

REVISTA
COLOMBIANA
DE
CIRUGÍA

TRABAJOS LIBRES, CASOS CLÍNICOS,
VIDEOS Y PÓSTERES

XXXVIII CONGRESO NACIONAL “AVANCES EN CIRUGÍA”
22 A 25 DE AGOSTO DE 2012
CENTRO DE EVENTOS VALLE DEL PACÍFICO,
CALI, COLOMBIA



ASOCIACIÓN
COLOMBIANA
DE
CIRUGÍA

TRABAJOS LIBRES, CASOS CLÍNICOS,
VIDEOS Y PÓSTERES

XXXVIII CONGRESO NACIONAL “AVANCES EN CIRUGÍA”
22 A 25 DE AGOSTO DE 2012
CENTRO DE EVENTOS VALLE DEL PACÍFICO,
CALI, 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 2011 - 2013

Presidente

OSWALDO BORRÁEZ, MD - Bogotá

Vicepresidente

WILLIAM SÁNCHEZ, MD - Bogotá

Fiscal Médico

CARLOS HERNANDO MORALES, MD - Medellín

Secretaria

MARÍA FERNANDA JIMÉNEZ, MD - Bogotá

Secretaria suplente

ADRIANA CÓRDOBA, MD - Bogotá

Tesorero

GUSTAVO LANDAZÁBAL, MD - Bogotá

Tesorero suplente

ARTURO VERGARA, MD - Bogotá

Vocales principales

JESÚS VÁSQUEZ, MD - Medellín

JOSÉ EDMAR REAL, MD - Barranquilla

LÁZARO ARANGO, MD - Manizales

JOAQUÍN VALENCIA, MD - Medellín

MÓNICA BEJARANO, MD - Cali

Vocales suplentes

ÓSCAR GUEVARA, MD - Bogotá

RAMIRO GÓMEZ, MD - Cúcuta

HÉCTOR LÓPEZ, MD - Pasto

DOUGLAS ORTIZ, MD - Bogotá

EDUARDO VALDIVIESO, MD - Bucaramanga

Revisor Fiscal

JORGE ANTONIO MONTERO BERNAL - Bogotá

Consejo Asesor (ex presidentes)

HERNANDO ABAÚNZA, MD - Bogotá

JOSÉ FÉLIX PATIÑO, MD - Bogotá

CAMILO CABRERA, MD - Bogotá

ERIX BOZÓN, MD - Bogotá

HUMBERTO ARISTIZÁBAL, MD - Medellín

JAIME ESCALLÓN, MD - Bogotá

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

SAÚL RUGELES, MD - Bogotá

COMITÉS CONSULTIVOS

COMITÉ EJECUTIVO

OSWALDO BORRÁEZ, MD - Presidente
WILLIAM SÁNCHEZ, MD - Vicepresidente
MARÍA FERNANDA JIMÉNEZ, MD - Secretaria
GUSTAVO LANDAZÁBAL, MD - Tesorero
CARLOS MORALES, MD - Fiscal Médico
HERNANDO ABAÚNZA, MD - Director Ejecutivo

COMITÉ DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

NATÁN ZUNDEL, MD - Bogotá / E.U. / FELAC
(Coordinador)
FERNANDO QUIROZ, MD - Cali
ADRIANA CORRALES, MD - Barranquilla
EDUARDO SILVA, MD - Bogotá
CÉSAR GUEVARA, MD - Bogotá
HERNÁN RESTREPO, MD - Medellín
ÁLVARO VALENCIA, MD - Bogotá
LUCAS BOJANINI, MD - Medellín

COMITÉ DE CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO

ANDRÉS ÁLVAREZ, MD - Bogotá (Coordinador)
ANDRÉS CHALA, MD - Manizales
ADONIS TUPAC RAMÍREZ, MD - Neiva

COMITÉ DE CIRUGÍA DIGESTIVA

(colon y recto)
JORGE PADRÓN, MD - Bogotá (Coordinador)
CARLOS MARTÍNEZ, MD - Bogotá
RAFAEL GARCÍA, MD - Bogotá

