula submandibular. Se le practicó submandibulectomía con vaciamiento radical ganglionar. El reporte de histopatología fue de linfoma no Hodgkin de células pequeñas, con compromiso ganglionar.

Conclusión. Los linfomas de las glándulas salivales son tumores infrecuentes de difícil diagnóstico inicial y su manejo es multimodal e involucra cirugía, quimioterapia y radioterapia.

01-060

Tiroidectomía videoasistida, experiencia inicial en Colombia

Adonis Tupac Ramírez

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

Introducción. La tiroidectomía videoasistida es una técnica mínimamente invasiva desarrollada para la glándula tiroidea. Se inició en Italia, y se logró implementar para el tratamiento de lesiones tiroideas benignas y malignas, y para el tratamiento de los tumores de la glándula paratiroides.

Consiste en hacer una incisión cervical anterior y transversa, 2 a 4 cm por encima de la horquilla esternal de 1,5 a 2 cm de longitud, aproximadamente, con el uso de un lente endoscópico como ayuda en la cirugía, con lo cual se logra una mejor visualización de las glándulas paratiroides, del nervio laríngeo recurrente y el laríngeo superior, y se disminuyen las complicaciones asociadas al procedimiento (disfonía e hipocalcemia).

Sus contraindicaciones incluyen tumores mayores de 4 cm, cirugías previas sobre el cuello, radioterapia previa y procesos inflamatorios de la glándula tiroidea.

En Colombia sólo se han reportado tiroidectomías realizadas de forma endoscópica en Medellín.

Objetivo. Describir una técnica quirúrgica y determinar sus complicaciones.

Materiales y métodos. Se presenta una serie de tres casos.

Resultados. Se practicaron dos hemitiroidectomías izquierdas y una hemitiroidectomía derecha más istmectomía, en mujeres de 15, 47 y 44 años de edad, respectivamente. Se hicieron incisiones de 2 cm en cada paciente. El promedio del tiempo quirúrgico fue de 53 minutos, No se presentaron complicacio-

nes y el manejo fue ambulatorio. El estudio de histopatología en todos los casos informó hiperplasia adenomatosa.

Conclusión. La tiroidectomía videoasistida es un procedimiento seguro, con un resultado estético favorable en comparación con el de la técnica abierta y se puede implementar para enfermedades benignas y malignas.

01-061

Evaluación de los reportes de la ecografía de tiroides en el Hospital Universitario de Neiva

Adonis Tupac Ramírez, Andrés Felipe Ramos, John Jairo Ramos, Jonathan Hernando Duque
Hospital Universitario de Neiva, Universidad Surcolombiana
Neiva, Colombia
adoracu74@hotmail.com

Introducción. La ecografía de tiroides es una herramienta muy importante para el diagnóstico y el manejo de la enfermedad tiroidea. Muchas decisiones terapéuticas se basan en sus resultados, por lo cual sus reportes deben ser completos y confiables.

Objetivo. Realizar una evaluación de los reportes de ecografía tiroidea.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal.

Resultados. El 77% de los estudios fueron de pacientes de sexo femenino. En 88,1% de los casos no se reportó la edad del paciente, en 39,2%, el sexo, y en 36,2%, el número de la ecografía o de la historia clínica. Ningún reporte tenía sus datos generales completos. La dimensión y la forma de cada uno de los lóbulos se reportaron en forma correcta en 96,2% y 95,5% de los casos, respectivamente. En 89,6% se especificó la ecogenicidad de la tiroides, en 52,5% no se informó el número de nódulos y en 92,7% no se reportó la presencia o ausencia de calcificaciones. Los datos omitidos con mayor frecuencia fueron la irrigación, la forma y el halo. Ningún informe de ecografía cumplió con todos los requisitos de reporte completo.

Conclusión. Muchos datos se ignoraron en el reporte oficial y algunas características son determinantes en la diferenciación de casos malignos o benignos.

Por ser la ecografía de tiroides un examen imagológico que depende del observador, éste debe estar lo suficientemente entrenado para no omitir características de la tiroides en su descripción, pues son de utilidad para su sensibilidad, especificidad y costo-efectividad.

01-062

Complicaciones de la cirugía de tiroides en el Hospital Universitario de Neiva

Adonis Tupac Ramírez, Catherin Salazar, Yuly Paola Narváez, María Fernanda Mendoza
Hospital Universitario de Neiva, Universidad Surcolombiana
Neiva, Colombia
adoracu74@hotmail.com

Introducción. La cirugía de tiroides es un procedimiento frecuente. Sus complicaciones son diversas y están directamente relacionadas con la extensión de la cirugía y son inversamente proporcionales a la experiencia del cirujano.

Objetivo. Determinar las complicaciones asociadas con la tiroidectomía.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal.

Resultados. Se revisaron las historias clínicas de 102 pacientes operados entre junio de 2007 y junio de 2010. Las cirugías más frecuentes fueron: tiroidectomía total (46,1%), hemitiroidectomía derecha (20,6%), hemitiroidectomía izquierda (11,8%), tiroidectomía total más vaciamiento central (10,8%), tiroidectomía total más vaciamiento radical izquierdo (3,9%) y tiroidectomía total más vaciamiento radical derecho (2%).

Las principales complicaciones observadas tras la intervención quirúrgica de la enfermedad tiroidea fueron, en orden de frecuencia: hipoparatiroidismo transitorio (38%), lesión transitoria del nervio laríngeo recurrente (16%), hematoma (5%), seroma (2,9%), lesión permanente del nervio laríngeo recurrente (2,9%), infección de sitio operatorio (1%) e hipoparatiroidismo permanente (1%).

Conclusión. La tasa encontrada de complicaciones transitorias es superior a las reportadas internacio-

nalmente; no obstante, la de lesiones de carácter permanente son similares. El índice de complicaciones es directamente proporcional a la extensión de la cirugía y la morbilidad es mayor en casos de neoplasia maligna.

01-063

Tejido tiroideo ectópico ganglionar, ¿es siempre maligno?

Adonis Tupac Ramírez

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

Introducción. El hallazgo de células tiroideas en los ganglios se ha interpretado, generalmente, como cáncer metastásico, aunque se han reportado diferentes casos de tejido tiroideo localizado en ganglios sin presencia de cáncer tiroideo. Cabría preguntarse si se trata de metástasis de tejido neoplásico a los ganglios o si es una localización de tejido tiroideo ectópico.

Objetivo. Describir tres casos.

Materiales y métodos. Se presentan tres casos sometidos a cirugía. El primero fue una paciente de 65 años de edad sometida a tiroidectomía total por bocio recidivante, en quien se encontraron adenopatías mayores de 2 cm durante cirugía, por lo cual se hizo vaciamiento ganglionar. El segundo fue un paciente de 31 años de edad con un nódulo tiroideo derecho y adenopatía cervical en nivel III del lado derecho. El tercero fue un paciente de 30 años de edad con una lesión folicular y múltiples adenopatías laterocervicales, que se sometió a tiroidectomía total.

Resultados. En el primer caso, el reporte de histopatología fue de bocio y tejido tiroideo normal en los ganglios. En el segundo caso, el resultado de la biopsia por aspiración con aguja fina (BACAF) fue de hiperplasia adenomatosa tiroidea y células foliculares en ganglios. Se le hizo una biopsia por escisión ganglionar en la que se encontró tejido tiroideo benigno. En el tercer caso, se encontraron adenomegalias en el compartimiento central, cuyo estudio por congelación demostró tejido tiroideo ectópico. El resultado definitivo del estudio de histopatología fue de carcinoma folicular con com-

promiso de dos ganglios y tejido tiroideo benigno en otros seis.

Conclusión. Se demuestra que la presencia de células foliculares en los ganglios no siempre corresponde a una neoplasia por metástasis, por lo cual cada caso se debe individualizar para establecer el mejor tratamiento.

01-064

Tiroidectomía ambulatoria en el Hospital Universitario de Neiva

Adonis Tupac Ramírez, Ángela Patricia Cuenca, Catalina González, Paula Alejandra Cano

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

Introducción. Tradicionalmente, la cirugía tiroidea se ha manejado en forma hospitalaria. Desde hace cuatro años, aproximadamente, se han presentado unos pocos estudios a nivel mundial en los que se valida la tiroidectomía ambulatoria. En nuestro país aún no hay publicaciones de esta modalidad.

Objetivo. Describir las complicaciones asociadas a la tiroidectomía ambulatoria.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio retrospectivo descriptivo y transversal.

Resultados. Se revisaron las historias clínicas de 25 pacientes sometidos a tiroidectomía ambulatoria, desde noviembre de 2010 hasta abril de 2011. Todos recibieron 1.800 mg diarios de suplemento de carbonato de calcio y 1,5 µg diarios de calcitriol como suplemento, durante los 15 días posteriores a la cirugía.

Los procedimientos quirúrgicos ambulatorios más frecuentes fueron: tiroidectomía total (52 %), tiroidectomía subtotal (32 %) y tiroidectomía total más vaciamiento central (16 %). Se presentaron complicaciones en seis pacientes (24%) y uno requirió hospitalización por hipocalcemia transitoria.

Conclusión. La tiroidectomía ambulatoria es un procedimiento seguro, con una baja tasa de complicaciones, en pacientes adecuadamente seleccionados.

TÓRAX

01-054

Cirugía de tórax en el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pleural

Tatiana Rojas, Luis Felipe Tapias, Claudia Marcela Santamaría, Leonidas Tapias V., Leonidas Tapias D.
Fundación Oftalmológica de Santander, Clínica Carlos Ardila Lülle
Floridablanca, Colombia
ltapias@intercable.net.co

Introducción. El diagnóstico de la tuberculosis pleural puede ser difícil. El diagnóstico y tratamiento oportunos previenen complicaciones como el empiema.

Objetivo. Determinar la seguridad y utilidad de la cirugía para el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis pleural.

Materiales y métodos. Se revisaron las historias clínicas de 16 pacientes sometidos a cirugía por tuberculosis pleural durante 2007-2010.

Resultados. Catorce (88%) pacientes eran hombres y la edad mediana fue de 40,5 años (rango, 14 a 62). La mediana del tiempo de evolución fue de dos meses (rango, 1 semana a 4 meses). De 14 pacientes sintomáticos, 12 (86%) presentaron tos y fiebre; 10 (71%), disnea, y 8 (57%), dolor pleurítico. Las imágenes diagnósticas demostraron derrame pleural y el estudio del líquido pleural demostró exudado linfocitario, en todos los casos.

La indicación quirúrgica primaria fue “diagnóstico” en 12 (75%) pacientes. En 15 (94%) el abordaje fue por toracoscopia. Los procedimientos realizados fueron biopsia pleural (12,7%), decorticación (7,4%) y drenaje de empiema (4,2%). La mediana de duración del tubo de tórax y de la estancia hospitalaria fueron de seis días (rango, 1 a 14 y 1 a 17, respectivamente). No hubo complicaciones posoperatorias ni mortalidad. En todos se llegó al diagnóstico por los hallazgos histopatológicos; la tinción de Ziehl-Neelsen fue positiva en sólo 3 (20 %). Luego de 11 meses de seguimiento, en promedio, todos los pacientes estaban curados, sin secuelas significativas.

Conclusión. La cirugía de tórax mínimamente invasiva es segura y útil en el diagnóstico y trata-

miento de la tuberculosis pleural. Debe ofrecerse esta opción de manera temprana a los pacientes con exudados linfocitarios.

VÍAS BILIARES

01-005

Lesión de la vía biliar, experiencia en el Hospital Pablo Tobón Uribe

Sergio Iván Hoyos, Luisa Fernanda Álvarez, Jaime Chávez, Gloria Franco, Martiniano Jaime
Hospital Pablo Tabón Uribe y Grupo de Gastrohepatología, Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia
sergiohoyosd@yahoo.es

Introducción. La lesión de la vía biliar se considera una catástrofe quirúrgica. Es clara la importancia del manejo en centros de referencia, para mejorar los resultados.

Objetivo. Evaluar una cohorte de pacientes sometidos a cirugía en el Hospital Pablo Tobón Uribe por lesión de la vía biliar.

Materiales y métodos. Se recolectaron los pacientes de la base de datos prospectiva de la unidad de Cirugía Hepato-Biliar y Pancreática del hospital. Los criterios de inclusión fueron: todo paciente operado por lesión de la vía biliar entre enero de 2004 y abril de 2011, y los de exclusión, pacientes con manejo no quirúrgico de la lesión biliar.

Resultados. Se incluyeron 47 pacientes con lesión de la vía biliar, 76,6 % de los cuales fueron mujeres, con edad media de 44,6 años (rango, 21 a 86). En cuatro casos la reconstrucción se hizo en la misma cirugía, en 57,5 % la lesión se produjo en una cirugía laparoscópica. La mayoría fueron lesiones de tipo Bismuth III y IV, sin diferencias según el tipo de cirugía. Tres pacientes requirieron trasplante hepático por cirrosis biliar secundaria; en todos los demás se hizo reconstrucción en Y de Roux y 31,9 % requirió reconstrucción bilateral.

Durante el seguimiento, 25 % de los pacientes tuvo alteraciones bioquímicas, 29 % han recibido Ursocol® y tres pacientes han requerido intervención radiológica.

Conclusión. Nuestros resultados en el tratamiento quirúrgico de la lesión biliar son comparables a los reportados en la literatura científica mundial, con baja incidencia de complicaciones y de estenosis posoperatoria.

01-006

Evaluación y seguimiento de una cohorte de pacientes sometidos a resección hepática en un hospital de IV nivel de Medellín

Sergio Iván Hoyos, Álvaro Andrés Duarte, Jaime Chávez, Gloria Franco

Hospital Pablo Tabón Uribe y Grupo de Gastrohepatología, Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia
sergiohoyosd@yahoo.es

Introducción. La resección hepática es una técnica realizada, no sólo con mayor frecuencia sino con mayor seguridad, a nivel mundial. En el país, hay pocos reportes de series importantes con este tipo de procedimiento.

Objetivo. Evaluar una cohorte de pacientes sometidos a resección hepática en el Hospital Pablo Tobón Uribe.

Materiales y métodos. Se recolectaron los pacientes de la base de datos prospectiva de la Unidad de Cirugía Hepato-Biliar y Pancreática del hospital. Los criterios de inclusión fueron: todo paciente sometido a resección hepática de enero de 2004 a abril del 2011, y el de exclusión, resección de quistes hepáticos simples.

Resultados. Se realizaron 160 hepatectomías: 112 (70 %) por enfermedad maligna, como metástasis de cáncer colorrectal (26 %), carcinoma de vesícula biliar (15 %) y hepatocarcinoma (14 %), y 48 (30 %) por enfermedad benigna, la mayoría por hepatolitiasis (17 %). El 57 % fueron mujeres y la edad promedio fue de 54,3 años (rango, 1 a 81 años). En promedio, el sangrado intraoperatorio fue de 361 ml (rango, 50 a 3.500 ml). El 16,25 % requirió glóbulos rojos, en promedio, 2,48 unidades (rango, 1 a 5). Se necesitó cuidado intensivo en 64 pacientes (40 %), de los cuales, 52 lo recibieron sólo un día. El promedio de estancia hospitalaria fue de cinco días, con rango de 1 a 36 días. Las principales complicaciones fue-

ron: infección quirúrgica (12 %), filtración biliar (3,7 %), infección distante (2,5 %), sangrado posoperatorio (2,5 %) y otras (8 %). La mortalidad posoperatoria fue de 1,25 %.

Conclusión. Nuestra unidad se consolida en los resultados de la resección hepática, con cifras comparables con las de series mundiales en cuanto a morbimortalidad, estancia hospitalaria y uso de hemoderivados.

01-008

Hepatocarcinoma y trasplante hepático: resultados en el seguimiento de una cohorte en el Hospital Pablo Tobón Uribe

Sergio Iván Hoyos, Cristina Sierra, Germán Osorio, Jaime Chávez, Gloria Franco

Hospital Pablo Tabón Uribe y Grupo de Gastrohepatología, Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia
sergiohoyosd@yahoo.es

Introducción. El trasplante hepático continúa siendo la mejor alternativa para los pacientes con cirrosis y carcinoma hepatocelular en estadio temprano. Los criterios de Milán son los más usados universalmente, aunque algunos grupos usan criterios más extendidos para el trasplante.

Objetivos. Establecer el desenlace de los pacientes con carcinoma hepatocelular con trasplante en el Hospital Pablo Tobón Uribe, entre 2004 y 2010, y determinar la concordancia entre las imágenes preoperatorias y la histopatología.

Materiales y métodos. Los datos se obtuvieron de la base de datos prospectiva del grupo. Se incluyeron todos los pacientes con trasplante y diagnóstico de hepatocarcinoma, previo o como hallazgo incidental. Se excluyeron los casos de trasplantes en niños.

Resultados. En 36 pacientes con trasplante, el diagnóstico de hepatocarcinoma fue previo y en 8, el hallazgo fue incidental. El 72 % fueron hombres y la supervivencia actuarial fue del 75 %. Un paciente murió por recidiva, dos están vivos con recidiva, 10 muertos por otra causa y 31 están vivos y libres de enfermedad. El tumor fue moderadamente diferenciado en 28, bien diferenciado en 12 y mal

diferenciado en 4, Los dos pacientes con recidiva tenían un hepatocarcinoma moderadamente diferenciado. El paciente muerto por la enfermedad, tenía un tumor bien diferenciado.

La concordancia entre tomografía axial e histopatología fue de 38 % para el número de tumores y de 45 % para el tamaño tumoral. Para la resonancia magnética, fueron de 50 % y 71,4 %, respectivamente.

Conclusión. La sobrevida actuarial a 5 años en nuestro hospital es similar a la reportada en la literatura científica mundial (70 %) y, en nuestro medio, la resonancia magnética es un mejor método para analizar las características de los tumores, en cuanto a tamaño, principalmente.

01-021

Marcadores de predicción de fallecimiento del donante y utilidad del injerto en donación en asistolia para trasplante hepático

Rubén Ciria, Wayel Jassem, Mohamed Rela, Nigel Heaton, Diego Dávila
King's College Hospital
Londres, Reino Unido
diego.davila@NHS.net

Introducción. La escasez de órganos incrementó el interés por el donante en asistolia con el propósito de aumentar el fondo de injertos.

Objetivo. Predecir la presentación de asistolia y la utilización de injertos de donantes en asistolia.

Materiales y métodos. Se hace un análisis retrospectivo de la oferta de donantes en asistolia a nuestra unidad desde 2001 a 2009, comparándose las ofertas aceptadas y las rechazadas. Se usaron análisis descriptivos y modelos de regresión logística binaria múltiple, obteniéndose predictores de asistolia y utilidad del injerto (significación estadística, $p < 0,05$).

Resultados. La edad del donante menor de 40 años, el uso de inotrópicos y la ausencia de reflejos de náuseas y de tos, fueron factores predictores de asistolia.

La edad del donante mayor de 50 años, el índice de masa corporal mayor de 30 kg/m², el tiempo de isquemia caliente de más de 25 minutos, la estancia

en la unidad de cuidados intensivos mayor de 7 días y el aumento de más de cuatro veces de la alanina transaminasa (ALT), fueron los factores de riesgo para no usar el injerto.

El riesgo relativo de no asistolia tras el cese de maniobras se incrementó según las combinaciones de factores protectores y de riesgo de asistolia. El riesgo relativo de no usar el órgano se incrementó según la suma de uno a cinco factores de riesgo descritos.

Conclusión. La donación en asistolia es una fuente importante de injertos. Nuestros modelos podrían ser usados como factores predictores de asistolia en potenciales donantes y de utilidad del injerto, contribuyendo a evitar gastos derivados de extracciones improductivas.

01-022

Trasplante hepático infantil con incompatibilidad ABO: un recurso subutilizado

Diego Dávila, Rubén Ciria, Wayel Jassem, Mohamed Rela, Nigel Heaton
King's College Hospital
Londres, Reino Unido
diego.davila@NHS.net

Introducción. La escasez de órganos continúa siendo un problema en niños a pesar de utilizar la técnica de "Split" y los donantes vivos. Los injertos con incompatibilidad ABO pueden ser utilizados en situaciones seleccionadas.

Objetivo. Describir nuestra experiencia y resultados en trasplantes hepáticos infantiles con incompatibilidad ABO.