COMITÉ DE CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA

JUAN DAVID HERNÁNDEZ, MD - Bogotá (Coordinador)
EVELÍN DORADO, MD - Bogotá
CAMILO ORTIZ, MD - Bogotá
JAIME BONFANTE, MD - Cartagena

COMITÉ DE CIRUGÍA VASCULAR

GERMÁN GÓMEZ, MD - Bogotá (Coordinador)
HÉCTOR PARRA, MD - Girardot
JUAN GUILLERMO BARRERA, MD - Bucaramanga
JORGE ULLOA, MD - Bogotá

COMITÉ DE EDUCACIÓN Y BIOÉTICA

FRANCISCO HENAO, MD - Bogotá (Coordinador)
ALEJANDRO MÚNERA, MD - Medellín
CAROLINA RODRÍGUEZ, MD - Bogotá

LILIAN TORREGROSA, MD - Bogotá
LUIS EDUARDO SANABRIA, MD - Neiva

COMITÉ DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

RODRIGO CASTAÑO, MD - Medellín (Coordinador)
RAÚL EDUARDO PINILLA, MD - Bogotá / Ibagué
HÉCTOR POLANÍA, MD - Neiva
RAFAEL POLO, MD - Santa Marta
LUIS IGNACIO LONDOÑO, MD - Medellín
SANDRA MORENO, MD - Cartagena

COMITÉ GASTROINTESTINAL

CAMILO PACHÓN, MD - Bogotá (Coordinador)
GERMÁN LIÉVANO, MD - Neiva
JUAN CARLOS HOYOS, MD - Cartagena
EMIRO LUJÁN, MD - Aguachica

COMITÉ DE HERNIAS

JORGE DAES, MD - Barranquilla (Coordinador)
JUAN CARLOS AYALA, - Bogotá
ERWIN RODRÍGUEZ, MD - Bogotá
NEIL VALENTÍN VEGA, MD - Bogotá
GIOVANNY ASCIONE, MD - Cali
JULIO ERNESTO GARCÍA, MD - Medellín

COMITÉ DE INFECCIONES

CARLOS SEFAIR, MD - Bogotá (Coordinador)
LUIS GONZALO ZAPATA, MD - Medellín
GUILLERMO BELTRÁN, MD - Bogotá
NORTON PÉREZ, MD - Villavicencio
GERMÁN ALFREDO RAMÍREZ, MD - Neiva
MANUEL CADENA, MD - Bogotá

COMITÉ DE METABOLISMO QUIRÚRGICO

JAIME REY, MD - Bogotá (Coordinador)
MAURICIO CHONA, MD - Bogotá
MARÍA HELENA GAITÁN, MD - Armenia
CHARLES BERMÚDEZ, MD - Bogotá

COMITÉ DE POLÍTICAS GREMIALES

JUAN FERNANDO URIBE, MD - Medellín

COMITÉ DE TRAUMA

GABRIEL GONZÁLEZ, MD - Bogotá (Coordinador)
ALEJANDRO MORENO, MD - Medellín
ALBERTO GARCÍA, MD - Cali
RICARDO URIBE, MD - Bogotá

CONTENIDO

Presentación	8
01 - Trabajos libres	9
02 - Casos clínicos	39
03 - Videos	65
04 - Pósteres	83
Índice de autores	89

PRESENTACIÓN

El XXXVIII Congreso Nacional de Cirugía –el gran evento anual que convoca y congrega a los cirujanos colombianos, de todos los países americanos y, en esta ocasión, visitantes de países tan distantes como Italia– se celebra por vez primera en la ciudad de Cali. Será inobjetable desde el punto de vista académico. Tendremos la tradicional sesión denominada el “Foro quirúrgico colombiano”, en la cual muchos de los asistentes y participantes presentan su experiencia a nivel individual o de los diferentes grupos institucionales de trabajo y, tendremos un récord puesto que el número de trabajos libres, casos clínicos, videos y pósteres se ha incrementado en más del 10 %. Fue inmenso el esfuerzo que realizó el Comité Científico para hacer la selección de aquellos que ameritaban ser presentados y que satisfacían los estrictos parámetros académicos establecidos.

Allí encontramos reflejado el trabajo de los cirujanos y de los médicos en entrenamiento, quienes con la asesoría de sus profesores nos exponen y presentan su producción académica. Es gratificante para el Comité Organizador –aunque no nos sorprende la alta calidad tecnológica– el espíritu investigador e imaginativo de los cirujanos de Colombia.

A la presentación de los diferentes trabajos le siguen los comentarios de un cirujano experto sobre el tema expuesto, lo cual contribuye a resaltar la importancia y a incrementar el nivel académico de este bloque del Congreso. Los asistentes, con sus apreciaciones y comentarios, podrán enriquecer aún más el Foro.

Debo felicitar al Comité Editorial de la *Revista Colombiana de Cirugía* por su esfuerzo para hacer realidad la compilación de los resúmenes de los trabajos libres en este suplemento de la revista. De esta manera, tanto los asistentes al Congreso como aquellas personas que por diferentes razones no han podido hacerlo, pueden conocer la experiencia de nuestros cirujanos y aplicar muchos de los conceptos allí expuestos a su práctica profesional diaria.

OSWALDO A. BORRÁEZ
Presidente, Asociación Colombiana de Cirugía
Comité Ejecutivo y Organizador del XXXVIII Congreso Nacional de Cirugía



TRABAJOS LIBRES

CABEZA Y CUELLO

01-004

Concordancia de la ecografía del nódulo tiroideo, la biopsia por aspiración guiada por ecografía y el reporte final de histopatología

Andrés Ignacio Chala, Rafael Pava, Humberto Ignacio Franco, Armando Franco, Andrés Álvarez
Facultad de Salud, Universidad de Caldas, Manizales, Colombia
andreschalag@hotmail.com

Introducción. La ecografía de tiroides ha mejorado la agudeza diagnóstica del carácter maligno del nódulo tiroideo. Independientemente del tamaño, es importante establecer en cuál nódulo se debe practicar la biopsia por aspiración con aguja fina (BACAF), para disminuir el costo de un procedimiento innecesario y evitar el dejar pasar inadvertido un cáncer de tiroides.

Objetivo. Validar los criterios ecográficos de neoplasia maligna que hacen necesaria la BACAF de tiroides.

Materiales y métodos. Se diseñó un estudio prospectivo de enero de 2008 a diciembre de 2012, para evaluar la concordancia entre los hallazgos ecográficos y la biopsia por aspiración de tiroides, comparada con la histopatología final para el diagnóstico de neoplasia maligna. Se evaluó la sensibilidad, especificidad, valor diagnóstico positivo y negativo y la concordancia medida por los coeficientes kappa y de correlación.

Resultados. Se estudiaron 1.467 pacientes, (10,2 % hombres y 89,8 % mujeres), entre los 10 y los 95 años, con un tamaño medio del nódulo de 16 mm. De ellos, 623 requirieron tiroidectomía y el resto fueron seguidos con ecografía. Se presentaron 269 carcinomas papilares, 14 foliculares, 4 indiferenciados, 159 bocios, 74 adenomas y 101 tiroiditis. La sensibilidad fue de 86,4 %, la especificidad de 89,4 %, el valor diagnóstico positivo de 87,5 % y el negativo de 84,1 %.

Los hallazgos ecográficos relacionados con cáncer fueron: hipocogenicidad, microcalcificaciones, papilas y flujo intranodal. Individualmente, la concordancia fue leve, pero con la combinación de hipocogenicidad, microcalcificaciones y papilas, era media y, si se adicionaba aumento del flujo intranodal, era alta.

Conclusión. La combinación de hipocogenicidad, microcalcificaciones, papilas y flujo alto intranodal tiene alta concordancia con neoplasia maligna, pero cada uno por separado no, y no puede ser usada para predecir o descartar una neoplasia maligna.

01-015

Lesiones laringo-traqueales, experiencia de tres años en Popayán

Liliana Caicedo, Hernán Mauricio Ocampo, Edgar Julián Rojas, Alejandra Merchán, Sandra Maldonado
Hospital Universitario San José - Universidad del Cauca, Popayán, Colombia
ponllox@hotmail.com, lilicaicedor@hotmail.com

Introducción. El trauma laringo-traqueal es infrecuente; su incidencia anual es de 1 por 137.000 casos, con implicación clínica y terapéutica de gran relevancia. El retraso o un diagnóstico inadecuado pueden derivar en la muerte o en secuelas graves. En la literatura científica existen pocos estudios al respecto y su manejo aún es causa de gran debate.