Materiales y métodos. Se hace un análisis retrospectivo de los trasplantes hepáticos infantiles con incompatibilidad ABO, entre 1991 y 2010. Es un estudio descriptivo con comparación de proporciones (χ^2 al cuadrado, Fisher) y medianas-rangos (U-Mann Whitney). Para el análisis de supervivencia se usó la prueba de Kaplan-Meier. Para la significación estadística, se usó p menor de 0,05.

Resultados. Se practicaron 15 trasplantes con incompatibilidad ABO. La mediana de edad de los

receptores fue de 9 meses (rango, 0,1 a 25). Las principales causas fueron falla hepática aguda, por hemocromatosis neonatal, atresia de las vías biliares o de causa desconocida; y otras fueron colestasis intrahepática familiar, déficit de alfa-1-antitripsina y hepatoblastoma.

Los protocolos de inmunosupresión usados fueron: tacrolimus y corticoides, tacrolimus, micofenolato y corticoides, tacrolimus y micofenolato, y basiliximab más tacrolimus. Se necesitó esplenectomía o plasmaféresis.

El 93,3 % de los donantes tuvieron muerte encefálica y hubo un injerto de donante en asistolia. Tres pacientes presentaron rechazo agudo, uno de ellos con colangiopatía difusa.

La supervivencia del injerto a 1 mes fue de 93,3%, y a 6 meses, 1 año y 5 años, fue de 80%. La edad mayor de 11 meses al momento del trasplante, fue un factor de riesgo para la supervivencia del injerto a 1 año.

Conclusión. El trasplante hepático infantil con incompatibilidad ABO es una opción segura, principalmente en menores de 11 meses, que puede ayudar a reducir la mortalidad en la lista de espera.

01-023

Factores predictores de supervivencia precoz en trasplante hepático infantil

Ruben Ciria, Wayel Jassem, Mohamed Rela, Nigel Heaton

King's College Hospital
Londres, Reino Unido
diego.davila@NHS.net

Introducción. Existen pocos reportes sobre factores predictores de supervivencia temprana del injerto, antes del trasplante hepático infantil y durante su realización.

Objetivo. Determinar factores predictores de supervivencia temprana en el trasplante hepático infantil

Materiales y métodos. Se hizo un análisis retrospectivo de 10 años. Se evaluó la supervivencia del injerto antes de 30, 60 y 90 días. Se estudiaron los

factores durante el trasplante (test de Student y prueba de ji al cuadrado). Se hicieron mediciones diarias de bilirrubina, AST e INR, entre otras, durante la primera semana. Se hicieron análisis de supervivencia con univariado (Kaplan-Meier) y con multivariado (regresión de Cox). Para la significación estadística, se usó p menor de 0,05.

Resultados. Desde el año 2000, se practicaron 422 trasplantes hepáticos infantiles. La edad media de los receptores fue de 4,65 años y 88,2% fueron trasplantes primarios. La causa fue falla hepática aguda en 18,7%. El injerto provino de donantes con muerte encefálica, asistolia y vivos. Hubo 82% de injertos parciales. La supervivencia del injerto a 30, 60 y 90 días varió cuando la bilirrubina al séptimo día era mayor de 11,7 mg/dl y cuando la falla hepática aguda fue la causa del trasplante. La bilirrubina al séptimo día después del trasplante y la falla hepática aguda fueron factores independientes de supervivencia del injerto en los tres grupos.

Conclusión. La bilirrubina al séptimo día es una herramienta fiable de supervivencia precoz posterior al trasplante. La falla hepática aguda y la edad del receptor estuvieron asociadas con la supervivencia. Estos factores del trasplante son útiles para indicar actuaciones precoces y evitar pérdidas de injertos.

01-024

Trasplante hepático infantil con donantes en asistolia

Diego Dávila, Rubén Ciria, Wayel Jassem, Mohamed Rela, Nigel Heaton

King's College Hospital
Londres, Reino Unido
diego.davila@NHS.net

Introducción. La mortalidad en la lista de espera para trasplante hepático infantil es elevada. Los donantes en asistolia son una posible fuente de injertos..

Objetivo. Describir la importancia de los donantes en asistolia en el trasplante hepático infantil.

Materiales y métodos. Se hizo un análisis retrospectivo de 1991 a 2009 de los trasplantes hepáticos infantiles con donantes en asistolia. Es un estudio descriptivo en el cual se comparan proporciones (ji

al cuadrado, Fisher), medianas y rangos (prueba de U-Mann Whitney) y se analiza la supervivencia (test de Kaplan-Meier). Para la significación estadística, se usó p menor de 0,05.

Resultados. Se practicaron 19 trasplantes hepáticos infantiles con donantes en asistolia. El promedio de edad de los receptores fue de 3,4 años y el del peso fue 16,29 kg. Las indicaciones fueron falla hepática aguda, atresia de vías biliares, hemangioendelioma, colestasis familiar, histiocitosis de Langerhans, déficit del factor VIII, hiperoxaluria, colangitis esclerosante y hepatoblastoma. Se hicieron injertos completos, de segmento lateral izquierdo, de lóbulo izquierdo y de lóbulo derecho (injerto auxiliar). Los promedios de tiempo de isquemia fría, caliente en el donante y caliente en el receptor, fueron de 7,3 horas, de 14 minutos y de 36 minutos, respectivamente. La mediana de la relación entre peso del injerto y peso del receptor (*graft-to-recipient weight ratio, GRWR*), fue de 3,58, con diferencias significativas entre los injertos completos y los parciales. Los promedios de edad, el peso y la estancia en la unidad de cuidados intensivos del donante, fueron 16 años, 56 kg y 4 días, respectivamente.

Falleció una paciente con falla hepática aguda que recibió un segundo trasplante. La supervivencia global fue de 94,5%.

Conclusión. El trasplante hepático infantil con donantes en asistolia es una opción útil. Una técnica quirúrgica adecuada y una estricta selección del donante y el receptor, son fundamentales para unos óptimos resultados.

01-044

Colecistolitiasis: correlación de los hallazgos ecográficos e histopatológicos en la Fundación Valle del Lili

María Elena Velásquez, Alberto Federico García, Fernando Rodríguez, David Olivares
Fundación Valle del Lili
Cali, Colombia
me.velasquez.acosta@gmail.com

Introducción. La colecistolitiasis es una condición muy frecuente. Su diagnóstico se basa en la presencia de síntomas sugestivos, asociados a algún método diagnóstico imaginológico. No existen en nuestro

medio estudios recientes que correlacionen el hallazgo ecográfico con el histopatológico.

Objetivo. Comparar los hallazgos ecográficos con los histopatológicos en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo. Se revisaron los reportes de radiología e histopatología de 936 pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en la Fundación Valle del Lili, desde enero de 2008 hasta abril de 2011. La base de datos analizó en Stata® 11. Los datos continuos se presentan como rango, promedio y desviación estándar (DE) y las proporciones, como porcentaje.

Resultados. Se excluyeron pacientes menores de 18 años y pacientes con enfermedad no litiasica, analizándose 806 individuos. La edad fluctuó entre 18 y 95 años (promedio, 52,1; DE=16,9) y 547 (67,9%) eran mujeres (relación 2:1). Se encontró colecistitis crónica en 748 (92,8%) especímenes, colecistitis aguda en 143 (17,7%), pólipos en 11 (1,4%) y carcinoma en 3.

En 334 casos la ecografía se hizo 30 días antes de la colecistectomía. Las características operativas de la ecografía para colecistolitiasis fueron sensibilidad 95% y especificidad 31%. En 245 pacientes la ecografía se practicó tres días antes de la colecistectomía; la sensibilidad y la especificidad para colecistitis aguda fueron de 45% y 88%, respectivamente.

Conclusión. Este análisis retrospectivo muestra una sensibilidad para colelitiasis tan alta como la reportada en la literatura científica. La ausencia de signos de colecistitis aguda en la ecografía no la descarta.

01-051

Resultados de colecistectomía laparoscópica en el sur colombiano

Luis Eduardo Sanabria, Sergio Sanz, Manuel Méndez, Jesús A. Poveda, Fernando Escobar, Álvaro Sanabria

Hospital Universitario de Neiva, Hospital Federico Lleras Acosta, Hospital Departamental de Pitalito, Clínica Mediláser y Hospital María Inmaculada
Neiva, Colombia
lesanabrar@gmail.com

Introducción. La colecistectomía laparoscópica es el procedimiento estándar para el manejo de la enfermedad vesicular. Los avances tecnológicos han permitido llevar el procedimiento a sitios cada vez más lejanos de la geografía colombiana.

Objetivo. Presentar los resultados de la implementación de la técnica realizada por cirujanos generales en centros hospitalarios de II y III nivel, públicos y privados, de los departamentos del Huila, Tolima y Caquetá.

Materiales y métodos. Se analizaron 497 colecistectomías laparoscópicas. De ellas, 397 corresponden a las últimas cirugías en cada centro y 100 fueron seleccionadas al azar. Se describe la distribución por sexo, tipo de cirugía y hallazgo quirúrgico.

Resultados. El 81% eran mujeres y la edad media fue de 43,6 años (rango, 14 a 89 años). Se trató de cirugía de urgencias en 30,4% de los casos. Las causas fueron colecistitis aguda (30,4%), colecistitis crónica (33,2%) y coledolitiasis simple (36,4%). El tiempo quirúrgico fue de $68,5 \pm 32,9$ minutos (rango, 15- 210). La frecuencia de complicaciones fue de 5,4%, lesión de la vía biliar (1,2%), lesión de vía biliar principal (0,4%), sangrado (1%), lesión de víscera hueca (0,2%), infección superficial del sitio operatorio (0,6%) y muerte (0,2%). Las complicaciones fueron más frecuentes en cirugía urgente, colecistitis aguda y en hombres.

Conclusión. No hubo diferencias en incidencia de las complicaciones con respecto a las informadas en la literatura científica mundial. La mayor cantidad de complicaciones y los tiempos quirúrgicos más prolongados, se presentaron en los procedimientos de urgencia, en la enfermedad aguda y en el sexo masculino, como ha sido publicado internacionalmente.

01-067

Operación de Kasai y reconstrucción de las vías biliares, “puente” al trasplante hepático

Guillermo Eduardo Aldana, Luis Eduardo

Martínez, Santiago Medina

Hospital de San José

Bogotá, D.C., Colombia

galdana@hospitaldesanjose.org.co

Introducción. La operación de Kasai es un procedimiento clásicamente utilizado en el manejo de pacientes pediátricos con atresia congénita de las vías biliares. Existen pocas publicaciones de su uso en adultos con lesiones traumáticas de las vías biliares.

Objetivo. Revisar tres casos de lesiones de las vías biliares posteriores a laparoscopia, que requirieron reconstrucción de las lesiones biliares complejas mediante la técnica de Kasai, completa o “parcial”.

Materiales y métodos. Se analiza la evolución posoperatoria de tres pacientes, que hacen parte de una cohorte de 30 sometidos a reconstrucción de las vías biliares después de lesión laparoscópica, tratados en el Hospital San José de Bogotá.

Resultados. Se trata de tres pacientes que sufrieron lesión de las vías biliares por colecistectomía laparoscópica y requirieron la operación de Kasai, completa y “parcial”. Una paciente recibió un trasplante hepático, posteriormente.

Se presentan los datos epidemiológicos, la valoración preoperatoria, el cuadro clínico y la técnica empleada. Se hizo seguimiento clínico y de laboratorio, con la escala de Terblanche, en todos los casos.

Conclusión. La técnica de Kasai hace parte del arsenal quirúrgico para el manejo de las lesiones “verdaderamente” complejas de la vía biliar, posteriores a una laparoscopia. La incidencia de este tipo de lesiones ha aumentado y se presentan con características más complejas y graves, estas últimas por compromiso vascular arterial asociado. La técnica de porto-entero-anastomosis puede ser útil en el manejo urgente de la lesión, a veces como tratamiento definitivo, pero también, como en casos pediátricos, como un tratamiento previo al trasplante hepático por cirrosis biliar secundaria.

01-075

Exploración de la vía biliar por laparoscopia: experiencia en el Hospital San José

Maikel Pacheco, Álvaro Granados, Adriana

Córdoba, Javier Mozo, Carolina Rodríguez,

Milena Socarrás

Hospital San José

Bogotá, D.C., Colombia

cx_general@hotmail.com

Introducción. La coledocolitiasis se presenta en 10 a 15 % de los casos y su tratamiento de elección es la colangiografía retrógrada endoscópica. Sin embargo, no siempre puede practicarse por diferentes causas, por lo cual se debe hacer abordaje quirúrgico por vía transcística o por coledocotomía. Actualmente es posible abordar la vía biliar por laparoscopia, con excelentes resultados.

Objetivo. Describir diferentes casos clínicos en los que se abordó la vía biliar por laparoscopia, para el manejo de la coledocolitiasis, en el Hospital San José.

Materiales y métodos. Se reportan cuatro casos de pacientes con coledocolitiasis no resuelta por colangiografía retrógrada endoscópica.

Resultados. Una paciente fue sometida a colecistectomía laparoscópica, y por abordaje transcístico con catéter de Fogarty, se logró la extracción completa de un cálculo fragmentado cuya dimensión por ecografía era de 17 mm. Otro paciente fue sometido a esfinteroplastia y, otros dos, a coledocotomía, exploración de vías biliares y colocación de tubo en T.

En todos los casos se resolvió la obstrucción biliar de forma satisfactoria, con resolución progresiva de la sintomatología. Hasta el momento, no se ha documentado coledocolitiasis residual.

Conclusión. Con los avances en la cirugía laparoscópica es posible el tratamiento de la coledocolitiasis con los mismos parámetros con los que se hacía anteriormente por vía abierta, empleando diferentes técnicas con óptimos resultados. En la literatura científica están reportados los diferentes abordajes para la exploración de la vía biliar por laparoscopia, los cuales se han usado en nuestro hospital de forma satisfactoria.

GASTROINTESTINAL

01-003

Gastrectomía laparoscópica para neoplasias poco frecuentes

Jorge Bernal, Evelyn Dorado

Clínica Las Américas y Universidad CES

Medellín, Colombia

doradofamilia@gmail.com

Introducción. El 5 % de las lesiones neoplásicas gástricas corresponden a linfomas, tumores del estroma, carcinoides, leiomiomas, y tumores escamosos y adenoescamosos. Los síntomas iniciales son dolor, pérdida de peso y sangrado. El manejo mínimamente invasivo de este tipo de neoplasias es posible, y cumple los estándares oncológicos esperados.

Objetivo. Mostrar la experiencia del grupo de mínima invasión en el manejo de neoplasias gástricas poco frecuentes.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio retrospectivo y descriptivo. Se tomó una muestra de nueve pacientes desde enero del 2010 hasta abril del 2011, seis mujeres y tres hombres. El promedio de edad fue de 50 años \pm 10. Las principales manifestaciones fueron anemia y dolor abdominal. A todos los pacientes se les practicó endoscopia, endosonografía y tomografía abdominal.

Resultados. Todos los pacientes fueron sometidos a gastrectomía por laparoscopia, una total y ocho subtotales. El tiempo quirúrgico promedio fue de 200 minutos, con menos de 100 ml de sangrado. No se presentó ninguna complicación durante la cirugía o después de ella. El resultado del estudio histopatológico fue un linfoma, un carcinóide y siete tumores de estroma gástrico.

Conclusión. Los linfomas, los tumores del estroma gastrointestinal y los carcinoides son neoplasias gástricas poco frecuentes. El tratamiento mínimamente invasivo cumple los estándares oncológicos y permite ofrecer al paciente una recuperación rápida, sin aumento de las complicaciones.

Estos resultados pueden garantizarse con un entrenamiento en técnicas avanzadas.

01-004

Esplenectomía laparoscópica por incisión única, experiencia de la Clínica Las Américas

Evelyn Dorado, Jorge Bernal

Clínica Las Américas y Universidad CES

Medellín, Colombia

doradofamilia@gmail.com

Introducción. La cirugía laparoscópica para el manejo de enfermedades hematológicas está ganando más terreno cada día. La utilización de

nuevas técnicas, como la cirugía por puerto umbilical único, es posible en este tipo de enfermedades.

Objetivo. Describir la técnica de esplenectomía laparoscópica por incisión única, con dos diferentes tipos de dispositivos.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo, realizado de mayo a diciembre de 2010. A dos pacientes con trastornos hematológicos (púrpura trombocitopénica y linfoma) con indicación de esplenectomía, se les practicó este procedimiento por puerto único, con dos dispositivos (Alexis® y guante, y SILS® de Covidien).

Resultados. En posición de decúbito lateral izquierdo, se hizo la incisión umbilical, se introdujeron los dispositivos, en el primer caso, Alexis® más guante y grapa vascular para la sección del hilio esplénico, y en el segundo caso, dispositivo SILS® y control del hilio con *Hem-o-lock*®. La duración del procedimiento fue de 120 minutos y, el sangrado, de 50 ml. No se presentó ninguna complicación.

Se reinició la vía oral a las 6 horas, no se necesitaron opiáceos para el manejo del dolor y la deambulación se inició a las 12 horas. Por recomendación de hemato-oncología, se dieron de alta a las 72 horas.

Conclusión. En pacientes con trastornos hematológicos, la esplenectomía por laparoscopia es el método de referencia. Las técnicas de incisión única son una opción, la cual requiere destrezas laparoscópicas avanzadas debido a la pérdida de la triangulación y mayor dificultad para la tracción de los tejidos. Permite muy buenos resultados estéticos, con poco dolor y recuperación temprana de las actividades.

Amerita la selección del paciente debido a las limitaciones del puerto, la longitud de los instrumentos y el grosor de la pared abdominal.

Los criterios de inclusión para este tipo de procedimiento son: pacientes delgados, sin cirugías previas y sin esplenomegalias masivas.

01-007

Evaluación y seguimiento de una cohorte de pacientes sometidos a operación de Whipple

(duodenopancreatectomía cefálica) en un hospital de IV nivel de Medellín

Sergio Iván Hoyos, Álvaro Andrés Duarte, Jaime Chávez, Gloria Franco, Susana Gómez, Jonathan Sánchez

Hospital Pablo Tabón Uribe y Grupo de Gastrohepatología, Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia
sergiohoyosd@yahoo.es

Introducción. La cirugía pancreática sigue siendo un reto a todo nivel, a pesar de la baja mortalidad reportada por los diferentes grupos mundiales. En nuestro medio son pocas las cohortes con un número importante de pacientes en las que se analice esta cirugía.

Objetivo. Evaluar una cohorte de pacientes sometidos a cirugía de Whipple en el Hospital Pablo Tobón Uribe.

Materiales y método. Se incluyeron los pacientes de la base de datos prospectiva de la Unidad de Cirugía Hepato-Biliar y Pancreática del hospital. Los criterios de inclusión fueron: todo paciente sometido a duodenopancreatectomía cefálica de enero de 2004 a abril del 2011, y no hubo criterio de exclusión.

Resultados. Se practicaron 68 operaciones de Whipple. La edad promedio fue 59 años (rango, 16 a 82), 50 % en hombres. En 97 % la indicación fue neoplasia maligna: cáncer de páncreas (35,2 %), cáncer de ampolla de Vater (35,2 %), colangiocarcinoma distal (11,7 %), cáncer de duodeno (5,8 %) y otras (11,7 %).

En promedio, el sangrado intraoperatorio fue de 455 ml (rango, 200 a 2.000 ml) y sólo 5,5 % sangró más de 1.000 ml. En 35,2 % de los pacientes se requirieron glóbulos rojos, en promedio, 2,75 unidades (rango, 1 a 8). El 45,5 % sólo estuvo un día en la unidad de cuidados intensivos y el promedio de estancia fue de 2,46 días (rango, 1 a 20).

Se presentaron complicaciones en 35 % de los casos, las cuales fueron: infección del sitio operatorio (10,3 %), sangrado posoperatorio (10,3 %) y atonía gástrica (11,7 %). La mortalidad posoperatoria general de la serie fue de 14,7 %, pero en los últimos 25 casos, la mortalidad relacionada con la cirugía bajó a 8 %.

Conclusión. En nuestro hospital, la duodenopancreatocetomía cefálica sigue teniendo alta mortalidad, aunque es evidente que ha mejorado en los últimos años.