Objetivo. Describir las lesiones, procedimientos y resultados de los pacientes con lesiones traumáticas laringo-traqueales, en el Hospital Universitario San José de Popayán, en un periodo de tres años.

Materiales y métodos. Se hizo un estudio de tipo serie de casos, que incluyó los pacientes con lesiones traumáticas laringo-traqueales manejados durante el periodo entre 2009 y 2012.

Resultados. Durante el periodo de estudio se atendieron 19 pacientes, de los cuales el 90 % presentó trauma penetrante y, el 10 %, trauma contuso. Las lesiones se distribuían así: laringe, 42 %; tráquea, 47 %, y mixtas, 11 %; el 95 % tuvo lesiones asociadas. El 79 % requirió sutura primaria y, el 21 %, traqueostomía en el manejo inicial; 47 % presentó lesión esofágica. En 58 % de los casos se presentaron secuelas, siendo la traqueostomía permanente la más frecuente en el 26 % de los casos. El 90 % de los pacientes sobrevivió, por lo menos, los 30 días de seguimiento.

Conclusión. El manejo del trauma laringo-traqueal debe ser individualizado, intentando practicar sutura primaria de las lesiones con control rápido y definitivo de los traumatismos asociados, siguiendo los lineamientos de la literatura científica mundial.

01-032

Tiroidectomía ambulatoria: una opción segura y razonable

Elkin Cabrera, Pedro Ocampo, Álvaro Sanabria, Luis Carlos Domínguez, Neil Valentín Vega, Erik Espitia, Adriana Serna, Camilo Osorio
Universidad de La Sabana, Compensar-Clínica Partenón, Bogotá, D.C., Colombia
elkincabreramd@hotmail.com

Introducción. La tiroidectomía es el procedimiento quirúrgico más común en el cuello. Históricamente, estos pacientes se han manejado hospitalizados en el posoperatorio por el riesgo de complicaciones inmediatas, como sangrado e hipocalcemia. La tendencia mundial es adoptar la cirugía ambulatoria en muchos procedimientos que antes se manejaban intrahospitalariamente, lo cual no excluye la cirugía de tiroides. Desde hace 25 años, los estudios clínicos demuestran que ésta es una opción segura y costo-efectiva.

Objetivo. Presentar el protocolo y la experiencia local en tiroidectomía ambulatoria.

Materiales y métodos. Se analizó una cohorte de pacientes sometidos a tiroidectomía ambulatoria entre junio de 2011 y mayo de 2012. Las variables clínicas incluidas fueron: edad, sexo, tipo de cirugía, indicaciones y tasa de complicaciones. Los principales resultados

evaluados fueron dolor posoperatorio en los cinco primeros días, la tasa de readmisión y las complicaciones como sangrado, disfonía, hipocalcemia y disnea.

Resultados. Se incluyeron 42 pacientes que cumplieron los criterios necesarios. El 50 % (n=21) se sometieron a tiroidectomía total y 97,5 % (n=41) eran mujeres. El dolor posoperatorio evaluado en una escala análoga de 1 a 10 fue leve en 64 % de los pacientes; al quinto día, el 80,9 % no tenía dolor. Solo se presentó un caso de sangrado, y dos casos de disfonía leve se resolvieron con tratamiento. Hubo dos casos de hipocalcemia posquirúrgica manejada en urgencias de forma ambulatoria.

Conclusión. La tiroidectomía ambulatoria es una opción segura y razonable que disminuye los costos del procedimiento sin incrementar la tasa de complicaciones ni de readmisión.

01-059

Experiencia con el cáncer de glándula salival submandibular

Adonis Ramírez

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

Introducción. Los tumores de las glándulas salivales constituyen, aproximadamente, el 1 % de todos los tumores de cabeza y cuello. El 80 % se ubica en la glándula parótida, 10 a 15 %, en la glándula submandibular, y 5 a 10 %, en la glándula sublingual. La mayoría de los tumores malignos se presenta en la quinta y sexta décadas de la vida, solamente el 2 %, en menores de 10 años, y el 16 %, en menores de 30 años. El pronóstico de estos tumores está determinado por factores como: grado histológico, tamaño del tumor, parálisis facial, compromiso de la piel, sexo, recurrencia, y metástasis regional y a distancia.

Objetivo. Presentar dos casos atendidos en Clínica Mediláser de Neiva.

Materiales y métodos. Se trata de dos pacientes de sexo masculino, de 22 y 74 años de edad, que consultaron por presencia de un tumor submandibular derecho de consistencia cauchosa dura, sin presencia de adenopatías ni compromiso del nervio facial.

Resultados. Al paciente de 22 años se le practicó resección de la glándula submandibular; la histopatología correspondió a un carcinoma epitelial-mioepitelial, sin compromiso extraglandular; posteriormente, recibió radioterapia. El segundo paciente, de 74 años, se sometió a resección de la glándula submandibular; la histopatología demostró un carcinoma mucoepidermoide y compromiso extraglandular; posteriormente, se hizo vaciamiento de cuello y se dio radioterapia. Después de seis meses de seguimiento, no han presentado recidiva.

Conclusiones. Los tumores de la glándula submandibular son de rara presentación y el diagnóstico de su carácter maligno habitualmente es posoperatorio. El pronóstico depende del tipo histológico del tumor y del estadio.

01-060

Indicación de la biopsia por aspiración con aguja fina o la biopsia con aguja tru-cut en enfermedad tiroidea,

Adonis Ramírez, Ronald Cocoma, Felipe Martínez, Pablo Méndez, estudiantes de X semestre de Medicina de la Universidad Surcolombiana.

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

Introducción. La enfermedad tiroidea es muy frecuente en nuestro medio y la aproximación inicial para su diagnóstico se hace mediante ecografía y biopsia. En Neiva, en los últimos cuatro años, se ha implementado la biopsia con aguja *tru-cut* para el estudio de la enfermedad tiroidea. En la literatura científica se afirma que el diagnóstico inicial debe hacerse mediante biopsia por aspiración con aguja fina y se reserva aquella con aguja *tru-cut* para casos definidos.

Objetivo. Describir y evaluar las dos técnicas para la toma de biopsia.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio retrospectivo de cohortes, que incluyó 476 pacientes sometidos a biopsia de tiroides en el Hospital Universitario de Neiva entre los años 2005 y 2010, 39 hombres y 437 mujeres, con una media de edad de 49 años.

Resultados. Sin guía ecográfica, se hicieron 262 procedimientos y, bajo guía ecográfica, 214. De los 214 bajo guía ecográfica, 78 fueron mediante aspiración con aguja fina y, 136, mediante aguja *tru-cut*. Se utilizó el test de Fisher con las variables de reporte de histopatología y toma de biopsia (aspiración con aguja fina *versus* *tru-cut*), encontrándose una $p=0,928$, lo que refleja que la biopsia con aguja *tru-cut* no ofrece mejor rendimiento diagnóstico.

Conclusión. El manejo inicial para el diagnóstico de la enfermedad tiroidea es la biopsia por aspiración con aguja fina. La biopsia con aguja *tru-cut* no ofrece mejor efectividad diagnóstica, en cambio, puede presentar más complicaciones y mayor costo para el sistema de salud.

01-061

Vaciamiento mínimamente invasivo de cuello, experiencia inicial

Adonis Ramírez

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

Introducción. La cirugía de mínima invasión en cuello se inició con la descripción de técnicas quirúrgicas para tiroidectomía y paratiroidectomía asistida por video, con buenos resultados estéticos y sin aumento de las complicaciones. Las técnicas mínimamente invasivas para el vaciamiento latero-cervical de cuello se describen en pocos artículos y no hay registro de publicaciones en nuestro país.

Objetivo. Describir una técnica quirúrgica y determinar sus complicaciones.

Materiales y métodos. Se presentan cinco casos.