01-029

Esofagectomía mínimamente invasora, experiencia en el Hospital San José

Juan Camilo Ramírez, Adriana Córdoba, Gabriel Santiago Medina

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Hospital San José

Bogotá, D.C., Colombia

cordobaadriana@hotmail.com

Objetivo. El objetivo de este trabajo es revisar nuestra experiencia con la esofagectomía mínimamente invasora y determinar el posible impacto de este abordaje novedoso sobre una serie de variables.

Materiales y métodos. Se revisaron las historias clínicas de 20 pacientes a quienes se les practicó una esofagectomía mínimamente invasora entre enero de 2009 y diciembre de 2010.

Resultados. Se sometieron a esofagectomía mínimamente invasora 20 pacientes, 14 hombres y 6 mujeres, con edad promedio de 57 años (rango, 29 a 82), 13 por neoplasia y siete por enfermedad benigna. En 13 casos se practicó esofagectomía transhiatal por laparoscopia con ascenso del estómago al cuello, siete por enfermedad benigna y seis por adenocarcinoma del tercio distal del esófago. En siete pacientes se hizo un abordaje combinado por toracoscopia y laparoscopia.

El tiempo quirúrgico promedio fue de 234 minutos (rango, 180 a 360) y el promedio del sangrado quirúrgico fue de 200 ml. El promedio de hospitalización en la unidad de cuidados intensivos fue de 4,8 días y 12 fueron internados en la unidad de cuidados intermedios. Ninguno requirió asistencia respiratoria mecánica en el posoperatorio inmediato.

En cinco pacientes se presentaron ocho complicaciones, como neumonía multilobar, infarto de miocardio, fuga en la anastomosis, lesión transitoria del nervio recurrente laríngeo y trombosis venosa profunda. Tres pacientes fallecieron en el posopera-

torio, uno de infarto del miocardio, otro por neumonía con síndrome de dificultad respiratoria del adulto y el tercero tuvo una fuga en la anastomosis esófago-gástrica y, posteriormente, una neumonía intrahospitalaria.

Conclusión. La esofagectomía mínimamente invasora es un procedimiento factible y seguro desde el punto de vista técnico, cuyas indicaciones y abordaje deben determinarse de manera individual. Los principales beneficios demostrados son disminución de la hemorragia, de la necesidad y del tiempo de hospitalización, y el regreso más temprano a las actividades normales.

Debido a su complejidad, debe llevarse a cabo en centros de alto nivel de complejidad, con volúmenes altos de casos. Sus beneficios en el tratamiento del cáncer del esófago no están bien definidos y deben determinarse con estudios prospectivos de asignación aleatoria.

01-033

Cáncer gástrico: ¿cómo estamos en el Hospital Universitario del Valle?

Germán Alonso Estrada, Beatriz Bibiana Aguirre, Jaime Rubiano, Socorro Hincapié, Luisa Montoya

Universidad del Valle

Cali, Colombia

bibiaguirre@hotmail.com

Introducción. El cáncer gástrico es la segunda neoplasia más común en el mundo y la primera causa de muerte por cáncer en Colombia. El 50 % de los pacientes en el mundo sometidos a cirugía tienen carcinomatosis peritoneal. El conocimiento de su historia natural y los avances tecnológicos han sido fundamentales para disminuir la mortalidad, permitiendo educar en formas de prevención, aumentar la detección temprana y dar tratamiento oportuno.

Objetivo. Describir la situación del hospital frente al cáncer gástrico, con variables como sexo, edad, procedencia, síntoma inicial predominante, localización del tumor, tipo histológico, estadio, tipo de cirugía practicada y tratamiento adyuvante, determinando el porcentaje de detección temprana y la correlación entre biopsia endoscópica e histopatología.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio descriptivo de pacientes con cáncer gástrico, manejados quirúrgicamente en el Hospital Universitario del Valle, entre enero de 2006 y diciembre de 2010, usando datos de los archivos de historias clínicas y del Servicio de Patología.

Resultados. Se incluyeron 200 pacientes operados por cáncer gástrico, 112 hombres (56 %) y 88 mujeres (44 %). El 65 % era menor de 65 años y el 17 % procedía de otros departamentos. El síntoma predominante al consultar fue dolor abdominal (53 %). La localización más frecuente fue distal y la gastrectomía subtotal fue la intervención más practicada (67 %). Sólo 16 % de los pacientes se encontraba en estadios tempranos, con predominio del tipo histológico intestinal (51 %) y 97% de coincidencia entre biopsia e histopatología. Se dio tratamiento adyuvante en 67 % de los casos.

Conclusión. El estudio endoscópico es pertinente en la población sintomática en riesgo, independientemente de la edad, para intervenir tempranamente y causar un impacto favorable en la mortalidad por cáncer gástrico.

01-043

Prevalencia y seriedad de las lesiones precursoras de neoplasia maligna en una zona de alto riesgo de cáncer gástrico, Pasto, 2010

Álvaro Bedoya, Fernando Sansón, Fernando Fuertes, Yomaira Yépez, Cristina Santacruz, Jenny Cifuentes

Centro Hospital La Rosa
San Juan de Pasto, Colombia
redsur@pastosaludese.gov.co

Introducción. Es conocida la alta incidencia del cáncer gástrico en Nariño; sin embargo, se han identificado tres zonas geográficas con diferente incidencia de cáncer gástrico y prevalencia de lesiones precursoras de neoplasia maligna. El presente trabajo buscó identificar la prevalencia y la seriedad de las lesiones precursoras de neoplasia maligna en la zona centro, la cual difiere de las zonas norte, suroccidental y la costa,

con el fin de plantear las intervenciones de manera oportuna.

Objetivo. Conocer la prevalencia de lesiones precursoras de neoplasia maligna de la zona centro y clasificar su riesgo para posibles intervenciones terapéuticas, de control y seguimiento con los grupos de promoción y prevención.

Materiales y métodos. Se practicaron 212 videoendoscopias de vías digestivas altas en un periodo de un año a pacientes de la zona centro, con toma de siete biopsias gástricas (dos de antro, una de incisura angulares, dos de cuerpo y dos subcardiales), por un solo endoscopista con entrenamiento especial en diagnóstico de cáncer temprano.

Se utilizó la coloración modificada de Giemsa, con reporte de la escala análoga de Sidney, para hacer el análisis. Se excluyeron 20 pacientes, seis por presentar cáncer gástrico y 14 por mala calidad de la biopsia.

Resultados. De 192 pacientes evaluados, 74 presentaban algún grado de atrofia en antro, cuerpo o subcardias, en 73,5 % asociada con presencia de *Helicobacter pylori*; en 47 se encontró metaplasia intestinal (52 % con *H. pylori*) y, en 3, displasia (todos con *H. pylori*).

Del total de pacientes con gastritis crónica atrófica, 66 presentaron gastritis crónica atrófica de antro y cuerpo para la clasificación de OLGA (*Operative Link on Gastritis Assessment*); 37 se asociaron con metaplasia intestinal, 26 de tipo I, 10 de tipo II y 1 de tipo III. Ninguno de los pacientes estaba en estadio IV, razón por la cual el tipo de gastritis en esta zona no era tan avanzada.

Conclusión. La prevalencia de lesiones precursoras de neoplasia maligna en la zona centro del Departamento es inferior con respecto a las zonas norte y suroccidental, por lo que la atención y el tratamiento con los grupos de promoción y prevención serán prioritarios en estas zonas. Llama la atención la presencia de lesiones de atrofia y metaplasia intestinal en la región subcardial.

01-048**Decisión terapéutica objetiva en pacientes con oclusión intestinal secundaria a adherencias**

Andrés Falla, Gustavo Aguirre, William Sánchez
Hospital Militar Central, Universidad Militar Nueva Granada
Bogotá, D.C., Colombia

Introducción. En el manejo de la obstrucción intestinal, por lo general, las decisiones terapéuticas son subjetivas, lo que deriva en posibles complicaciones por demora en el tratamiento quirúrgico, que contribuirían a aumentar la tasa de morbimortalidad.

Objetivo. Analizar la casuística para establecer criterios diagnósticos objetivos, con implicaciones en el manejo de la oclusión intestinal, en pacientes que no ingresan con signos de inminentes urgencia quirúrgica abdominal.

Materiales y métodos. Se incluyeron, de manera retrospectiva, los pacientes que ingresaron con diagnóstico de obstrucción intestinal secundaria a adherencias, entre febrero de 2010 y abril de 2011. Se excluyeron los casos secundarios a hernia no reductible, cuerpo extraño en el tubo digestivo, cáncer, íleo posoperatorio o compactación fecal, aquellos con antecedente de cirugía abdominal en los 15 días previos, infección del sitio operatorio, pulmonar o genitourinaria, y quienes consultaron por la misma causa en un periodo menor de un mes.

Se buscó la asociación existente entre el tiempo de inicio de la sintomatología, los hallazgos intraoperatorios, los niveles de bicarbonato sérico y el reporte del tránsito intestinal o la tomografía abdominal, con el fin de proponer una posible alternativa y un algoritmo de manejo que permitan tomar una decisión quirúrgica temprana y, de esta manera, evitar posibles complicaciones por retardo de la cirugía.

Resultados. La muestra fue de 125 pacientes, con promedio de edad de 54.43 años, 84 de ellos de sexo masculino. Del total, 87 recibieron manejo conservador, y 38, manejo quirúrgico. Se presentaron adherencias en 31. Se demostró isquemia intestinal en 21% y perforación intestinal en 10,5%. La mortalidad global fue del 5,6%. En casos de oclusión intestinal complicada, el promedio del bicarbonato sérico fue de 15,25 nmol/L. No hubo adecuada pro-

gresión del medio de contraste en el tránsito intestinal, en 87,5%. El tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la cirugía fue, en promedio, de 7,8 días.

Conclusión. Estos hallazgos deben confirmarse con una evaluación prospectiva. Se propone un algoritmo de aproximación diagnóstica y terapéutica en caso de oclusión intestinal, con el fin de que se tome una decisión en las primeras 24 horas después del ingreso y se eviten complicaciones isquémicas.

01-066**Relación entre el valor de la proteína C reactiva y el inicio de la vía oral, en pancreatitis leve**

Guillermo Aldana, Carolina Díaz
Hospital de San José
Bogotá, D.C., Colombia
caritodiazrivera@hotmail.com

Introducción. Entre las múltiples controversias respecto al tratamiento de la pancreatitis aguda leve, está el momento oportuno para iniciar la vía oral. Se han incluido varias estrategias, entre las que se encuentran el seguimiento con amilasa o la resolución de signos y síntomas, como ausencia de dolor o íleo, e incluso, se ha propuesto determinado tipo de dieta para el inicio de la vía oral.

En nuestra institución utilizamos la disminución del valor de la proteína C reactiva (PCR). Sin embargo, no contamos con un estudio objetivo sobre este criterio, lo que originó la idea de este trabajo, en el que se describe el comportamiento de la enfermedad y se busca el valor promedio de PCR con el que se inicia la vía oral.

Objetivo. Describir la relación entre el valor de la PCR y el inicio de la vía oral, y los datos epidemiológicos de la enfermedad en esta institución, comparándolos con los publicados internacionalmente.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio observacional, descriptivo y de cohorte histórica, sobre la relación del valor de la PCR con el inicio de la vía oral en casos de pancreatitis aguda leve en el Hospital de San José, entre 2002 y 2007. Se revisaron

247 historias clínicas de la base de datos del hospital registradas con los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) 10, como K85x, K860 y K861, de las cuales, 117 cumplieron los criterios de inclusión.

Resultados. En ninguno de los casos revisados se suspendió la vía oral una vez reiniciada, aunque se nota una gran disminución del valor de PCR comparado con el inicial. El valor de la PCR al iniciar la vía oral fue, en promedio, de 4,5 mg/dl. El porcentaje de pancreatitis grave en esta institución (34 %) fue mayor que el reportado a nivel mundial.

Conclusión. Los datos epidemiológicos de nuestra institución varían con los reportados en la literatura científica, dado el mayor volumen de pacientes con esta enfermedad que se maneja. Se sugiere hacer un estudio prospectivo para determinar la utilidad de la proteína C reactiva como marcador de la fase aguda, en el inicio de vía oral en pacientes con pancreatitis aguda.

01-072

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

Guillermo Aldana, Milena Socarrás, Juan David Lleras

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Hospital San José

Bogotá, D.C., Colombia

cx_general@hotmail.com

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

Objetivo. Describir la presentación clínica de esta enfermedad y la experiencia en el tratamiento

quirúrgico con el procedimiento de Partington-Rochelle, resaltando la experiencia obtenida en el Hospital San José.

Materiales y métodos. Se revisan cuatro casos de pacientes con historia de pancreatolitis, tres de ellos con tratamiento quirúrgico por dolor y uno tratado por pancreatitis recurrente y pancreatolitis. Se practicaron estudios prequirúrgicos y de laboratorio; asociado a imágenes con resonancia magnética abdominal en la que se identificó pancreatitis crónica, se concluyó que se trataba de cuadros de pancreatitis crónica y se programaron para cirugía.

Resultados. Los pacientes se sometieron a cirugía mediante el procedimiento de Partington-Rochelle (pancreato-yeyunostomía látero-lateral) y se encontró, como característica importante, dilatación del conducto pancreático y cálculos en su interior. No se presentaron complicaciones. En el posoperatorio hubo disminución progresiva del dolor hasta su desaparición. Los controles periódicos en la consulta externa mostraron una adecuada evolución y en la tomografía abdominal de control se encontró un proceso inflamatorio crónico. Actualmente, los pacientes presentan dolor abdominal leve episódico.

Conclusión. La pancreatitis crónica es una enfermedad de baja prevalencia en nuestro medio, que tiene indicación de tratamiento quirúrgico cuando el dolor no mejora con el tratamiento médico y se vuelve intratable. En estos casos, se debe tener en cuenta el procedimiento de Partington-Rochelle.

Existen diferentes técnicas quirúrgicas para descomprimir la presión generada en los conductos pancreáticos, según la ubicación de los cálculos. Un conducto se considera dilatado cuando presenta un diámetro mayor de 7 mm, lo cual favorece un óptimo resultado en la anastomosis pancreato-yeyunal.

En el Hospital San José se ha practicado la técnica de Partington-Rochelle para el drenaje completo. Cabe señalar que en la literatura científica están descritas las diferentes técnicas para el drenaje del conducto pancreático y se ha demostrado que con el procedimiento presentado se obtienen óptimos resultados, como muestra la experiencia en nuestro hospital.

CIRUGÍA BARIÁTRICA

01-013

Evolución de las enfermedades concomitantes en pacientes con ganancia de peso después de una cirugía bariátrica

Sergio Díaz, Diana Ríos, Carlos Calle, Felipe Solórzano, Juan Manuel Toro, Lina López, Jesús Vásquez, Jean Pierre Vergnaud, Carlos Lopera
Universidad CES, Clínica CES
Medellín, Colombia
dianar34@hotmail.com

Introducción. En la literatura científica se ha demostrado el efecto benéfico de los procedimientos bariátricos sobre la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y el síndrome metabólico. Sin embargo, no hay muchos datos en ella que permitan establecer el efecto de la recuperación del peso sobre estas enfermedades concomitantes.

Objetivo. Describir la evolución de las enfermedades concomitantes en pacientes que recuperan peso después de un procedimiento bariátrico.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio retrospectivo y descriptivo. Se hizo una búsqueda manual de las historias clínicas de pacientes en posoperatorio de cirugía bariátrica, en un hospital de cuarto nivel de Medellín. Se incluyeron pacientes con recuperación de peso entre una evaluación y la siguiente, durante el seguimiento posoperatorio. Los pacientes fueron evaluados a los 3, 6, 12 y 18 meses, y, posteriormente, cada año. Las enfermedades concomitantes evaluadas fueron diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipidemia.

Resultados. Se evaluaron 101 pacientes. Todos presentaron pérdida de peso con respecto al peso previo a la cirugía. De ellos, 19 presentaron recuperación de peso en algún momento del seguimiento y se incluyeron en el estudio. En 83,3 % de los pacientes se resolvieron sus enfermedades concomitantes y el 100 % disminuyeron o suspendieron los medicamentos usados para su control. Este efecto se mantuvo a pesar de la recuperación de peso.

Conclusión. El control de las enfermedades concomitantes después de una cirugía bariátrica, en seguimientos a mediano plazo, no parece alterarse

si la curva de pérdida de peso se interrumpe. Se necesitan más estudios al respecto.

01-027

Asociación entre obesidad mórbida y cambios histológicos en el hígado

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

Introducción. La obesidad mórbida se ha asociado a un conjunto de enfermedades que comprometen la calidad de vida de los pacientes, algunas muy evidentes, como hipertensión arterial, diabetes, resistencia periférica a la insulina, artrosis, etc., y otras no muy evidentes pero no menos dañinas, como la cirrosis. Algunos estudios han evidenciado la presencia de esteatohepatitis no alcohólica en pacientes con obesidad mórbida.

En Colombia no hay estudios que evalúen la presencia de esteatohepatitis no alcohólica en este tipo de pacientes, por lo que no conocemos si existe asociación de la obesidad mórbida con cambios histológicos hepáticos o si no la hay.

Objetivo. Evaluar la asociación de los resultados histológicos de biopsias hepáticas obtenidas en pacientes con obesidad mórbida sometidos a *bypass* gástrico.

Materiales y métodos. Es un estudio transversal y observacional de asociación. Como protocolo para la investigación, se decidió tomar biopsia hepática en cuña a los pacientes sometidos a *bypass* gástrico para tratar la obesidad mórbida. Todos tenían un índice de masa corporal por encima de 40 kg/m² y todas las muestras fueron procesadas por el mismo grupo de histopatología.

Resultados. Se encontró que sí había cambios histológicos en los pacientes con obesidad mórbida al momento de ser sometidos a cirugía y que, aunque muy pocos tenían criterios histológicos de esteatohepatitis no alcohólica, la mayoría (más de

80%) tenía cambios de fibrosis perivenular y portal, y todos tenían cambios de hígado graso.

Conclusión. Se encontró una fuerte asociación entre la obesidad mórbida y el compromiso hepático. Como no siempre se diagnostica, no se toman medidas frente a esta condición clínica.

01-028

Gastrectomía vertical por laparoscopia para manejo de la obesidad mórbida

Amy del Mar Piñeres, Gabriel Jaime Arroyave, Mauricio Valencia, Diana Paola Cuesta, Hernán Darío Restrepo

Universidad Pontificia Bolivariana, Clínica Universitaria Bolivariana y Clínica Medellín
Medellín, Colombia
amypinerness@yahoo.com

Introducción. La obesidad mórbida es una entidad de salud pública que afecta de diversas formas a la sociedad, generando altos costos a los gobiernos en todo el mundo, por lo que hay una búsqueda continua para el manejo de pacientes obesos.

La cirugía se ha convertido en la mejor opción de tratamiento con resultados satisfactorios a largo plazo. La gastrectomía vertical ha sido considerada como un procedimiento de primer paso y no definitivo, por lo cual evaluamos los resultados obtenidos construyendo un tubo gástrico por laparoscopia en una serie de pacientes con obesidad mórbida, utilizando esta técnica quirúrgica como el tratamiento definitivo.

Objetivo. Evaluar los resultados obtenidos con el tubo gástrico por laparoscopia en una serie de pacientes con obesidad mórbida.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio observacional descriptivo, prospectivo, en pacientes con indicación de cirugía bariátrica, en dos centros asistenciales de tercer nivel de complejidad de Medellín.

Resultados. En el momento del ingreso, 89,1 % de los pacientes se encontraba en el grupo de obesidad mórbida, desde grado I hasta superobeso; sólo el 10,9 % se encontraba en sobrepeso. Al primer mes de seguimiento, 85,7 % se encontraba con niveles de

peso normal, hasta obesidad grado I; 96,6 % al sexto mes; 98,4 % a los 12 meses, y 99,6 % a los 18 meses, con desaparición también de las enfermedades metabólicas, la apnea del sueño y de otras enfermedades asociadas, y con mejoría de la morbilidad de estos pacientes.

Conclusión. La cirugía bariátrica restrictiva es un método seguro, efectivo y definitivo para el tratamiento de la obesidad mórbida y la disminución de la morbilidad de estos pacientes.

01-073

No utilizar en forma sistemática el sistema de drenaje en cirugía bariátrica, ¿es una práctica segura?

Carlos Lopera, Jean P. Vergnaud, Sergio Díaz, Jesús Vásquez, Juan Pablo Toro, Juan Camilo Álvarez, Jaime Andrés Montoya
Universidad de Antioquia, MEDLAP
Medellín, Colombia
jesusv@une.net.co

Introducción. La cirugía bariátrica es una técnica quirúrgica compleja, que desde su inicio se ha promulgado y recomendado el uso de sistemas de drenaje para proteger y canalizar las posibles filtraciones. Se presenta una serie importante de pacientes a los cuales no se les dejó un sistema de drenaje de manera rutinaria en este tipo de cirugías.

Objetivo. Demostrar que el sistema de drenaje en cirugía bariátrica puede ser una práctica segura y que sólo es necesaria en algunos casos, y determinar las principales causas que hacen necesaria su utilización.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio descriptivo de casos, prospectivo y multicéntrico, con la participación de cinco centros de cirugía bariátrica y un equipo de seis expertos cirujanos para tratar la obesidad.

Resultados. Se presentaron 112 casos de cirugía para la obesidad, que incluyeron *bypass* gástrico en Y de Roux, *bypass* de una sola anastomosis y manga gástrica, todos abordados por vía laparoscópica y con drenaje sólo en 18 (16,1 %) casos seleccionados.

Se usó drenaje por las siguientes causas: anticoagulación por trombosis venosa profunda, perforación

del estómago excluido, fístula por tensión de la anastomosis, laceración esplénica con sangrado controlado, metaplasia intestinal que requirió gastrectomía del estómago excluido, perforación del saco, dificultad en la construcción de la Y de Roux, filtración en la anastomosis gastroyeyunal, isquemia y perforación del yeyuno, sangrado de las líneas de grapas en el estómago excluido, y filtración sin fuga evidente.

Conclusión. No es obligatorio el uso rutinario de sistema de drenaje en cirugía bariátrica. En casos seleccionados, es una práctica segura y recomendable.

01-074

Experiencia en cirugía bariátrica laparoscópica en un periodo menor de un año en una institución de tercer nivel

Jean Pierre Vergnaud, Juan Camilo Álvarez, Juan Pablo Toro, Jorge Hernán Ibarra, Jorge Armando Sánchez, Lina María Vera

Clínica Saludcoop
Medellín, Colombia
jpvergnaud@une.net.co

Introducción. Se presenta la experiencia del grupo de cirugía bariátrica de la Clínica Medellín Saludcoop, con 483 pacientes en un periodo de nueve meses, con sus resultados quirúrgicos, las complicaciones y los resultados obtenidos a corto plazo.

Objetivo. Presentar las cirugías practicadas en un periodo de nueve meses, con sus complicaciones y mortalidad.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal de las cirugías bariátricas practicadas por vía laparoscópica en una institución de tercer nivel de complejidad.

Resultados. Durante el periodo de septiembre de 2010 a mayo de 2011, se practicaron 480 cirugías consistentes en: *bypass* gástrico en Y de Roux, manga gástrica, *bypass* gástrico de una sola anastomosis y, en pocos casos, corrección de hernia interna y revisión del *bypass* gástrico por falta de pérdida de peso.

En junta médica de cirugía bariátrica se evaluaron 530 pacientes durante el mismo periodo. A partir de enero de 2011, a todos los pacientes se les brindó preparación educativa preoperatoria, lo que ha optimizado los resultados del grupo de cirugía bariátrica.

Se presentan la tasa de morbilidad y mortalidad, la estancia hospitalaria y el tiempo quirúrgico promedio, el cual es menor a 60 minutos en la gran mayoría de los casos.

Conclusión. Es posible tener un programa de cirugía bariátrica eficiente y efectivo con el actual sistema de seguridad social, con resultados comparables a los de las grandes series del mundo. La cirugía bariátrica es una técnica segura y efectiva para el manejo de la obesidad.

01-076

Manga gástrica, experiencia de cinco años: revisión de la técnica en 700 casos

Roberto Quintero, Álvaro Rojas, Ricardo Daguer, Rafael McCausland, Jesús Valle, Jorge Ramírez
Endocirugía, Clínica La Asunción
Barranquilla, Colombia
robertoquinterop_@hotmail.com

Introducción. La gastrectomía en manga es una cirugía con baja morbimortalidad y, actualmente, es la técnica de elección para el tratamiento de la obesidad en Latinoamérica.

Objetivo. Presentar nuestra experiencia en Barranquilla en cirugía bariátrica (manga gástrica), y revisar la técnica quirúrgica, los resultados y la morbimortalidad.

Materiales y métodos. Se presenta un estudio retrospectivo y descriptivo sobre las primeras 700 mangas gástricas operadas entre 2006 y 2011.

Se revisaron las variables: edad, sexo, técnica, número de trocares, sutura o no sutura de refuerzos, endoscopias, prueba con azul de metileno, drenajes, tiempo quirúrgico, complicaciones, cirugía de revisión y morbimortalidad.

Resultados. Se practicaron 700 gastrectomías en manga, en 230 hombres y 470 mujeres con edades

entre 18 y 74 años (promedio de 40 años). En 34 pacientes se hizo la manga más colecistectomía. Se usaron entre tres y seis trocares. Se hizo sutura de refuerzo de la manga en 308. Durante los dos primeros años no se suturó.

Las complicaciones fueron: hemoperitoneo (4), fístula (3), absceso intrabdominal (2). Se usó drenaje percutáneo en dos casos y se requirió nueva intervención en menos de 1%, por hemoperitoneo, absceso intraabdominal y fístula gástrica.

Se hicieron endoscopias intraoperatorias en 10%, prueba de azul de metileno en 92% y se usó drenaje en 90%.

El tiempo quirúrgico promedio fue de 80 minutos y, la estancia hospitalaria, de 24 a 48 horas. No hubo casos fatales y la morbilidad correspondió a menos de 1%.

Conclusión. La gastrectomía en manga es un procedimiento con baja morbimortalidad en manos de cirujanos entrenados en laparoscopia. Las variaciones de la técnica se usan en casos seleccionados por el grupo quirúrgico.

COLON Y RECTO

01-016

Tiempo de evolución de la apendicitis y riesgo de perforación

Álvaro Sanabria, Luis Carlos Domínguez, Neil Valentín Vega, Camilo Osorio, Adriana Serna, Charles Bermúdez

Universidad de La Sabana
Chía, Colombia
alvarosanabria@gmail.com

Introducción. La apendicitis es la condición quirúrgica más común a la que se enfrenta el cirujano. La relación entre el tiempo de evolución y la complicación (perforación o peritonitis) se ha asumido como lineal, sin que existan publicaciones que sustenten firmemente esta afirmación.

Objetivo. El propósito fue evaluar la relación entre el tiempo de los síntomas y la complicación de la apendicitis.

Materiales y métodos. Se diseñó un estudio de cohortes sobre una base de datos previamente en-

sablada y publicada por los autores, en el que se evaluaron los pacientes con dolor abdominal sugestivo de apendicitis (signos, síntomas, tiempo de evolución, conducta, histopatología, seguimiento). El examen de referencia fue el estudio histopatológico.

Resultados. Se incluyeron 206 pacientes (59,7 % hombres). El tiempo de evolución del grupo de apendicitis no complicada fue de $28,1 \pm 22,9$ horas y, en el de apendicitis complicada, fue de $26,5 \pm 33,4$ horas ($p=0,7$), mientras que el tiempo de evolución del grupo de apendicitis no perforada fue de $22,5 \pm 17,5$ horas y, en el de la perforada, fue de $33,4 \pm 24,8$ ($p=0,003$). No se demostró una relación lineal entre el tiempo de síntomas y la perforación.

Conclusión. Generalmente, se ha afirmado que existe una relación lineal entre el tiempo de evolución de los síntomas y la progresión de la apendicitis, asimismo como la perforación. Nuestros resultados demuestran que, independientemente del tiempo de los síntomas, la frecuencia de apendicitis no complicada es estable y que existen otros factores no relacionados con el tiempo que pueden determinar la presentación de la enfermedad.

01-030

Experiencia quirúrgica entre apendicectomía laparoscópica y convencional, en pacientes con apendicitis aguda, enero de 2008 a enero de 2010

Ricardo Villarreal, Carlos Luna, Carlos Leal, Rolando Martínez

Fundación Universitaria Salud Bosque
Bogotá, D.C., Colombia
dr.rola@hotmail.com

Introducción. La apendicitis es la causa más común de dolor abdominal agudo que requiere intervención quirúrgica, en los países occidentales. Aproximadamente, 7 % de la población sufre apendicitis y la apendectomía es la cirugía inesperada más frecuente.

En el estudio se hizo un paralelo entre apendicectomía convencional y laparoscópica, reconociendo las ventajas y la experiencia de la Fundación Salud Bosque en estos procedimientos.

Objetivo. Describir la experiencia en el abordaje quirúrgico de la apendicitis aguda, mediante el seguimiento de una cohorte retrospectiva de pacientes que ingresaron al servicio quirúrgico de la Fundación, entre enero de 2008 y enero de 2010.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo, mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes sometidos a cirugía (convencional o laparoscópica); los datos se organizaron en Excel® y se exportaron al programa estadístico SPSS®, 13.0.

Resultados. Durante el periodo en estudio, se ingresaron 200 pacientes, con las siguientes variables: edad, sexo, tiempo de evolución previo a la cirugía, reportes de cuadro hemático y de ecografía, enfermedad concomitante, hallazgos y tiempo quirúrgicos, intensidad del dolor posoperatorio, complicaciones y tiempo de estancia hospitalaria posterior a la cirugía. Mediante análisis bivariado se encontró significancia estadística para las variables sexo, cuadro hemático, tiempo quirúrgico e intensidad de dolor posoperatorio.

Conclusión. Las variables analizadas demostraron que en el paciente de sexo femenino, la cirugía laparoscópica podría ser la mejor opción. El tiempo quirúrgico fue similar al reportado en la literatura científica y fue mayor en la laparoscopia. El dolor posoperatorio fue mayor en la cirugía convencional.

01-045

Correlación diagnóstica de los marcadores inflamatorios (PCR, neutrofilia y leucocitosis) en las diferentes fases de la apendicitis aguda

Gustavo Aguirre, Andrés Falla, William Sánchez
Hospital Militar Central, Universidad Militar Nueva Granada
Bogotá, D.C., Colombia

Introducción. La apendicitis aguda es una enfermedad de diagnóstico predominantemente clínico, cuya sensibilidad y certeza están directamente relacionadas con la experiencia del examinador. En numerosos estudios se ha tratado de demostrar la utilidad de los análisis de exámenes suplementarios como ayudas de certeza diagnóstica. No hay

muchos reportes en nuestro medio al respecto, por lo cual se diseñó esta investigación.

Objetivo. Determinar si existe una correlación entre la elevación de los marcadores de inflamación (PCR, leucocitosis y neutrofilia) y las diferentes fases de la apendicitis aguda.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio prospectivo, llevado a cabo entre enero y mayo de 2011. Se incluyeron 100 pacientes con diagnóstico clínico de apendicitis aguda sometidos a cirugía, con un máximo de 24 horas de evolución clínica y en quienes al ingreso se habían practicado exámenes de hemograma y PCR. Se tuvieron en cuenta los hallazgos histopatológicos y los niveles de marcadores inflamatorios previos a la cirugía. Se consideraron normales la PCR menor de 0,5 mg/dl y el número de leucocitos menor de $12.000 \times 10^3/\text{mm}^3$.

Resultados. De 100 pacientes, 74 cumplieron con los criterios de inclusión. Se evaluó la relación entre la fase de la enfermedad y los niveles de los marcadores PCR, leucocitosis y neutrofilia. Se encontró una mayor elevación de los niveles de PCR en pacientes con apendicitis complicada (gangrena y perforación), con valor promedio de 11,7 mg/dl (rango, 8,7 a 14,85). La sensibilidad diagnóstica global de la PCR fue de 75,6% en la muestra, con mayor elevación en casos complicados y 92,5% de sensibilidad ($p < 0,001$). La sensibilidad global de la neutrofilia fue de 66,2% y fue mayor en casos complicados (81,4%) ($p = 0,04$). La leucocitosis no mostró una relación significativa con la fase de la apendicitis.

Conclusión. La PCR y la neutrofilia son marcadores inflamatorios con una gran sensibilidad pero baja especificidad para el diagnóstico de apendicitis aguda. En casos con alta sospecha clínica de apendicitis complicada, los niveles de los marcadores inflamatorios son directamente proporcionales al estadio de la enfermedad. Estos datos ayudan a definir la conducta terapéutica, destacándose que en este estudio la PCR mayor de 11,7 y los conteos más altos de neutrófilos se correlacionaron con estadios avanzados de la enfermedad, lo cual podría tener implicaciones terapéuticas.

01-065

Tumores apendiculares: reporte de casos en el Hospital de San José

Maikel Pacheco, Adolfo Ballestas, Manuel G. Pabón

Hospital de San José
Bogotá, D.C., Colombia
mgpp84@hotmail.com y adoballestas@live.com.mx

Introducción. Las neoplasias del apéndice son infrecuentes. El carcinoide corresponde a 50% de los tumores apendiculares y se encuentra en 0,1% de los apéndices resecados quirúrgicamente. La presencia del tumor carcinoide es causa de apendicitis aguda sólo en 25% de los casos y la mayoría se localiza en el extremo del apéndice. El tamaño del tumor es el factor determinante primario del potencial maligno. Los pacientes que presentan estas neoplasias tienen una supervivencia de 90% a cinco años.

Objetivo. Presentar diez casos de tumores apendiculares en pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda a quienes se les practicó apendicectomía en el Hospital de San José.

Materiales y métodos. Se revisaron las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda, durante el periodo comprendido entre enero de 2007 y diciembre de 2010 en el Hospital de San José.

Resultados. Se encontraron diez casos con hallazgos histopatológicos indicativos de tumor carcinoide, adenocarcinoma o linfoma. El diagnóstico de tumor apendicular se hizo durante el estudio histopatológico, en pacientes con apendicitis aguda sometidos a cirugía. Se observó que la neoplasia más frecuente en este grupo de pacientes fue el tumor carcinoide.

Conclusión. El tumor carcinoide es la neoplasia más frecuente del apéndice cecal y tiene un pronóstico oncológico favorable según su tamaño. Los pacientes descritos en este reporte presentaban tumores carcinoideos con un tamaño menor de 1 cm y su presencia se determinó durante el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica.

01-071

Hernia pericecal, reto diagnóstico y quirúrgico: a propósito de un caso

Carolina María Rodríguez, Guillermo Aldana, Juan Fernando Parra

Hospital de San José
Bogotá, D.C., Colombia
cx_general@hospitaldesanjose.org.co

Introducción. La hernia pericecal es una entidad rara que representa el 13% de todas las hernias internas. Aunque algunas pueden ser adquiridas, en su mayoría son congénitas y se originan en los recesos creados durante la adherencia y la fusión de los repliegues peritoneales alrededor de la región ileocecal.

Objetivo. Revisar la literatura científica sobre esta enfermedad poco común en cirugía general, con el fin de dar a conocer su tratamiento en nuestra institución, su difícil diagnóstico y su presentación.

Materiales y métodos. Se expone el caso de un paciente de sexo masculino de 42 años de edad, tratado en el Hospital de San José en el presente año, con hallazgo incidental de hernia paracecal. Se encontró un saco herniario paracecal con fibrosis que se extendía desde el ligamento de Treitz hasta el ciego, que comprometía el mesenterio mesoileocecal, con múltiples adenopatías ileocecales y de yeyuno, ciego móvil, y protrusión de asas yeyuno-íleo por el saco herniario, sin compromiso vascular. Se procedió a la liberación de segmento intestinal herniado, la resección y el cierre del saco herniario, sin que se presentaran complicaciones.

Resultados. Se analiza el tratamiento quirúrgico de un hallazgo quirúrgico inesperado, con el cual se obtuvieron resultados satisfactorios en el postoperatorio. Además, se reconoce la importancia de conocer esta enfermedad y tratarla para evitar complicaciones, debido a las manifestaciones clínicas inespecíficas que produce. Siempre se debe tratar liberando el segmento herniado, cerrando el defecto y corrigiendo las malformaciones asociadas. Se da a conocer este caso por considerarse una enfermedad poco común en cirugía general.

Conclusión. Su diagnóstico es difícil por producir síntomas inespecíficos y la mayoría corresponde a

hallazgos incidentales en cirugía. Se debe reconocer la naturaleza de esta anomalía, para evitar errores técnicos y posibles complicaciones, como recidiva, estrangulación o compromiso vascular. Una opción adecuada que se debe considerar para su tratamiento quirúrgico, es el abordaje laparoscópico. Se debe tener en cuenta que los estudios imaginológicos son fundamentales para su diagnóstico.

VASCULAR

01-019

Reparo endovascular de aneurisma de aorta, experiencia institucional en el Hospital de San Ignacio

Cesar Jiménez, Álex Valencia, Mauricio Acosta, Juan Correa

Hospital San Ignacio
Bogotá, D.C., Colombia
cesarejmd@yahoo.com

Introducción. La enfermedad aórtica ha cambiado gracias al advenimiento de la cirugía endovascular. Se presenta un estudio retrospectivo realizado entre 2009 y 2010.

Objetivo. Evaluar la experiencia en el Hospital San Ignacio.

Materiales y método. Es un estudio observacional y descriptivo; la recolección de la información se hizo en forma retrospectiva.

Resultados. Se incluyeron 58 pacientes, 70 % hombres y 30 % mujeres. La mortalidad fue menor de 1,5 % y la morbilidad fue menor de 1,0 %.

Conclusión. El Hospital Universitario San Ignacio cuenta con experiencia en el manejo de la enfermedad aórtica por vía endovascular, con resultados comparables a los de centros internacionales y con experiencia teórica y práctica en el tema.

01-035

Manejo actual de los aneurismas sintomáticos de aorta abdominal, cambio de un paradigma

Camilo Espinel, Juan Guillermo Barrera, Carlos Gómez, Ana María Luna, Adriana Sofía Murcia

Fundación Cardiovascular de Colombia
Bucaramanga, Colombia
espino@yahoo.com

Introducción. La incidencia de aneurismas de la aorta abdominal continúa en ascenso en virtud del aumento de la esperanza de vida de la población general. Su manejo se ha hecho tradicionalmente con cirugía abierta. Desde el decenio de los ochenta se ha extendido el uso de las técnicas endovasculares, inicialmente confinadas a grupos específicos de pacientes. En la actualidad, las indicaciones se han ampliado hasta abarcar prácticamente la mayor parte de las condiciones de la enfermedad.

Objetivo. Analizar el cambio de paradigma en el manejo del aneurisma de aorta abdominal, de las técnicas abiertas a los procedimientos endovasculares, con base en la experiencia del Servicio de Cirugía Vascular de la Fundación Cardiovascular.

Materiales y métodos. Se revisaron las historias clínicas de los cerca de 50 pacientes con aneurisma de aorta abdominal tratados con técnica endovascular en el servicio, entre 2003 y 2011. De ellos, se seleccionaron los de urgencia, para un total de 16 pacientes, en los cuales se analizaron factores demográficos, resultado de tratamiento y morbi-mortalidad asociada.

Resultados. Se presentan los datos discriminados de la población de los casos de aneurisma sintomático de aorta abdominal, los resultados del tratamiento endovascular, las complicaciones posoperatorias y la mortalidad

Conclusión. Hay un cambio de paradigma en el manejo del aneurisma sintomático de aorta abdominal, de las técnicas abiertas hacia el manejo endovascular, como lo sugieren la mayoría de los estudios, inclusive para los casos de emergencia.

La experiencia del Servicio de Cirugía Vascular de la Fundación Cardiovascular de Colombia en el manejo de los aneurismas sintomáticos de aorta abdominal, es comparable con la de los centros de referencia de otras latitudes.