Resultados. Se describen cinco pacientes de sexo femenino con un promedio de edad de 55 años. Los procedimientos fueron: tiroidectomía total con vaciamiento central y vaciamiento radical modificado unilateral, en tres pacientes, y re-vaciamiento central y vaciamiento radical modificado unilateral en dos pacientes. No se presentaron complicaciones y el manejo fue ambulatorio. Solo se usó drenaje en tres pacientes. La longitud promedio de la incisión fue de 4,5 cm.

Conclusiones. Se inicia un nuevo horizonte en la cirugía mínimamente invasiva de cuello, con una nueva aplicación, sin complicaciones, con un adecuado resultado estético, funcional y de uso oncológico.

01-094

Eficacia y seguridad de la traqueostomía percutánea en la unidad de cuidado crítico

John Sandoval, Jorge Jara, Carlos Rodríguez, William Sánchez

Hospital Militar Central - Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, D.C., Colombia
srjohnk@gmail.com , jorgejara007@hotmail.com

Introducción. La traqueostomía percutánea ha demostrado ser un procedimiento seguro y costo-efectivo en varias series de casos presentados por instituciones alrededor del mundo. En Colombia, se viene llevando a cabo de manera rutinaria en centros de nivel superior con los mismos resultados. Es importante reportar la experiencia del Hospital Militar Central para así demostrar que este procedimiento se puede llevar a cabo por manos entrenadas en las unidades de cuidados intensivos de nuestro país.

Objetivo. Describir la experiencia en traqueostomía percutánea, como un procedimiento seguro y eficaz, en las unidades de cuidado crítico del Hospital Militar Central, en el periodo comprendido entre enero de 2009 y mayo de 2012.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio retrospectivo y observacional, con la finalidad de describir la técnica de la traqueostomía percutánea en 160 pacientes admitidos en las unidades de cuidado crítico.

Se describen las características demográficas de la población, los motivos de ingreso a la unidad de cuidados intensivos y la gravedad de la enfermedad, indicaciones, tiempo quirúrgico, las complicaciones presentadas y la técnica utilizada. Todas las traqueostomías fueron practicadas por médicos de I y II nivel de residencia de cirugía general, con la asistencia del cirujano de tórax. Todas se practicaron sin fibrobroncoscopio y en la cama de la unidad de cuidados intensivos.

Resultados. Se reportan 160 traqueostomías percutáneas, en 110 hombres y 50 mujeres, con una edad promedio de 53 años. Las indicaciones para la traqueostomía fueron: 73 % por intubación prolongada, 16 % por enfermedad neurológica y 3 % por disfunción pulmonar. Se obtuvo una tasa de complicación del 0,63 %. En un caso hubo sangrado menor de 50 ml, una fístula traqueo-cutánea y un enfisema subcutáneo por microperforación traqueal. La tasa de mortalidad fue de 43,75 % asociada a la enfermedad y ninguna asociada al procedimiento. La escala de gravedad APACHE II, en promedio, fue de 12. Todas las traqueostomías fueron practicadas por residentes de cirugía general en un tiempo promedio de 9 minutos.

Conclusión. La traqueostomía percutánea es un procedimiento seguro y eficaz, con baja tasa de morbimortalidad, y puede ser practicado por profesionales entrenados en la unidad de cuidados intensivos.

01-100

Traqueostomía percutánea

John Sandoval, Jorge Jara, Carlos Rodríguez, William Sánchez
Hospital Militar Central - Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, D.C., Colombia
jorgejara007@hotmail.com , sanchez.william@cable.net.co

Introducción. La traqueostomía percutánea ha demostrado ser un procedimiento seguro y costo-efectivo en varias series de casos presentados por instituciones alrededor del mundo. En Colombia, se viene llevando a cabo de manera rutinaria en centros de nivel superior con los mismos resultados.

Objetivo. Describir la experiencia con la traqueostomía percutánea en las unidades de cuidado crítico del Hospital Militar Central, en el periodo comprendido entre enero de 2009 y mayo de 2012, con el objetivo de evaluar los resultados y determinar su eficacia y seguridad.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio de tipo retrospectivo y observacional, con la finalidad de describir la técnica de la traqueostomía percutánea en 160 pacientes admitidos en las unidades de cuidado crítico. Se describen las características demográficas de la población, los motivos de ingreso a la unidad de cuidados intensivos y la gravedad de la enfermedad, indicaciones, tiempo quirúrgico, las complicaciones presentadas y la técnica utilizada. Todas las traqueostomías fueron practicadas por médicos de I y II nivel de residencia de cirugía general, con la asistencia del cirujano docente. Todas se hicieron sin fibrobroncoscopio y en la cama de la unidad de cuidados intensivos.