01-036

Tratamiento endovascular de lesiones tardías de vasos periféricos por trauma penetrante

Juan Guillermo Barrera, Camilo Espinel, Ana María Luna, Carlos Gómez

Fundación Cardiovascular de Colombia

Bucaramanga, Colombia
cirugiavascular1@gmail.com

Introducción. El trauma vascular tradicionalmente se ha manejado con cirugía abierta. El desarrollo de técnicas endovasculares se ha extendido progresivamente a todos los ámbitos de la cirugía vascular, incluyendo las lesiones de tipo traumático. Esto representa un cambio de estrategia en el tratamiento del trauma vascular.

Objetivo. Analizar el cambio de paradigma del manejo abierto de las lesiones tardías del trauma vascular al manejo endovascular. Presentar la experiencia del Servicio de Cirugía Vascular de la Fundación Cardiovascular de Bucaramanga.

Materiales y métodos. Se presentan tres casos de fístulas arterio-venosas postraumáticas tardías tratadas de forma endovascular con *stent* y se analiza el resultado. Se revisa la literatura científica sobre el manejo endovascular de las lesiones traumáticas y su estado actual.

Resultados. El tratamiento de los casos fue exitoso, disminuyendo el tiempo de hospitalización y de incapacidad, y mostrando el cambio hacia los procedimientos mínimamente invasivos como el estándar de manejo de las lesiones traumáticas vasculares tardías.

Conclusión. El nuevo paradigma de manejo de las lesiones vasculares traumáticas es la cirugía endovascular. La experiencia inicial es con lesiones tardías, como lo demuestra la revisión de la literatura científica, y el paso siguiente es con las lesiones agudas. Se ha demostrado que el manejo endovascular es el tratamiento de elección en las lesiones vasculares tardías, el cual produce resultados adecuados, disminución en la estancia hospitalaria y pronto retorno a las actividades.

01-037

Úlceras hipertensivas, un reto diagnóstico y terapéutico

Luis Gerardo Cadavid, Eugenia López, María Cristina García, Felipe Solórzano

Universidad CES
Medellín, Colombia
felipesolorzano@gmail.com

Introducción. La úlcera hipertensiva de Martorell es una entidad poco frecuente que constituye un reto terapéutico por su poca mejoría con el manejo tópico y la dificultad en el control del dolor. Una alternativa quirúrgica interesante es la simpatectomía lumbar, por medio de la cual se logra la vasodilatación permanente de las arteriolas, lo cual aumenta la tasa de curación y el control del dolor.

Objetivo. Describir las características semiológicas de las úlceras de Martorell y el resultado del manejo con simpatectomía lumbar.

Materiales y métodos. Se trata de un análisis retrospectivo, descriptivo y longitudinal, basado en la revisión de las historias clínicas de los pacientes con esta enfermedad sometidos a simpatectomía lumbar por nuestro grupo, entre enero de 2000 y enero de 2009.

Resultados. Se incluyeron 22 pacientes con úlceras de Martorell, los cuales se sometieron a simpatectomía lumbar (18 unilaterales y 8 bilaterales). El promedio del tiempo de evolución de las úlceras fue de tres meses; todos los pacientes tenían hipertensión arterial de más de un año de evolución. Después de la simpatectomía, el 90,9 % de los pacientes refirió disminución del dolor, y el tiempo promedio de curación de la úlcera fue de 30 días. Siete de ellos tuvieron recurrencia de la úlcera y sólo dos presentaron complicaciones posoperatorias.

Conclusión. La simpatectomía lumbar es una alternativa terapéutica para el manejo de las úlceras hipertensivas de Martorell, con buenos resultados en el manejo del dolor y la curación de la úlcera. En nuestra serie de casos, el beneficio del tratamiento superó los riesgos quirúrgicos.

01-050

Estudio retrospectivo de las complicaciones por colocación de catéter venoso central con guía anatómica o por ecografía

Alexandra Viviana Ramírez, Alejandra Sophia Peralta, Adriana Janeth Perea, Francly Liliana Plazas

Universidad Surcolombiana
Neiva, Colombia
escafandra333@ Hotmail.com

Introducción. La colocación de un catéter venoso central implica un riesgo significativo de morbilidad y mortalidad para todos los pacientes y en todas las edades. La incidencia de complicaciones está influenciada por múltiples factores, principalmente la experiencia del personal médico y de enfermería, y el uso de estrictos protocolos de manejo. Se pueden desencadenar complicaciones a corto y largo plazo, e incluso, la muerte, por lo cual se ha recomendado el uso del ultrasonido para su colocación, con el fin de disminuir la frecuencia de complicaciones, que es de 15 %.

Objetivo. Analizar dos formas de colocación del catéter venoso central, la guiada anatómicamente, ya instaurada, y la técnica guiada por ecografía, analizada teóricamente en cuanto a complicaciones y probables beneficios, para estandarizarla como utilidad terapéutica.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio retrospectivo y descriptivo, en el cual se evalúan las diferentes variables que determinan las complicaciones de la colocación de catéteres venosos centrales, mediante punción guiada anatómicamente.

Se seleccionó una muestra de 110 historias clínicas que tenían el reporte de dicho procedimiento, realizado durante el periodo de estudio.

Resultados. El procedimiento requirió sólo una punción en 90% de los casos, dos punciones en 8% y tres punciones en 2%. El sitio de implantación más frecuente fue la vena yugular interna del lado derecho (69%), seguido de la vena yugular interna izquierda (21%) y la vena subclavia derecha (4%). En 50% de los casos el catéter fue colocado por un especialista de cirugía general y, en 29%, por los residentes de medicina interna, con una incidencia de complicaciones de 50% y 31%, respectivamente.

Sólo en 16 pacientes se presentaron complicaciones, como sepsis (38%), sangrado activo y bacteriemia (13%), hemotórax (12%) y, con menor frecuencia, fístula arterio-venosa, hematoma en cuello, neumotórax y enfisema subcutáneo.

Conclusión. Es importante implementar la punción para colocar el catéter venoso central guiada por ecografía, para minimizar sus complicaciones. Esta técnica es una herramienta confiable, de fácil acceso

y que brinda un mejor pronóstico para los pacientes; además, no requiere de entrenamiento especializado.

01-068

Aneurisma aislado de arteria iliaca, tratamiento endovascular en el Hospital San José

Jose Lubín Mercado, Oswaldo Ceballos, Jorge Adalberto Márquez, Vladimir Barón, Ángela Paola Rodríguez

Hospital de San José
Bogotá, D.C., Colombia
cx_general@hospitaldesanjose.org.co

Introducción. Los aneurismas aislados de arteria iliaca son raros y, en la mayoría de casos, difíciles de diagnosticar. Usualmente, se encuentran de manera casual o por ruptura, complicación fatal en un alto porcentaje de los casos. Tradicionalmente, estos aneurismas se han corregido mediante cirugía e interposición de injerto. Actualmente el tratamiento endovascular ha permitido manejar estos pacientes con una tasa de éxito muy alta, y con pocas complicaciones y rápida recuperación.

Se presenta en este trabajo la experiencia con dos pacientes tratados en el Servicio de Cirugía Vascular Periférica del Hospital de San José, mediante este tipo de tratamiento.

Objetivo. Describir la experiencia del manejo endovascular en aneurisma aislado de arteria iliaca, unilateral o bilateral.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo y reporte de casos, en el que se analizaron las historias clínicas de los pacientes sometidos a tratamiento endovascular de aneurisma aislado de la arteria iliaca.

Resultados. Dos pacientes de sexo masculino de 51 y 79 años de edad, respectivamente, recibieron tratamiento endovascular de aneurisma iliaco aislado. Ambos presentaron dolor abdominal localizado en el flanco y la fosa iliaca derecha, irradiado al miembro inferior derecho, sin cambios en los pulsos pero con limitación para la marcha.

El diagnóstico se hizo mediante ecografía Doppler arterial y angiotomografía abdominal. Se trataron en un solo tiempo y con técnica endovascular. No se

presentaron complicaciones durante la cirugía ni después de ella y la estancia hospitalaria fue de dos días en ambos casos.

Conclusión. La exclusión de aneurismas aislados de iliaca únicos o bilaterales con endoprótesis se está implementando actualmente como una opción válida de tratamiento, con resultados excelentes, que evita los riesgos de la intervención convencional y la morbilidad asociada, y disminuye la estancia hospitalaria.

01-069

Tratamiento endovascular del aneurisma de aorta abdominal en el Hospital de San José

Jorge Adalberto Márquez, Oswaldo Ceballos, José Lubín Mercado, Vladimir Barón, Ángela Rodríguez

Hospital de San José
Bogotá, D.C., Colombia
jorgmarquez@gmail.com

Introducción. Tradicionalmente los aneurismas de aorta abdominal se han tratado mediante cirugía abierta e interposición de injerto. Dicho procedimiento se asocia a tasas de mortalidad que pueden llegar a 5 % en casos electivos y superan el 50 % en las urgencias. En un porcentaje no despreciable de los enfermos, se presentan complicaciones que generan hospitalización prolongada en unidades de cuidados intensivos e incapacidades importantes.

Hace 20 años se implantó la primera endoprótesis a un aneurisma aórtico y, desde entonces, este tipo de tratamiento se ha perfeccionado, permitiendo tiempos de recuperación muy rápidos y disminución de las tasas de mortalidad.

Objetivo. Determinar los resultados del tratamiento endovascular para el aneurisma de aorta abdominal en el Hospital de San José.

Materiales y métodos. Se presenta este trabajo prospectivo en el que se analizan los resultados obtenidos mediante el tratamiento endovascular aplicado a pacientes electivos con aneurismas de aorta abdominal y algunos casos de ruptura contenida, en el Hospital de San José.

Resultados. Desde enero de 2009 hasta la fecha se han tratado 31 pacientes con aneurisma de aorta

abdominal infrarrenal, 27 electivos y 4 rotos contenidos. Murieron dos pacientes del grupo electivo y un paciente con aneurisma roto. La mayoría de las complicaciones se relacionaron con los accesos vasculares y endofugas, las cuales se resolvieron fácilmente en casi todos los casos.

Conclusión. El tratamiento endovascular se puede implementar en la mayoría de pacientes con aneurisma de aorta abdominal y se asocia a pronta recuperación y bajas tasas de mortalidad y complicaciones.

01-070

Tratamiento endovascular de aneurisma roto de aorta abdominal

Jorge Adalberto Márquez, Oswaldo Ceballos, José Lubín Mercado, Vladimir Barón, Ángela Rodríguez

Hospital San José y Hospital Santa Clara
Bogotá, D.C., Colombia
jorgmarquez@gmail.com

Introducción. El aneurisma roto de aorta abdominal constituye una grave condición que se asocia a tasas globales de mortalidad que superan el 80%. Entre los pacientes que llegan con vida a los centros hospitalarios, la mortalidad puede llegar a 50% y la tasa de complicaciones es muy elevada, de forma tal que muchos requieren estancias prolongadas en unidades de cuidado crítico.

Usualmente, estos pacientes se abordan mediante laparotomía e interposición de injerto, procedimiento que implica franquear grandes hematomas, lo que resulta muchas veces en lesión de estructuras vecinas y sangrado masivo, complicaciones que con frecuencia resultan fatales.

El tratamiento endovascular surge, entonces, como un procedimiento salvador, en el que no es necesario entrar a un retroperitoneo deformado por el hematoma; esto evita el riesgo de lesiones iatrogénicas, así como sangrados profusos que son el resultado del abordaje aórtico mediante la técnica abierta tradicional.

Objetivo. Establecer resultados del tratamiento endovascular aplicado a pacientes con aneurisma de aorta abdominal, roto y contenido.

Materiales y métodos. Se presenta esta serie de casos prospectivos de pacientes con aneurismas de aorta abdominal roto que fueron manejados mediante tratamiento endovascular en los hospitales de San José y Santa Clara de Bogotá.

Resultados. En un período de un año se manejaron cinco pacientes con aneurisma roto de aorta abdominal, en el Hospital de San José y el Hospital Santa Clara. Se pudo comprobar la factibilidad del procedimiento en cortos períodos desde la llegada del paciente. Uno de los enfermos falleció en el posoperatorio inmediato a causa de una arritmia y cuatro sobrevivieron; de estos, uno requirió amputación de una extremidad y otro presentó una flebitis profunda que se trató médicamente.

Conclusión. El tratamiento endovascular parecer ser la mejor opción en pacientes con aneurisma de aorta abdominal roto, siempre y cuando se cuente con la tecnología y el entrenamiento apropiados.

SENO Y TEJIDOS BLANDOS

01-040

Experiencia de un año del Hospital Universitario San Ignacio en el manejo definitivo del quiste pilonidal

Juan Carlos Ayala, Lilian Torregrosa, Francisco Mauricio Rincón, Luis Jorge Lombana
Hospital Universitario San Ignacio
Bogotá, D.C., Colombia
departamentocirugia@husi.org.co

Introducción. Entre las múltiples técnicas quirúrgicas descritas para el tratamiento del quiste pilonidal, al cierre definitivo por rotación de colgajo cutáneo de glúteo –propuesto por Lendermburg– se atribuyen resultados reproducibles y de alta calidad, con los que se logra un cubrimiento efectivo que reduce el dolor, la incapacidad y los costos relacionados con la misma. Dado que la literatura científica colombiana al respecto es escasa, consideramos útil presentar la experiencia inicial documentada en nuestra institución.

Objetivo. Presentar la experiencia inicial de nuestra institución, con el cierre definitivo del quiste pilonidal mediante la técnica de rotación de colgajo cutáneo de glúteo.

Materiales y métodos. En un periodo de 18 meses fueron intervenidos en forma electiva 13 pacientes para cierre definitivo de quiste pilonidal mediante la técnica de colgajo cutáneo de glúteo. El seguimiento actual alcanza 12 meses posoperatorios.

Resultados. Se presentan 13 pacientes con un promedio de edad de 24 años, sometidos a cirugía electiva, con resultados satisfactorios en el primer año de seguimiento. No se presentaron infecciones del sitio operatorio ni necrosis del colgajo durante los primeros 20 días. Se presentaron cinco casos de dehiscencia parcial de la herida, con cierre del 100 % posterior a las curaciones.

La satisfacción de los pacientes con la técnica fue mayor del 90 %.

Conclusión. El cierre definitivo del quiste pilonidal con la técnica de colgajo cutáneo de glúteo es una alternativa segura y adecuada para el tratamiento definitivo de esta entidad.

TRAUMA

01-001

Utilidad de una teleconferencia internacional para la evaluación de la atención de trauma

Michael Parra, Edgar Rodas, Fabián Puentes-Manosalva, José Suárez, Roberto Castillo
Broward Trauma Center, Ft. Lauderdale, USA; Hospital San Félix, La Dorada; Clínica Los Rosales, Pereira; Hospitales Cuenca y Manta, Ecuador; Universidad Nova Southeastern, Universidad De Caldas
puentesf@hotmail.com

Introducción. El trauma es una epidemia global que afecta con mayor impacto zonas apartadas y pobres. Los sistemas de atención prehospitalaria, hospitalaria y posterior, son muchas veces rústicos y adolecen de formación académica.

Objetivo. Analizar la utilidad de una teleconferencia internacional sobre la atención en trauma, entre centros especializados en países desarrollados y centros no especializados en países en vía de desarrollo.

Materiales y métodos. Las instituciones participantes en este trabajo fueron: Broward Trauma Center, Ft. Lauderdale, USA; Hospital La Dorada,

TELESALUD, Manizales; Clínica Los Rosales, Pereira; Hospitales de Manta y Cuenca, Ecuador; y el Ben Taub Hospital, Houston, USA.

Se utilizaron los *software y hardware*: Polycom PictureTel® unit (ISDN) – BGMC; Polycom PVX® computer-based software; y Polycom MGC Accord 100® (Bridging device) – NSUCOM.

La encuesta se basó en las directrices de WHO/IATSIC e incluyó: datos demográficos, población, camas, personal, recursos, protocolos y guías, y educación.

Resultados. Se analizaron 15 casos en 17 meses, de febrero de 2009 a julio de 2010, 2 pertenecientes a dos instituciones de Estados Unidos y 12 a cinco instituciones de América Latina. Hubo dos cancelaciones. La presentación clínica se basó en el programa ATLS.

En 40 % de los casos latinoamericanos se proporcionó atención prehospitalaria formal. La sala de operaciones, el cirujano y la unidad de cuidado intensivo no estuvieron fácilmente disponibles en 10/12 (83 %) casos de América Latina.

Conclusión. La disparidad en recursos para la atención de politraumatizados en América Latina fue evidente durante las teleconferencias. Estas funcionan como una ventana de observación dinámica que permite evaluar la realidad de cada región.

01-020

Complicaciones secundarias a toracostomía cerrada en pacientes con trauma de tórax

Luis Alfonso Camacho, Alexei Bernardo Rojas

Universidad del Cauca

Popayán, Colombia

luisalfonsocamacho@hotmail.com

Introducción. El trauma de tórax es una entidad frecuente con alta incidencia de morbilidad y mortalidad. La toracostomía cerrada es una medida salvadora; sin embargo, presenta 2 a 25 % de complicaciones, reportadas a nivel mundial. Se describen las principales complicaciones derivadas de este procedimiento en nuestro medio.

Objetivo. Caracterizar las complicaciones asociadas a toracostomía cerrada en pacientes con trauma de tórax, durante un año.

Materiales y método. Se llevó a cabo un estudio prospectivo sobre toracostomías cerradas por trauma de tórax, durante un año. Se analizan las características sociodemográficas, el tipo y el mecanismo del trauma, la indicación de toracostomía, las complicaciones del procedimiento y el manejo adecuado de guías técnicas para la práctica del mismo. Los datos se procesaron en SPSS®, v. 10.

Resultados. Se practicaron 100 procedimientos en 80 pacientes, de los cuales 55 (68,75 %) se encontraban entre los 15 y los 39 años de edad, con mediana de 27,50, y 72 (90 %) eran hombres. El trauma abierto fue el más frecuente, 64 pacientes (80 %), asociado a heridas por arma corto-punzante en 44 (55 %). La principal indicación para la toracostomía en 41 (51,25 %) casos fue el hemo-neumotórax. Se presentaron complicaciones en 22 (17,6 %), las más frecuentes fueron por inadecuada posición en 17 (77,28 %). Cinco (22,72 %) pacientes presentaron complicaciones infecciosas correspondientes a empiema.

Conclusión. En este estudio se presentaron complicaciones relevantes por inadecuada posición, como hemotórax persistente y empiema, que generaron morbilidad y aumentaron los días de hospitalización y los costos de atención. Deben implementarse estrategias para mejorar el seguimiento de las guías actuales de manejo, para optimizar el resultado final de la atención.

01-025

Autotransfusión en trauma, Hospital Universitario San José de Popayán, 2008-2009

Jorge Felipe Tobar, Jorge Augusto Herrera,

Beatriz Bastidas, Marcela Lucía Tascón

Universidad del Cauca

Popayán, Colombia

jherrera@unicauca.edu.co

Introducción. El Hospital Universitario San José de Popayán tiene limitaciones en la disponibilidad de sangre. La magnitud de las lesiones traumáticas y la frecuencia y gravedad de los accidentes de tránsito, han hecho necesaria la autotransfusión de salvamento.

Objetivo. Caracterizar la población traumatizada que recibió autotransfusión en un periodo de dos

años en el Hospital Universitario San José de Popayán.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio observacional retrospectivo en 22 pacientes.

Resultados. La edad promedio fue de 25,3 años (rango, 16 a 44) y 77,3 % estaban inestables, con acidosis metabólica y base exceso arterial $-10,3$. En promedio, se hizo autotransfusión de 2,18 unidades, 5,5 unidades de glóbulos rojos, 4,91 unidades de plasma y 1,82 unidades de plaquetas, por paciente. Los glóbulos rojos y hemoderivados se obtienen del banco de sangre a los 74 minutos.

Hubo complicaciones infecciosas en 44,4 % y la mortalidad fue de 18 % y su principal causa fue el sangrado.

Conclusión. La autotransfusión es útil en pacientes con choque hemorrágico. Se obtienen dos unidades de las cavidades torácica o abdominal en forma inmediata, pero no reemplazan el uso de sangre y hemoderivados. Los resultados fueron similares a los de otros autores. Se puede afirmar que, a mayor autotransfusión, hay menor necesidad de hemoderivados.

01-042

Incidencia de los tipos de lesión y manejo del trauma de tórax en el Hospital General de Barranquilla, de enero 2010 a enero 2011

Claudia M. Roa, Hernando Sanjuanelo, Ramón Elles Domínguez

Universidad Libre, Seccional Barranquilla
Barranquilla, Colombia
draclaudiaroa@gmail.com

Introducción. El traumatismo torácico causa directamente la muerte en uno de cada cuatro traumatizados graves; muchos de ellos fallecen antes de llegar al hospital. Muchas de estas muertes se pueden evitar con un diagnóstico y un tratamiento precoces realizados en el área de urgencias, junto con un conocimiento de los factores y mecanismos fisiopatológicos asociados.

Objetivo. Establecer la incidencia de los tipos de lesión y manejo del trauma de tórax en el Hospital

General de Barranquilla, durante el periodo de enero 2010 a enero 2011.

Materiales y métodos. Se hizo un estudio descriptivo y retrospectivo con base en los datos de las historias clínicas.

Resultados. Se recopilaron 203 casos de pacientes que ingresaron a cirugía con heridas por trauma de tórax (92,1% hombres y 7,8% mujeres) en un periodo de 12 meses. El mecanismo de la lesión fue por herida con arma corto-punzante (78,8%) y con proyectil de arma de fuego (20,6%).

Los diferentes tipos de lesión fueron: hemotórax (54,1%), neumotórax (36,9%), hemoneumotórax (15,7%) y heridas precordiales (21,6%).

El tratamiento se hizo por toracotomía (16,2%), esternotomía (0,9%), toracostomía cerrada (100%) o ventana pericárdica (15,7%).

Conclusión. Mediante este estudio se logró demostrar que la incidencia de heridas precordiales es alta en nuestra institución, en comparación con lo referido en la literatura científica mundial. Se demostró la mayor frecuencia de lesiones por arma corto-punzante en contraposición al arma de fuego, y el hemotórax fue la lesión secundaria más frecuente. Se reflejó que la toracostomía cerrada sigue siendo el procedimiento más frecuente para el manejo de las lesiones secundarias al trauma de tórax.

01-046

Fístula bilio-pleural postraumática, experiencia de dos casos y revisión de la literatura científica

Andrés Ricardo Falla, Gustavo Adolfo Aguirre, William Sánchez

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

Introducción. La fístula bilio-pleural es una complicación del trauma hepático, de baja incidencia pero potencialmente letal, más aun en asociación con trauma toraco-abdominal que ha requerido intervención quirúrgica y sutura de diafragma. La confirmación diagnóstica se logra al demostrar bilis en el líquido pleural. Sus manifestaciones clínicas

varían desde ligera dificultad respiratoria hasta la presencia de biliopneumotórax.

Objetivo. Informar dos casos clínicos de fístula bilio-pleural secundaria a trauma torácico y abdominal con arma de fuego, presentar dos alternativas de manejo y revisar la literatura científica.

Materiales y métodos. Se presentan los casos de dos soldados heridos en combate por proyectil de arma de fuego de alta velocidad, en región torácica y abdominal derecha, con ISS (*Injury Severity Score*) de 16 y 15, respectivamente. En otra institución fueron sometidos, uno a laparotomía y toracostomía, y otro a toracostomía derecha.

A su ingreso, se observó material de aspecto biliar saliendo por el tubo de toracostomía. Se confirmó la fístula bilio-pleural por presencia de bilirrubinas en el líquido pleural, que persistió a pesar de las suturas diafragmática y hepática.

Resultados. Inicialmente, se manejaron en forma conservadora. En el primer caso, se trataba de una fístula de bajo gasto (60 ml diarios); mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, se practicaron papilotomía y colocación de *stent* sobre la vía biliar, y se obtuvo cierre total de la fístula a los cinco días del procedimiento. En el segundo caso, la fístula producía inicialmente un promedio diario de 300 ml; recibió somatostatina intravenosa y soporte nutricional parenteral, con lo que se logró el cierre total de la fístula a los 17 días de iniciado el tratamiento. No requirieron otro tratamiento. En el control a los dos meses, la radiografía simple de tórax no demostró derrame pleural.

Conclusiones. La fístula bilio-pleural es una complicación poco descrita y estudiada en la literatura científica. Se pueden manejar inicialmente de manera conservadora, antes de considerar una intervención quirúrgica en un paciente, por lo general, críticamente enfermo.

01-049

Epidemiología en Colombia del trauma grave en militares

William Sánchez

Hospital Militar Central
Bogotá, D.C., Colombia

Introducción. Colombia combate a la guerrilla, que se caracteriza por ser un enemigo con prácticas de guerra no convencional que no respetan los principios básicos del derecho humanitario.

Objetivo. Describir la evolución de la epidemiología de las heridas de guerra de los miembros del ejército de Colombia, y determinar el impacto en la mortalidad y morbilidad según el arma de fuego utilizada, y relacionarlo con el área anatómica afectada.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio descriptivo de una base de datos prospectiva que incluye a todos los miembros del ejército de Colombia remitidos al Hospital Militar Central por presentar heridas graves, con ISS (*Injury Severity Score*) mayor de 15, en operaciones militares de enero de 2005 a 31 de diciembre de 2010. El análisis univariado se hizo con la prueba exacta de Fischer y la de ji al cuadrado, y el multivariado, con regresión logística.

Resultados. Hubo 8.631 heridos en combate, todos hombres con una edad promedio de 24 años. La mortalidad inmediata en el lugar de la acción, fue de 2.537 soldados. Sus tres primeras causas fueron: herida por arma de fuego en tórax (34%), desmembramiento por mina antipersonal (31%) y lesiones en cráneo (17%). Las lesiones abdominales y de cuello tuvieron una mortalidad de 7% y 6%, respectivamente. La mayoría de los supervivientes tuvieron heridas en miembros inferiores (73%). Al Hospital Militar Central se remitieron 1.606 pacientes con ISS mayor de 15. La mortalidad hospitalaria fue de 3,4%, cuya principal causa fue la infección hospitalaria (84%), principalmente asociada a neumonía y falla orgánica múltiple.

La guerrilla cambió su principal estrategia de guerra del 2005, por arma de fuego (60%), al 2010, con minas antipersonal y otros artefactos no convencionales (76%).

Conclusión. La mortalidad militar del conflicto es de 29,7%. Las lesiones asociadas con muerte en el campo de batalla son predominantemente las del tórax y las que ocasionan desmembramiento. La mortalidad hospitalaria de heridos con ISS mayor de 15, es de 3,5%.

INFECCIONES

01-010

Terapia antimicrobiana en el paciente crítico con abdomen abierto

Edgar Julián Rojas, Alexei Bernardo Rojas

Hospital Universitario San José

Popayán, Colombia

edgarjuli@hotmail.com

Introducción. El tratamiento antibiótico y el manejo del paciente con abdomen abierto son elementos que van de la mano en la práctica quirúrgica diaria. La selección del esquema adecuado y su duración es responsabilidad del grupo quirúrgico.

Objetivo. Describir el tipo, la duración y los esquemas antibióticos más frecuentemente usados en el paciente crítico manejado con abdomen abierto.

Materiales y métodos. Se evaluaron retrospectivamente 34 pacientes mediante la aplicación de un instrumento, con el fin de conocer el tipo de manejo antibiótico, su duración y los esquemas usados; además, las complicaciones infecciosas que desarrollaron durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos.

Resultados. El 100 % de los pacientes recibieron tratamiento antibiótico de amplio espectro y, según los cultivos, se escalonó o no. La media de antibióticos recibida por los pacientes fue de cinco agentes y, con respecto a la duración, en 60 % de los pacientes los esquemas duraron entre 14 y 28 días, con una media de 27,3 días. Entre los aislamientos microbianos más frecuentes, se encontraron bacilos Gram negativos (82 %) y hongos (6 %) y, en 62 % de los pacientes hubo infecciones extraabdominales concomitantes que influyeron sobre el tipo y la duración del tratamiento.

Conclusión. Los pacientes que requieren manejo con abdomen abierto en el Hospital San José de Popayán deben recibir tratamiento antibiótico formal, sobre el que influyen no sólo los gérmenes aislados en el abdomen, sino también, la presencia de infecciones extraabdominales.

01-017

Manejo quirúrgico de la sepsis abdominal en el Hospital San José

Hugo Andrés Miranda, Jorge Herrera, Mónica

Londoño

Universidad del Cauca

Popayán, Colombia

jherrera@unicauca.edu.co

Introducción. La sepsis abdominal es una situación común en las unidades de cuidados intensivos con una mortalidad mayor de 50 %. El manejo quirúrgico en la peritonitis secundaria complicada es controvertido.

Objetivo. Mostrar las técnicas quirúrgicas empleadas, laparotomía planeada y laparotomía a demanda, y comparar las características demográficas y el impacto de la mortalidad.

Materiales y métodos. Se consideraron todos los pacientes con diagnóstico de sepsis abdominal grave admitidos en la unidad de cuidados intensivos que fueron manejados con laparotomía a demanda o laparotomía planeada entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 2007. Se compararon las características demográficas y el impacto de mortalidad.

Resultados. Se incluyeron 54 pacientes con edad media de 58 años, 37 en el primer grupo, con laparotomía a demanda, y 17 en el segundo, con laparotomía planeada. Al separar los pacientes en el primero y el segundo grupo, respectivamente: el puntaje de APACHE II fue de 14,2 y de 15,2; la causa fue peritonitis por perforación en 47% y en 53%; se localizó en el tubo digestivo inferior en 28 y 26 pacientes; la extensión de la peritonitis fue generalizada en 62% y en 66% de los casos, y fue localizada en 37% y 33%; el cierre temprano del abdomen fue de 9,37 % y 80 %; la mortalidad (global, 30,7%) se presentó en 12,9% y 18,5%; y los días de asistencia respiratoria mecánica fueron de 6,38 y 5.

Conclusión. La mortalidad global fue del 30,7%, sin diferencia significativa en la técnica quirúrgica. El factor predictor de mortalidad fue una clasificación APACHE mayor de 17. Las características demográficas fueron similares en ambos grupos y, en el de laparotomía planeada, hubo mayor número de casos con cierre temprano de la cavidad.

NUTRICIÓN

01-009

Soporte nutricional en el paciente con abdomen abierto

Edgar Julián Rojas, Alexei Bernardo Rojas, Guillermo Julián Sarmiento
Hospital Universitario San José
Popayán, Colombia
edgarjuli@hotmail.com

Introducción. El soporte nutricional en el paciente crítico es una estrategia terapéutica con efectividad demostrada en la supervivencia y en la disminución de las complicaciones; esta favorable intervención no es una estrategia fácil de instaurar en el paciente quirúrgico abdominal y mucho menos en el manejo con abdomen abierto. Esto se explica por las enfermedades concomitantes, como el íleo posoperatorio y las fístulas que aparecen frecuentemente.

Objetivo. Describir el manejo nutricional usado en un grupo de pacientes con abdomen abierto.

Materiales y métodos. Se hizo un estudio de tipo serie de casos, en el que se evaluaron de manera retrospectiva 34 pacientes manejados mediante la técnica de abdomen abierto, con el fin de describir las características del soporte nutricional usado.

Resultados. El soporte nutricional completo se alcanzó en 97 % de los pacientes, en 61 % de los cuales se inició dentro de las primeras 48 horas de su ingreso a la unidad de cuidados intensivos. El tipo de soporte nutricional usado fue entérico (34 %), parenteral (30 %) y mixto (36 %). En el 100 % de los pacientes se usaron dietas hipocalóricas y ninguno presentó complicaciones derivadas del uso de las intervenciones nutricionales.

Conclusión. El soporte nutricional en el paciente con abdomen abierto es una medida terapéutica con conocida efectividad y beneficio, y, aunque es una medida frecuentemente aplicada, requiere de estrategias especiales para alcanzar su nivel óptimo, siéndolo cual es un reto para el cirujano y para el grupo tratante.

01-018

Caracterización de los pacientes que recibieron nutrición entérica temprana en el periodo de abril de 2009 a mayo de 2010

Jorge Felipe Tobar, Guillermo Julián Sarmiento, Gina Sánchez, José Andrés Calvache, Jorge Herrera, Marcela Tascón
Universidad del Cauca
Popayán, Colombia
jherrera@unicauca.edu.co

Introducción. El cáncer gástrico y la caquexia se acompañan de altas tasas de complicaciones, especialmente las de carácter séptico, que finalmente llevan a la muerte. Esta es la razón de iniciar la nutrición entérica en forma temprana y determinar su impacto.

Objetivo. Conocer el impacto de instaurar nutrición entérica temprana en pacientes con cáncer gástrico asociado a desnutrición grave y moderada.

Materiales y métodos. Es un estudio observacional de tipo serie de casos. Se les hizo seguimiento a 30 pacientes, a los cuales se les practicó gastrectomía total o subtotal en centros universitarios de nivel III de Popayán, el Hospital Universitario San José de Popayán y la Clínica La Estancia, en un periodo de 14 meses. Se les inició nutrición entérica en forma temprana, antes de pasar 22 horas.

Resultados. El promedio de edad fue de 59,4 años y 57% fueron hombres. Hubo predominio de la desnutrición crónica grave (45%). El promedio de estancia en la unidad de cuidado intensivo fue de 4,2 días. Se dio asistencia respiratoria mecánica a 76% de los pacientes. En 70%, el tipo de cirugía fue gastrectomía total. El 30% de los pacientes recibió nutrición parenteral asociada. El promedio de tiempo sin nutrición entérica fue de 22 horas. El 76% toleró la nutrición entérica. Se presentaron complicaciones en 27 % de los casos, y las más frecuentes fueron la fuga gástrica y la neumonía. Los días de hospitalización posoperatoria fueron 11,5 en promedio. Hubo una mortalidad de 6,6%.

Conclusión. La nutrición temprana no tiene ningún impacto en las complicaciones sépticas y la muerte de los pacientes con desnutrición grave y, en aquéllos

con desnutrición moderada, tampoco tiene un impacto directo, ya que estos toleran la vía oral tempranamente.

01-026

Nutrición entérica temprana en posoperatorio de gastrectomía, experiencia de abril de 2009 a mayo de 2010

Jorge Felipe Tobar, Guillermo Julián Sarmiento, Gina Sánchez, Hernando Almonacid, Jorge Herrera

Universidad del Cauca
Popayán, Colombia
jherrera@unicauca.edu.co

Introducción. El cáncer gástrico y la desnutrición crónica son prevalentes en nuestro medio, por ello es importante iniciar la nutrición entérica en forma temprana y determinar su impacto.

Objetivo. Conocer el impacto de instaurar nutrición entérica temprana en pacientes con cáncer gástrico asociado a desnutrición grave y moderada.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio de tipo serie de casos. Se les hizo seguimiento a 30 pacientes en dos centros universitarios de nivel III de Popayán, el Hospital Universitario San José de Popayán y la Clínica La Estancia, en un periodo de 14 meses, a quienes se les había practicado gastrectomía total o subtotal.

Resultados. La edad promedio fue de 59,4 años y 57 % eran hombres. Todos los pacientes presentaban enfermedad avanzada. Había desnutrición crónica grave en 45 % y el estado clínico IV en 33 %. La gastrectomía total se practicó en 70 % de los casos.

El promedio de estancia en la unidad de cuidados intensivos fue de 4,2 días, el 76 % con asistencia respiratoria. Se dio nutrición parenteral asociada en 30%, el promedio de horas sin nutrición entérica fue de 22 horas y el 76 % toleró la nutrición entérica. Hubo complicaciones en 36 % de los pacientes y las más frecuentes fueron fuga gástrica y neumonía. El promedio de hospitalización posoperatoria fue de 11,5 días y la mortalidad fue de 6,6 %,

Conclusión. Las complicaciones quirúrgicas y la mortalidad aumentaron en relación con el promedio

histórico, en 3 % y 2,3 %, respectivamente. La nutrición entérica temprana no tuvo ningún impacto en las complicaciones sépticas y en la mortalidad de los pacientes con desnutrición grave y moderada.

OTROS

01-014

Exposición quirúrgica de los residentes de cirugía general, luego de la disminución de las horas asistenciales a 66 horas semanales

Sergio Díaz, María Juliana Correa, Lina Giraldo, Ricardo Londoño, Juan David Wolff, Diana Ríos, Juan David Zuluaga, Sebastián Sierra

Universidad CES
Medellín, Colombia
mariajcorrea12@gmail.com

Introducción. La nueva reglamentación vigente en Colombia limita el número de horas asistenciales de los residentes a 66 horas semanales. ¿Podría esta medida disminuir la exposición quirúrgica de los residentes de cirugía general?

Objetivo. Cuantificar la diferencia de la exposición quirúrgica de los residentes de cirugía de la Universidad CES, luego de la disminución de las horas asistenciales.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo. Se evaluaron los libros de estadística de los principales centros de rotación, antes de entrar en vigencia la nueva reglamentación (noviembre de 2010) y después de ella, con el fin de cuantificar y describir los procedimientos que se practicaron con residente y sin él.

Resultados. Se analizaron los libros de estadística de los quirófanos. En los tres principales centros de rotación, antes de noviembre de 2010, se practicaron 2.699 cirugías, 2.206 de ellas con participación del residente (81,7 %). Después de la reforma, se practicaron 3.016 procedimientos, con residente quirúrgico en 2.143 (71,05 %). La diferencia es estadísticamente significativa, con una p menor de 0,0001. El procedimiento más realizado sin residente, fue la apendicectomía.

Conclusión. La disminución del número de horas asistenciales modifica la exposición quirúrgica de los residentes de cirugía general de la Universidad

CES. Sin embargo, hay otras variables más objetivas que deben analizarse, como el crecimiento de las instituciones y el número de procedimientos frente al mismo número de residentes, la cantidad de residentes en cada mes de rotación, el número de complicaciones y los nuevos espacios para otras actividades académicas.

01-015

Ergonomía en cirugía laparoscópica

*Hernando Javier Forero, Felipe Solórzano,
Carlos Calle, Lina Marcela Giraldo*

Universidad CES
Medellín, Colombia
linamgiraldor@gmail.com

Introducción. La rápida expansión de las técnicas laparoscópicas con nuevos instrumentales, ha provocado grandes cambios en la postura de los cirujanos en el quirófano, llevando a la aparición de afecciones músculo-esqueléticas y fatiga debidas a la falta de adaptación del personal a los equipos de laparoscopia.

Objetivo. Demostrar que el desconocimiento de las guías de ergonomía en laparoscopia, ha llevado a provocar incomodidad en los cirujanos a la hora de operar y ha generado en ellos molestias músculo-esqueléticas.

Materiales y métodos. Se realizaron 76 encuestas a cirujanos generales, ginecólogos y urólogos, sobre la frecuencia y duración de sus procedimientos, la localización de los monitores, la comodidad para operar y la presencia de afecciones oculares o músculo-esqueléticas relacionadas con la cirugía laparoscópica.

Resultados. Encontramos que sólo 69,73 % de los encuestados se sienten cómodos con la posición adoptada en cirugía laparoscópica. La mayoría utilizan sólo un monitor en sus procedimientos y, generalmente, en una localización y a una altura inadecuadas, y se encontró que sólo la mitad están a gusto con la ubicación del monitor.

Más de la mitad de los profesionales ha presentado molestias en alguna parte del cuerpo, debidas a la postura adoptada en la cirugía laparoscópica. El 100 % de los encuestados considera que la ergonomía es

importante, pero sólo 13,15 % conoce las guías y 10,52 % las sigue.

Conclusión. La mayoría de los cirujanos desconoce las guías de ergonomía en cirugía laparoscópica, lo que produce incomodidades al operar y genera molestias, tanto oculares como músculo-esqueléticas posturales, que podrían llegar a producir lesiones a largo plazo.

01-031

Propuestas de los residentes para su aprendizaje en el siglo XXI, autoría web y desarrollo de estrategias virtuales

*Diego Humberto Márquez, Lilian Torregrosa,
Juan Carlos Ayala, Carolina Márquez*
Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana
Bogotá, D.C., Colombia
lilian.torregrosa@javeriana.edu.co

Introducción. Entre sus retos académicos, el residente de cirugía afronta la necesidad de adquirir y apropiarse del conocimiento que, a veces, no se presenta en la literatura científica de manera sencilla y práctica.