Resultados. Se reportan 160 traqueostomías percutáneas, en 110 hombres y 50 mujeres, con una edad promedio de 53 años. Las indicaciones para la traqueostomía fueron: 73 % por intubación prolongada, 16 % por enfermedad neurológica y 3 % por disfunción pulmonar. Se obtuvo una tasa de complicaciones del 1,8 %, resultado de un caso con sangrado menor de 50 ml, una fístula traqueo-cutánea y un enfisema subcutáneo por fuga traqueal. La tasa de mortalidad global fue de 43,75 %, asociada a la enfermedad de base y ninguna asociada al procedimiento quirúrgico. La escala de gravedad APACHE II, en promedio, fue de 12.

Conclusión. La traqueostomía percutánea es un procedimiento seguro y eficaz con baja tasa de morbimortalidad. La guía fibrobroncoscópica no es indispensable para el éxito del procedimiento. No hay variación en sus buenos resultados, aun siendo efectuado por residentes bajo supervisión docente.

TÓRAX

01-011

Manejo quirúrgico del tórax inestable

Mauricio Velásquez, Andrés Fernando Domínguez
Fundación Valle del Lili - Universidad CES, Cali, Colombia
andrewmedico@hotmail.com , mauriciovelasq@yahoo.com

Introducción. El tórax inestable es una entidad muy compleja con una gran morbimortalidad asociada, que tradicionalmente había sido de manejo médico.

Objetivo. Presentar la experiencia en el 2011 del manejo quirúrgico del tórax inestable en la Fundación Valle del Lili y los buenos resultados que se han obtenido.

Materiales y métodos. Durante el período comprendido entre enero y diciembre de 2011, se llevó a cabo un estudio descriptivo y prospectivo para evaluar los resultados en los pacientes con tórax inestable que se presentaron en la unidad de urgencias de la Fundación Valle del Lili. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años que habían tenido un traumatismo cerrado o abierto de la pared del tórax, con dos o más fracturas costales.

Resultados. Se operaron 8 pacientes (dos mujeres y seis hombres) con edad promedio de 55 años (rango, 33-68). El tiempo quirúrgico promedio fue de 132 minutos. Solo tres pacientes requirieron intubación prequirúrgica, y a todos se les retiró el tubo en las 48 horas del periodo posoperatorio. La estancia hospitalaria promedio fue de 10 días. El dolor mejoró, en promedio, en el tercer día posoperatorio, excepto en un paciente en quien, por su estado neurológico, no fue posible determinar ciertas variables; este fue el único que requirió traqueostomía. Hubo dos complicaciones respiratorias: neumonía y necesidad de oxígeno en casa. El tubo de tórax se dejó en promedio

cinco días. Ningún paciente falleció como consecuencia del traumatismo ni de la cirugía.

Conclusión. En este trabajo se muestra la experiencia inicial con el manejo quirúrgico, que evidenció resultados favorables, pero se requieren estudios con más poder para generalizar los resultados.

01-013

Mortalidad por trauma cardiaco penetrante en un hospital de Bogotá, Colombia: análisis de factores asociados

Andrés Isaza, Dinimo José Bolívar, Marcos Tarazona, Rafael Tovar, María Fernanda Jiménez

Hospital Occidente de Kennedy, ESE - Universidad del Rosario, Bogotá, D.C., Colombia

dinimobolivar@gmail.com , andres.isaza@urosario.edu.co

Introducción. El trauma constituye la segunda causa de muerte en nuestro país. El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia reportó 29.222 necropsias por muerte violenta en el 2010. Hay una mayor frecuencia de agresión con armas corto-punzantes, en contraste con otras series donde predominan las heridas por arma de fuego.

Objetivo. Identificar los factores asociados de mortalidad en pacientes con trauma penetrante de corazón, que ingresaron a las salas de cirugía de un centro de referencia de trauma en Bogotá.