Objetivo. Brindar a los residentes de cirugía una herramienta de multimedia que facilite su adquisición de conocimientos en forma didáctica, la cual, por su accesibilidad, puede ser consultada permanentemente durante las actividades asistenciales.

Materiales y métodos. Se desarrollaron dos páginas web sobre los temas “Líquidos y electrolitos en cirugía” y “Anticoagulación en cirugía”, que se abordaron desde la pedagogía conceptual de “mentefactos”, los cuales son diagramas que permiten resumir temas de manera esquemática, ahorrando tiempo y afianzando en el estudiante el conocimiento a largo plazo. Este aspecto lo consideramos primordial al abordar estos contenidos, que son complejos pero fundamentales para los residentes de primer año.

Resultados. La nueva herramienta multimedia desarrollada desde la perspectiva de un residente, cumplió con las expectativas del grupo docente del departamento, de manera que se ha incluido como

parte de las estrategias innovadoras en educación para pregrado y posgrado.

Conclusión. La pedagogía conceptual de “mentefactos” permite sintetizar temas quirúrgicos en esquemas didácticos que ahorran tiempo al residente y afianzan su conocimiento a largo plazo. El diseño de páginas web sobre temas de cirugía general es una herramienta útil en el aprendizaje del residente que la diseña y su esfuerzo se replica en el resto de residentes, una vez se implementa su utilización en el Servicio de Cirugía.

01-032

Programas para residentes, de cirugía bariátrica basados en la educación en la técnica laparoscópica, experiencia cooperativa en tres programas de cirugía

Carlos Lopera, Jean Pierre Vergnaud, Sergio Díaz, Jesús Vásquez, Juan Pablo Toro, Juan Camilo Álvarez, Fred Alexander Naranjo
Universidad de Antioquia, Universidad Pontificia Bolivariana y Universidad El Bosque
Medellín, Colombia
loperaca@une.net.co

Introducción. La educación en cirugía laparoscópica se ha hecho vital en nuestro país, razón por la cual las tres facultades de medicina tienen una rotación por laparoscopia básica; en ella se ha logrado que los residentes tengan acceso a la cirugía bariátrica de manera directa, como parte del equipo, lo que supone una mejoría notable en las destrezas desarrolladas.

Objetivo. Describir la participación de los residentes de cuarto año de cirugía general, quienes pueden tener un papel protagónico en el programa de cirugía bariátrica durante su rotación por laparoscopia básica.

Materiales y métodos. Se trata de un trabajo descriptivo, prospectivo y multicéntrico de reporte de casos, con la participación de la Clínica Soma, el Hospital Pablo Tobón Uribe, el Hospital Manuel Uribe Ángel y la Clínica Las Vegas.

Resultados. En la muestra se incluyeron 629 casos de cirugía bariátrica, de *bypass* gástrico en Y de Roux,

bypass gástrico de una sola anastomosis y manga gástrica, entre enero de 2010 y mayo 30 de 2011.

Los residentes de cuarto año participaron como primer ayudante y camarógrafo en 89,98 % de los casos. Desarrollaron actividades de presentación, separación y endograpado, cuando participaron como primer ayudante. La presencia de los residentes en este tipo de cirugías se asoció a tiempos operatorios cortos, con promedio de menos de 60 minutos, y con tasas de mortalidad y morbilidad similares a los estándares internacionales.

Conclusión. Durante su rotación por laparoscopia básica, los residentes pueden ser parte del equipo quirúrgico de cirugía bariátrica, que incluye cirujanos con amplia experiencia docente teórica y práctica, lo que contribuye a un mejor entrenamiento y desarrollo de destrezas en cirugía laparoscópica.

01-038

Cuando el residente de cirugía enseña: experiencia del programa de la Pontificia Universidad Javeriana

Lilian Torregrosa, Camila Corzo, Diego Márquez, Juan Carlos Ayala
Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana
Bogotá, D.C., Colombia
lilian.torregrosa@javeriana.edu.co

Introducción. El papel del médico residente de cirugía en un hospital universitario incluye aspectos desatendidos, como el rol de ser docente para los estudiantes.

A pesar de que los trabajos al respecto han demostrado claros beneficios para el médico residente cuando enseña, el desconocimiento de este hecho ha contribuido a la situación actual en la que se desestima esta actividad por parte de los residentes en el país. Sobre los beneficios para los estudiantes existen varios estudios internacionales exploratorios pero, en nuestro medio, no se conoce el impacto de estrategias dirigidas a ellos, y diseñadas e implementadas por los residentes de cirugía.

Objetivo. El propósito de este trabajo fue evaluar la eficacia y las ventajas que tiene usar el método de “residentes como docentes”, como herramienta

complementaria en el proceso de aprendizaje del estudiante de cirugía.

Materiales y métodos. La población de 60 estudiantes de cirugía en el primer periodo del 2011, se distribuyó en forma aleatoria en dos grupos a los cuales se aplicaron dos diferentes estrategias educativas sobre el tema “Líquidos y electrolitos”, una de las cuales incluía a residentes de primer año como docentes. Al final del semestre se evaluaron los conocimientos de ambos grupos.

Resultados. La estrategia del “residente como educador” tuvo un impacto positivo en el conocimiento de los estudiantes. Además, el grupo de intervención resaltó la adquisición de nuevas herramientas prácticas para manejar pacientes con desequilibrios hidroelectrolíticos en la vida real, es decir, consideraron la actividad como definitiva al momento de aplicar clínicamente un tema en el que percibían dificultades.

01-039

¿Cómo vencer las barreras para manejar el área quirúrgica hospitalaria? Propuesta académica de un interno de cirugía

Lilian Torregrosa, Alfonso Márquez, Juan Carlos Ayala

Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana

Bogotá, D.C., Colombia

lilian.torregrosa@javeriana.edu.co

Introducción. El médico interno que maneja por primera vez un pabellón de cirugía, enfrenta permanentemente situaciones clínicas de las que sólo conoce algunos aspectos teóricos pero ante las cuales se siente temeroso. Parte del problema reside en la pobre preparación recibida, en la que no se incluyen estrategias didácticas novedosas acordes a las necesidades de las nuevas generaciones.

Objetivo. Evaluar la utilidad de una herramienta virtual interactiva como estrategia para preparar al médico interno de cirugía a enfrentar los problemas clínicos más frecuentes en los pacientes del pabellón quirúrgico.

Materiales y métodos. A partir del análisis de los problemas clínicos de oliguria, fiebre posoperatoria e infección del sitio operatorio, se diseñó una página web mediante el programa wix.com. Esta tarea la llevó a cabo un médico interno con la intención de contar con una perspectiva diferente a la del profesor.

Al culminar el proceso, la página fue evaluada por 50 médicos internos de cirugía mediante una encuesta denominada “Evaluación subjetiva detallada del programa multimedia para internos de cirugía”, la cual incluía 29 preguntas distribuidas en las áreas de: aspectos tecnológicos, contenidos teóricos, desarrollo de habilidades futuras, utilidad como herramienta educativa y aspectos generales de la herramienta.

Resultados. La estrategia evaluada mostró ser una herramienta didáctica, amable y sencilla para los médicos internos, quienes la consideraron útil en el abordaje y manejo de los problemas que se enfrentan en el pabellón de cirugía.

01-047

Mortalidad por cáncer en Colombia, datos oficiales de 1998 a 2008

William Sánchez

Hospital Militar Central

Bogotá, D.C., Colombia

Introducción. La tasa de mortalidad por cáncer en el mundo está en ascenso y es, actualmente, la primera causa de muerte en los Estados Unidos. Ante la ausencia de un reporte nacional unificado, los datos de mortalidad por cáncer de Colombia a nivel mundial son tomados teniendo como referencia los informados por el registro de Cali (Universidad del Valle), con el inconveniente de que sólo representan un pequeño porcentaje de la población de Colombia, y los reportados de una manera calculada por el Instituto Nacional de Cancerología. Por lo anterior, hasta el momento no se conoce la mortalidad real por cáncer ni el comportamiento epidemiológico de la enfermedad, en nuestro país.

Objetivo. Determinar la tasa oficial de mortalidad nacional por cáncer, utilizando el registro nacional del DANE, y evaluar el comportamiento epidemio-

lógico de la enfermedad y las posibles estrategias de tamización y seguimiento.

Materiales y método. Se hizo un estudio de factores de exposición de 1998 a 2008, analizando la base de mortalidad del DANE. Se usó una cuantificación directa por análisis comparativo de las estadísticas vitales desde 1998. La omisión de defunciones se calculó mediante conciliación con base en el censo de 2005 y la validación se hizo mediante la aplicación del método de Preston y Coale, y la ecuación de equilibrio.

Resultados. La mortalidad nacional en el periodo 1998-2008 fue de 2'083.892 personas. La primera causa de muerte fueron las enfermedades cardiovasculares (28%); la segunda, el trauma (21%), y la tercera, el cáncer (16%). En el 2008, el cáncer se convirtió en la segunda causa de muerte. Su orden de frecuencia fue: gástrico, pulmonar, linfomas y leucemias, de hígado y vías biliares, de próstata, de útero, de mama, colorrectal, otros genitourinarios, otros gastrointestinales y de peritoneo, y de páncreas.

Los de mayor variabilidad en crecimiento comparativo de la tasa de mortalidad fueron, en orden de frecuencia: colon, mama, pulmón, páncreas y útero, con una epidemiología similar a la de los países desarrollados.

Conclusión. La mortalidad por cáncer en Colombia está en ascenso y el más frecuente es el gástrico. Su incidencia no ha disminuido y permanece estable a través de muchos años, como resultado de la falta de programas de tamización. Existe una variación en la epidemiología del cáncer nuestro país, con tendencia a adoptar un patrón similar al de los países desarrollados. Es necesario implementar campañas de promoción, prevención y diagnóstico temprano para el cáncer gástrico, el pulmonar y el de colon.

01-055

Cirugía de puerto único: una cirugía sin huella

Ricardo Benvenuto, Asdrúbal Núñez, Germán Pineda, Jesús Contreras, Matilde Cáceres
Policlínica Táchira
San Cristóbal, Venezuela
ricardobenvenuto@hotmail.com

Introducción. La cirugía de puerto único ha representado un nuevo desafío dentro de los procedimientos menos invasivos, trayendo consigo ventajas y beneficios al paciente.

Objetivo. Presentar una experiencia representativa de la técnica, a fin de evaluar sus ventajas y desventajas del procedimiento con miras a un mejor resultado.

Materiales y métodos. Desde enero de 2010 a mayo de 2011, 68 pacientes fueron sometidos a diversos procedimientos quirúrgicos por abordaje de puerto único. Se hace un análisis retrospectivo de técnica, complicaciones y beneficios del procedimiento, así como recomendaciones, obtenidas según la experiencia inicial.

Conclusión. El avance de la cirugía mínimamente invasiva, en especial el abordaje de puerto único, representa una técnica ideal en pacientes con criterios de selección adecuada; en aspectos estéticos, principalmente, se logra un resultado adecuado y, en otros, similares a los de la técnica convencional.

01-056

Variabilidad entre observadores de la valoración global subjetiva en pacientes hospitalizados

Adonis Tupac Ramírez, Luis Ramiro Núñez, Catherine Salazar, Gonzalo Robayo
Hospital Universitario de Neiva, Universidad Surcolombiana.
Neiva, Colombia
adoracu74@hotmail.com

Introducción. La valoración global subjetiva es un método de tamización y diagnóstico nutricional de fácil aplicación, rápido y de bajo costo. La literatura científica muestra que tiene poca variabilidad entre observadores.

Objetivo. Describir la coincidencia de esta prueba realizada por diferentes observadores.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio descriptivo y prospectivo.

Resultados. Se aplicó el formato de valoración global subjetiva a 60 pacientes hospitalizados en el

Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario de Neiva, el mismo día, por tres observadores diferentes (médico residente de III año de cirugía general, médico interno del Servicio de Cirugía General y estudiante de medicina).

Para el análisis se hicieron tablas de contingencia, en las que se comparó: el médico interno con el estudiante, con un coeficiente kappa de 0,26; el

médico residente con el estudiante, con coeficiente kappa de 0,31 y el médico residente con el médico interno, con coeficiente kappa de 0,74.

Conclusión. Se demuestra que la variabilidad entre observadores está relacionada con la mayor capacitación de la persona que hace la valoración global.



CASOS CLÍNICOS

CABEZA Y CUELLO

02-003

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

Andrés Ignacio Chala, César Restrepo

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

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

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

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

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

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

02-032

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

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

Universidad de Cartagena
Cartagena, Colombia
ouija1983@hotmail.com

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

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

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

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

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

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

02-033

Carcinoma de parótida en población pediátrica

Adonis Tupac Ramírez

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

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

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

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

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

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

02-034

Paraganglioma bilateral del cuerpo carotídeo

Adonis Tupac Ramírez

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

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

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

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

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

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

02-035

Oncocitoma parotídeo

Adonis Tupac Ramírez

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

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

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

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

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

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

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

02-036

Costilla cervical bilateral

Adonis Tupac Ramírez

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

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

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

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

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

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

TÓRAX

02-031

Histoplasmosis pulmonar asociado a tuberculosis en una paciente con trasplante renal

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

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

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

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

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

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

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

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

02-045

Herniorrafia diafragmática mediante videotoracoscopia por dos puertos

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

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

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

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

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

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

VÍAS BILIARES

02-001

Manejo laparoscópico de la enfermedad poliquística hepática

Evelyn Dorado, Hernando Martínez

Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana

Bogotá, D.C., Colombia

doradofamilia@gmail.com

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

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

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

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

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

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

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

02-015

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

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

Universidad Pontificia Bolivariana

Medellín, Colombia

alejocarvajall@gmail.com

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

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

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

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

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

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

02-037

Lóbulo hepático accesorio (lóbulo de Riedel)

Guillermo Aldana, Manuel G. Pabón, Adolfo Ballestas

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

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

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

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

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

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

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

02-039

Manejo de muñón remanente del conducto cístico por vía laparoscópica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

02-040

Enfermedad de Caroli localizada

Guillermo Eduardo Aldana, Gabriel Santiago Medina

Hospital de San José

Bogotá, D.C., Colombia

galdana@hospitaldesanjose.org.co y

santiago_medina@hotmail.com

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

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

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

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

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

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

GASTROINTESTINAL

02-002

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

Jorge Bernal, Evelyn Dorado, Juan Pablo López

Clínica Las Américas y Universidad CES

Medellín, Colombia

doradofamilia@gmail.com

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

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

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

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

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

Resultados. El estudio de histopatología reportó un adenocarcinoma.

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

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

02-004

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

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

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

Bogotá, D.C., Colombia

rfajardomd@fsfb.org.co

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

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

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

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

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

02-009

Resección de divertículo epifrénico por laparoscopia

Patricia Olarte, Óscar Padrón, Diego Arboleda

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

Bogotá, D.C., Colombia

patriciaolarte26@hotmail.com

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

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

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

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

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

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

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

Deben someterse a cirugía únicamente los pacientes sintomáticos.

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

02-011

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

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

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

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

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

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

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

02-012

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

Leonardo Ballestas, Adolfo González

Universidad del Valle

Cali, Colombia

leoballestas@yahoo.com

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

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

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

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

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

02-013

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

Juan David Wolff, Juan David Martínez

Universidad CES

Medellín, Colombia

juanwolff@gmail.com

Introducción. La estromboloidiasis puede causar íleo paralítico prolongado.

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

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

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

02-019

Tumor del estroma gastrointestinal de esófago

Edgar Gutiérrez, Juan Carlos Hoyos, José Villa,

Nair Bobadilla, Efrén Alfonso Cantillo

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

Cartagena, Colombia

nair83@hotmail.com

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

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

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

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

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

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

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

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

02-020

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

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

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

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

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

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

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

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

02-022

Absceso esplénico

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

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

Cartagena, Colombia
edavid0928@yahoo.com

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

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

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

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

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

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

02-025

Tumores de yeyuno

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

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

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

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

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

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

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

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

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

02-026

Carcinoma escamocelular perforado en divertículo de Zenker

Oscar David Rubio, Fernando Alvarado, Juan Carlos Ayala

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

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

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

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

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

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

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

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

02-027

Intususcepción intestinal como presentación de linfoma

Liliana Cuevas, Elio Fabio Sánchez, Juan Carlos Ayala

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

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

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

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

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

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

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

02-028

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

Sergio Cervera, Francisco Mauricio Rincón, Aura María Rivera

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

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

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

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

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

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

02-030

Rabdomiosarcoma retroperitoneal en un paciente adulto

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

02-042

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

Guillermo Aldana, Milena Socarrás, Juan David Lleras

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Hospital San José

Bogotá, D.C., Colombia

cx_general@hotmail.com

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

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

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

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

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

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

02-043

Paraganglioma extrasuprarrenal

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

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

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

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

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

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

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

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

COLON Y RECTO

02-010

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

Marco Antonio Medina, Víctor Hugo Vivas

Universidad del Cauca
Popayán, Colombia
marcoantonio281@hotmail.com

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

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

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

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

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

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

02-014

Drenaje de absceso abdominal por laparoscopia en una mujer embarazada

Ricardo Villarreal, Carlos Luna, Fabio Alberto Castillo

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

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

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

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

muestran los hallazgos y el procedimiento en video.

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

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

02-021

Adenocarcinoma concomitante de ciego e intestino delgado

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

02-024

Caso clínico de hernia de Amyand

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

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

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

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

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

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

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

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

02-038

Tumor neuroendocrino del apéndice cecal

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

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

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

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

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

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

VASCULAR

02-017

Disección aislada de aorta abdominal

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

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

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

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

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

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

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

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

02-018

Reconstrucción *in situ* de fístula aorto-entérica secundaria

Alberto Muñoz, Jairo Ramírez, Fernando Arias

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

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

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

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

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

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

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

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

02-023

Parche de peritoneo para reparo de vena cava

María Elena Velásquez, Carlos Alberto Ordóñez,
Luis Mauricio Figueroa

Fundación Valle del Lili

Cali, Colombia

me.velasquez.acosta@gmail.com

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

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

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

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

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

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

02-041

Manejo quirúrgico y endovascular en trauma grave de la arteria axilar

Andrés Fernando Domínguez, Carlos Alberto Ordóñez, Diana Carolina Muñoz

Universidad CES, Universidad del Valle y Fundación Valle del Lili

Cali, Colombia

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

de complicaciones de reparaciones vasculares postraumáticas.

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

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

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

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

TRAUMA

02-016

Manejo de la fístula bilio-bronquial traumática

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

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

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

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

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

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

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

OTROS

02-029

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

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

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

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

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

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

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



VIDEOS

TÓRAX

03-033

Plicatura diafragmática por laparoscopia en parálisis diafragmática

Jesús Vásquez, Cristina Isabel Martínez, Juan David Wolff

Universidad Pontificia Bolivariana
Medellín, Colombia
cristinamartinez45@hoitmail.com

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

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

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

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

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

VÍAS BILIARES

03-001

Colecistectomía por laparoscopia por puerto único

Evelyn Dorado, Aura Rivera

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

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

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

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

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

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

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

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

03-003

Exploración por laparoscopia del colédoco con duodenoscopia retrógrada

Luis Fernando Álvarez, Marta Cecilia García

Centro Médico Imbanaco

Cali, Colombia

lfalvarez@imbanaco.com.co

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

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

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

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

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

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

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

03-004**Litiasis recidivante del colédoco, manejo laparoscópico sin coledoscopia***Luis Fernando Álvarez, Diego Rivera*

Centro Médico Imbanaco

Cali, Colombia

lfalvarez@imbanaco.com.co

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

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

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

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

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

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

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

03-005**Colecistectomía por laparoscopia y lesión de conducto hepático derecho aberrante***Diego Rivera, Luis Fernando Álvarez*

Centro Médico Imbanaco

Cali, Colombia

lfalvarez@imbanaco.com.co

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

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

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

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

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

03-021

“Destechamiento” de quiste hepático por laparoscopia

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

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

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

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

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

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

03-026

Cirugía de revisión poscolecistectomía laparoscópica en paciente con dolor abdominal

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

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

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

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

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

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

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

03-043

Quiste hepático gigante, manejo laparoscópico

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

Endocirugía

Barranquilla, Colombia

robertoquintero_@hotmail.com

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

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

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

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

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

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

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

GASTROINTESTINAL

03-002

Pancreatectomía del cuerpo y cola con preservación del bazo por laparoscopia

Luis Fernando Álvarez, Robin Biojó, Juan

Guillermo Villegas

Centro Médico Imbanaco

Cali, Colombia

lfalvarez@imbanaco.com.co

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

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

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

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

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

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

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

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

03-010

Esplenectomía laparoscópica por puerto único

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

Universidad CES

Medellín, Colombia

linamgiraldo@gmail.com

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

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

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

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

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

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

03-013

Resección de GIST gástrico por laparoscopia

Lucas Bojanini, Luis Felipe Roldán, Jamil Vallejo, Gustavo Gómez, Santiago Gómez, Alejandro

Múnera, Amy del Mar Piñeres

Universidad Pontificia Bolivariana y Clínica Universitaria Bolivariana

Medellín, Colombia

amypineress@yahoo.com

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

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

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

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

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

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

03-015

Corrección de hernia hiatal gigante de tipo IV por laparoscopia

Juan Camilo Ramírez, Adriana Córdoba, Julián Tinoco

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

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

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

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

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

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

03-016

Gastrectomía fundocorporal vertical para manejo de GIST gástrico

Adriana Córdoba, Juan Camilo Ramírez, Julián Tinoco

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

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

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

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

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

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

03-017

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

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

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

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

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

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

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

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

03-018

Resección de GIST gástrico por laparoscopia

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

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

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

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

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

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

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

03-019

Esplenectomía parcial por laparoscopia

Raúl Eduardo Pinilla

Hospital Central de la Policía Nacional

Bogotá, D.C., Colombia

radipisa@hotmail.com

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

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

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

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

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

previniendo así el riesgo del desarrollo posterior de sepsis.

03-020

Gastrostomía endoscópica percutánea asistida por laparoscopia

Raúl Eduardo Pinilla, Juan David Hernández, Oscar Gómez, Omar Espitia

Hospital Central de la Policía Nacional

Bogotá, D.C., Colombia

radipisa@hotmail.com

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

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

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

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

Resultados. El paciente evolucionó de forma adecuada.

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

03-024

Manejo laparoscópico de obstrucción intestinal alta en el posoperatorio

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

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

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

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

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

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

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

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

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

03-034

Biopsia de masa retroperitoneal

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

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

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

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

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

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

una rápida recuperación y mejores resultados estéticos.

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

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

03-035

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

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

Universidad Pontificia Bolivariana
Medellín, Colombia

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

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

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

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

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

03-037

Endometrioma intestinal

Juan Darío Puerta, Rodrigo Castaño, Adriana Echavarría

Universidad Pontificia Bolivariana
Medellín, Colombia
adriecha@hotmail.com

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

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

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

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

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

03-038

Esplenectomía laparoscópica por puerto único

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

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

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

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

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

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

03-039

Gastrectomía por laparoscopia para el manejo del cáncer gástrico

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

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

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

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

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

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

03-040

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

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

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

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

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

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

Resultados. La evolución posoperatoria del paciente fue muy buena.

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

CIRUGÍA BARIÁTRICA

03-012

Gastrectomía y *bypass* gástrico

Luis Felipe Roldán, Amy del Mar Piñeres, Jamil

Vallejo, Alejandro Múnera, Gustavo Gómez,

Santiago Gómez, Lucas Bojanini

Universidad Pontificia Bolivariana y Clínica Universitaria Bolivariana

Medellín, Colombia

amypineress@yahoo.com

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

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

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

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

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

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

03-014

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

Lucas Bojanini, Luis Felipe Roldán, Jamil Vallejo,

Gustavo Gómez, Santiago Gómez, Alejandro

Múnera, Amy del Mar Piñeres

Universidad Pontificia Bolivariana y Clínica Universitaria Bolivariana

Medellín, Colombia

amypineress@yahoo.com

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

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

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

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

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

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

03-028

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

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

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

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

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

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

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

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

03-029

Complicaciones mecánicas en cirugía bariátrica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

03-036

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

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

Universidad Pontificia Bolivariana
Medellín, Colombia
frednaranjo@yahoo.es

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

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

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

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

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

Se decidió practicar cirugía por laparoscopia.

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

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

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

03-042

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

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

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

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

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

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

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

COLON Y RECTO

03-006

Apendicectomía laparoscópica y lesión vascular mayor

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

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

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

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

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

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

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

03-007

Apendicectomía laparoscópica difícil - I

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

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

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

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

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

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

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

03-008

Apendicectomía laparoscópica difícil - II

Luis Fernando Álvarez, Olga Lucía Rojas

Centro Médico Imbanaco

Cali, Colombia

lfalvarez@imbanaco.com.co

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

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

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

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

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

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

03-025

Manejo médico y laparoscópico de plastrón apendicular

Ricardo Villareal, Carlos Luna, Carlos Leal,

Manuel Jiménez, Carlos Manuel López

Universidad El Bosque

Bogotá, D.C., Colombia

carlos_m_lopez@hotmail.com

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

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

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

trón apendicular mediante cirugía mínimamente invasiva.

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

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

03-031

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VASCULAR

03-027

Un diagnóstico inusual en laparoscopia exploratoria

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TRAUMA

03-023

Esplenectomía por laparoscopia en trauma contuso del bazo

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

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

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

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

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

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

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

OTROS

03-011

Eventrorrafia laparoscópica transperitoneal de hernia de la incisión por lumbotomía

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

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

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

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

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

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

03-022

Herniorrafia inguinal gigante por laparoscopia

Ricardo Villarreal, Carlos Luna, Fabio Alberto Castillo

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

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

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

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

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

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

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

03-030

Hernia inguinal directa reproducida por laparoscopia

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

Fundación Cardioinfantil
Bogotá, D.C., Colombia

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

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

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

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

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

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

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

03-032

Herniorrafia inguinal derecha por laparoscopia en un paciente con trasplante hepático

Ricardo Villareal, Akram Kadamini, Manuel Mosquera, Jesús Cure, Gabriel Sánchez

Fundación Cardioinfantil
Bogotá, D.C., Colombia

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

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

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

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

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

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

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

03-041

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

Jean Pierre Vergnaud, Sergio Díaz, Jesús Vásquez, Juan Pablo Toro, Juan Camilo Álvarez, Patricia Parra

Clínica Soma y Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia
loperaca@une.net.co

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

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

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

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

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



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@cable.net.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.



ÍNDICE DE AUTORES

A

Acero, Fanny, 78
 Acosta, Mauricio, 33
 Aguirre, Beatriz Bibiana, 23
 Aguirre, Gustavo Adolfo, 25, 31, 39
 Aldana, Guillermo Eduardo, 20, 25, 26, 32, 54, 55, 63, 64, 66
 Almonacid, Hernando, 43
 Alvarado, Fernando, 61
 Álvarez, Juan Camilo, 28, 29, 45, 82, 84, 85, 91
 Álvarez, Luisa Fernanda, 15
 Álvarez, Luis Fernando, 15, 72, 73, 75, 86, 87
 Alviz, Luz Karime, 95
 Arboleda, Diego, 56
 Arias, Fernando, 67, 82
 Arroyave, Gabriel Jaime, 28
 Arroyave, María Clara, 9
 Ayala, Juan Carlos, 37, 44, 45, 46, 61

B

Ballestas, Adolfo, 32, 54
 Ballestas, Leonardo, 58
 Barón, Vladimir, 35, 36
 Barrera, Juan Guillermo, 33
 Barrera, Mario Hugo, 54, 78
 Barrios, Rodolfo, 49
 Bastidas, Beatriz, 38
 Bedoya, Álvaro, 24
 Benvenuto, Ricardo, 47
 Bermúdez, Charles, 30
 Bernal, Felipe, 60, 66, 80
 Bernal, Jorge, 21, 55
 Berrío, John Jairo, 67

Betancourt, Andrea, 64
 Biojón, Robín, 75
 Bobadilla, Nair Yaneth, 52, 58, 59, 65
 Bojanini, Lucas, 27, 76, 83, 84
 Burgos, Eduardo, 82

C

Cáceres, Matilde, 47
 Cadavid, Luis Gerardo, 34
 Calle, Ángela María, 53
 Calle, Carlos, 27, 44
 Calvache, José Andrés, 42
 Camacho, Luis Alfonso, 38
 Cantillo, Efrén Alfonso, 52, 58, 59
 Carvajal, Alejandro, 53
 Carvajal, Ana María, 53
 Caro, Wilson, 86
 Castaño, Rodrigo, 81
 Castillo, Fabio Alberto, 65, 74, 89, 90
 Castillo, Roberto, 37
 Castro, Erick David, 52, 59, 65
 Ceballos, Oswaldo, 35, 36
 Cervera, Sergio, 62
 Chala, Andrés Ignacio, 49
 Chávez, Jaime, 15, 16, 22
 Cifuentes, Jenny, 24
 Ciria, Rubén, 17, 18
 Contreras, Jesús, 47
 Córdoba, Adriana, 20, 23, 54, 76, 77, 78
 Correa, Juan, 33
 Correa, María Juliana, 43, 76
 Cortés, Natalia, 82
 Corzo, Camila, 45
 Cuenca, Ángela Patricia, 14

Cuenca, Juan Ricardo, 56
 Cuesta, Diana Paola, 28
 Cuevas, Liliana, 61
 Cuevas, Virginia, 82
 Cure, Jesús, 90, 91

D

Daguer, Ricardo, 29, 75
 Dávila, Diego, 17, 18
 Díaz, Carolina, 25
 Díaz, Francisco, 82
 Díaz, Sergio, 9, 27, 28, 43, 45, 82, 84, 85, 91
 Domínguez, Andrés Fernando, 68
 Domínguez, Luis Carlos, 10, 30
 Domínguez, Ramón Elles, 39
 Dorado, Evelyn, 21, 53, 55, 71
 Duarte, Álvaro Andrés, 16, 22
 Duarte, Ricardo, 62
 Dueñas, Juan Pablo, 9
 Duque, Carlos Simón, 9
 Duque, Jonathan Hernando, 13

E

Echavarría, Adriana, 81
 Escobar, Fernando, 19
 Espinel, Camilo, 33
 Espinosa, Carlos, 67
 Espitia, Hernando Omar, 79, 89
 Estrada, Germán Alonso, 23

F

Fajardo, Roosevelt, 56, 69
 Falla, Andrés Ricardo, 25, 33, 39

Figuerola, Luis Mauricio, 68
 Flechas, John, 78
 Forero, Hernando Javier, 44
 Franco, Gloria, 15, 16, 22
 Fuertes, Fernando, 24

G

Gallego, Carlos, 86
 García, Alberto Federico, 19
 García, Marta Cecilia, 72
 García, María Cristina, 9, 34
 García, Pablo, 89
 Giraldo, Lina Marcela, 43, 44, 76
 Gómez, Carlos, 33
 Gómez, Daniel, 93
 Gómez, Gonzalo, 9
 Gómez, Gustavo, 27, 76, 83, 84
 Gómez, Jaime, 67
 Gómez, Juan Pablo, 9
 Gómez, Óscar, 79
 Gómez, Santiago, 27, 76, 83, 84
 Gómez, Susana, 22
 Gómez, Ximena, 10
 González, Adolfo, 58
 González, Catalina, 14
 González, Gabriel, 89
 Granados, Álvaro, 20
 Gutiérrez, Andrés, 85
 Gutiérrez, Edgar, 52, 58

H

Heaton, Nigel, 17, 18
 Hernández, Juan David, 79
 Hernández, María Fernanda, 69
 Herrera, Francisco, 59, 65
 Herrera, Jorge Augusto, 38, 41, 42, 43
 Herrera, Mario Alain, 69
 Hincapié, Socorro, 23
 Hoyos, Juan Carlos, 58
 Hoyos, Sergio Iván, 15, 16, 22

I

Ibarra, Jorge Hernán, 29

J

Jaimes, Laura Victoria, 59, 65
 Jaime, Martiniano, 15
 Jassem, Wayel, 17, 18

Jiménez, César, 33
 Jiménez, Manuel E., 60, 66, 80, 87

K

Kadamani, Akram, 88, 90, 91

L

Leal, Carlos, 30, 60, 66, 74, 80, 87, 88
 Lleras, Juan David, 26, 63, 64
 Lombana, Luis Jorge, 37
 Londoño, Mónica, 41
 Londoño, Ricardo, 43
 Lopera, Carlos, 27, 28, 45, 81, 82, 84, 85
 López, Carlos Manuel, 87
 López, Eugenia, 34
 López, Juan Pablo, 55
 López, Lina, 27
 López, Laura, 95
 Lora, Alejandro, 62
 Luna, Ana María, 33
 Luna, Carlos, 30, 60, 65, 66, 74, 80, 87, 88, 89, 90

M

McCausland, Rafael, 29, 75
 Mancera, Julián, 56
 Manchabajoy, Marcela, 10
 Marín, Yurani, 53
 Márquez, Alfonso, 46
 Márquez, Carolina, 44
 Márquez, Diego Humberto, 44, 45
 Márquez, Germán, 59
 Márquez, Jorge Adalberto, 35, 36
 Martínez, Cristina Isabel, 71
 Martínez, Fabián, 88
 Martínez, Hernando, 53
 Martínez, Juan David, 9, 58, 76
 Martínez, Luis Eduardo, 20
 Martínez, Rolando, 30, 82, 85
 Medina, Flor, 94
 Medina, Gabriel Santiago, 20, 23, 55
 Medina, Marco Antonio, 57, 64
 Medina, María Andrea, 96, 97, 98
 Méndez, Manuel, 19
 Mendoza, María Fernanda, 13
 Mercado, Jose Lubin, 35, 36
 Miranda, Asdrúbal, 49, 59, 65
 Miranda, Hugo Andrés, 41

Molina, Juan Pablo, 66
 Molina, Julio, 90
 Montoya, Jaime Andrés, 28, 82
 Montoya, Luisa, 23
 Mosquera, Manuel, 88, 90, 91
 Mozo, Javier, 20, 64, 66
 Múnera, Alejandro, 27, 76, 83, 84
 Muñoz, Alberto, 67
 Muñoz, Diana Carolina, 68
 Murcia, Adriana Sofía, 33

N

Naranjo, Fred Alexander, 45, 81, 85
 Narváz, Yuly Paola, 13
 Nieto, Alejandro, 98
 Núñez, Asdrúbal, 47
 Núñez, Luis Ramiro, 47

O

Olarte, Patricia, 56, 62
 Olivares, David, 19
 Ordóñez, Carlos Alberto, 68
 Osorio, Camilo, 10, 30
 Osorio, Germán, 16
 Ortiz, Douglas Omar, 96, 98

P

Pabón, Manuel G., 32, 54
 Pacheco, Maikel, 20, 32
 Padrón, Óscar, 56
 Pallares, Staling G., 69
 Parra, Juan Fernando, 32
 Parra, Michael, 37
 Parra, Patricia, 84, 91
 Parra, Sandra Viviana, 96, 97, 98
 Pedraza, Adriana, 82
 Penagos, Diego, 9
 Peña, Wilber Edison, 98
 Peralta, Alejandra Sophia, 34
 Perea, Adriana Janeth, 34
 Pérez Raúl, 74, 80, 88
 Pineda, Germán, 47
 Piñeres, Amy del Mar, 27, 28, 76, 83, 84
 Pinilla, Raúl Eduardo, 79
 Plazas, Francly Liliana, 34
 Posada, José Carlos, 59
 Poveda, Jesús A., 19

Prada, Nubia Elisa, 82, 94, 95
 Puentes-Manosalva, Fabián, 37
 Puerta, Juan Darío, 81
 Pulgarín, David Esteban, 81, 85

Q

Quintero, Roberto, 29, 75

R

Ramírez, Adonis Tupac, 10, 11, 12, 13, 14, 47, 50, 51
 Ramírez, Alexandra Viviana, 34
 Ramírez, Jairo, 67
 Ramírez, Jorge, 29
 Ramírez, Juan Camilo, 23, 76, 77, 78
 Ramírez, Margarita María, 56
 Ramos, Andrés Felipe, 13
 Ramos, John Jairo, 13
 Reinoso, Natalia, 93, 95
 Rela, Mohamed, 17, 18
 Restrepo, Catalina, 9
 Restrepo, César, 49
 Restrepo, Hernán Darío, 28
 Restrepo, Javier, 49
 Rincón, Francisco Mauricio, 37, 62
 Ríos, Diana Carolina, 9, 27, 43
 Rivera, Aura María, 62, 71
 Rivera, Diego, 73
 Roa, Claudia M., 39, 52
 Robayo, Gonzalo, 47
 Rodas, Edgar, 37
 Rodríguez, Ana María, 95
 Rodríguez, Ángela Paola, 35, 36
 Rodríguez, Fernando, 19
 Rodríguez, Carolina María, 20, 33
 Rojas, Alexei Bernardo, 38, 41, 42, 57
 Rojas, Álvaro, 29, 75
 Rojas, Edgar Julián, 41, 42
 Rojas, Olga Lucía, 87
 Rojas, Tatiana, 15, 52
 Roldán, Luis Felipe, 27, 76, 83, 84

Rubiano, Jaime, 23
 Rubio, Óscar David, 61
 Rueda, Zulma, 53
 Ruiz, Luis Carlos, 96, 97, 98

S

Salazar, Catherine, 13, 47
 Sanabria, Álvaro, 10, 19, 30
 Sanabria, Luis Eduardo, 19
 Sánchez, Carlos Alberto, 97
 Sánchez, Elio Fabio, 61
 Sánchez, Gabriel, 88, 90, 91
 Sánchez, Gina, 42, 43
 Sánchez, Jonathan, 23
 Sánchez, Jorge Armando, 29
 Sánchez, William, 25, 31, 39, 40, 46, 93, 95
 Sandoval, John, 95
 Sanjuanelo, Hernando, 39
 Sansón, Fernando, 24
 Santacruz, Cristina, 24
 Santamaría, Claudia Marcela, 15, 52
 Sanz, Sergio, 19
 Sarmiento, Guillermo Julián, 42, 43
 Serna, Adriana, 30
 Sierra, Cristina, 16
 Sierra, Sebastián, 43
 Socarrás, Milena, 20, 26, 63, 64
 Solórzano, Felipe, 9, 27, 34, 44
 Suárez, José, 37

T

Tabares, Catalina, 53
 Taboada, Lucía, 82
 Tapias D., Leonidas, 15, 52
 Tapias V., Leonidas, 15, 52
 Tapias, Luis Felipe, 15, 52
 Tascón, Marcela Lucía, 38, 42
 Tinoco, Néstor Julián, 54, 66, 76, 77
 Tobar, Jorge Felipe, 38, 42
 Toro, Alejandra María, 53
 Toro, Juan Manuel, 27

Toro, Juan Pablo, 29, 45, 82, 84, 85, 91
 Torregrosa, Lilian, 37, 44, 45
 Torres, César Andrés, 49
 Torres, Fabio, 94, 95

U

Umaña, Juan Bernardo, 69
 Uribe, Gabriel, 95

V

Valencia, Alex, 33
 Valencia, Mauricio, 28
 Valle, Jesús, 29, 75
 Vallejo, Jamil, 27, 76, 83, 84
 Vanegas, Felipe, 76
 Velásquez, María Elena, 19, 68, 95
 Velásquez, Mauricio, 95
 Vásquez, Jesús, 27, 28, 45, 71, 82, 84, 85, 91
 Vega, Neil Valentín, 10, 30
 Vera, Lina María, 29
 Vergnaud, Jean Pierre, 27, 28, 29, 45, 82, 84, 85, 91
 Villa, José, 58
 Villamil, Judith Andrea, 96, 97, 98
 Villamizar, Ernesto, 74, 80, 88, 89
 Villarreal, Ricardo, 30, 60, 65, 66, 74, 80, 87, 88, 89, 90, 91
 Villegas, Juan Guillermo, 75
 Vivas, Víctor Hugo, 64

W

Wolff, Juan David, 43, 58, 71

Y

Yépez, Yomaira, 24

Z

Zamora, Carlos Javier, 52
 Zuluaga, Juan David, 43