Materiales y métodos. Entre enero de 1999 y octubre de 2009 se llevó a cabo un estudio de asociación de 308 pacientes que ingresaron a cirugía con herida penetrante de corazón. Se excluyeron 68 casos. La serie incluyó 240 pacientes con heridas cardiacas. Se analizaron variables demográficas, clínicas, quirúrgicas y de evolución.

Resultados. El promedio de edad fue de 28 años, principalmente hombres (96 %), con heridas por arma corto-punzante (93 %) y heridas por arma de fuego (7 %). El estado hemodinámico al ingreso (según Ivatury) fue: normal (44 %), choque profundo (34 %), agónico (18 %) y muerte (3 %). El 67 % presentó taponamiento cardiaco. Los grados de lesión cardiaca según la AAST- OIS [*American Association for the Surgery of Trauma (AAST) - Organ Injury Scale (OIS)*] fueron: grado II, 33 %; grado III, 13 %; grado IV, 29 %; grado V, 22 %, y grado VI, 3 %.

La ventana pericárdica fue el método diagnóstico confirmatorio de lesión en 63 % y las incisiones de abordaje quirúrgico fueron la esternotomía (63 %) y la toracotomía antero-lateral (35 %). La mortalidad fue de 15 % (n=36).

Conclusión. El estado hemodinámico al inicio de cirugía, el mecanismo de la lesión y el grado de herida demostraron ser estadísticamente significativos como factores asociados a la mortalidad (p<0,001). La ventana pericárdica subxifoidea favorece la preferencia y los buenos resultados de la esternotomía como vía de abordaje quirúrgico.

01-014

Pericarditis postraumática, reporte de un caso y revisión de la literatura científica

Dinimo José Bolívar, Alberto Roa, Jhon Jairo Celis, Rossi Isabel Quero

Hospital Occidente de Kennedy ESE - Universidad del Rosario, Bogotá, D.C., Colombia

dinimobolivar@gmail.com

Introducción. La pericarditis postraumática es una entidad poco frecuente en heridas cardiacas penetrantes. Se asocia a una elevada mortalidad y puede cursar con taponamiento cardiaco tardío.

Objetivo. Presentar un caso manejado en el Hospital Universitario Occidente de Kennedy y revisar la literatura científica.

Materiales y métodos. Se presenta el caso de un paciente joven con herida cardiaca penetrante llevado a toracotomía, que presentó pericarditis postraumática en el posoperatorio. Se revisa el tema.

Resultados. Se presenta un paciente joven herido con arma corto-punzante en la región precordial, que fue sometido a toracotomía antero-lateral izquierda. En el posoperatorio presentó síndrome respuesta inflamatoria sistémica (SIRS), dolor torácico, dificultad respiratoria y ausencia de ruidos cardiacos. Ante el deterioro clínico, se practicó toracotomía limitada izquierda y se encontró el pericardio muy engrosado con efecto constrictivo. Se practicó pericardiectomía. La histopatología confirmó el diagnóstico.

Conclusión. Esta es una enfermedad muy poco frecuente, con una mortalidad que puede ser elevada si el diagnóstico no es temprano. La pericardiectomía abierta, con antibióticos y corticoides, es el tratamiento de elección.

01-024

Metaanálisis sobre la succión versus el sello de agua para el neumotórax posterior a resección pulmonar

Mauricio Prieto, Álvaro Sanabria

Universidad de la Sabana, Bogotá, D.C., Colombia

viejo_mau@yahoo.com

Introducción. El uso de la succión es parte de la práctica médica en el manejo del neumotórax posterior a cirugía pulmonar, ya que permite una forma más rápida de eliminarlo al hacer aposición pleural con el fin de lograr el cierre temprano de la fuga aérea posoperatoria. En nuestra práctica hemos observado que los pacientes con el sello de agua tienen un resultado posoperatorio igual o mejor, por lo que quisimos establecer cuál es la mejor para nuestros pacientes.

Objetivo. Determinar si la succión activa es mejor que el sello de agua para la resolución de la fuga aérea posoperatoria y si también lo es para permitir el retiro más rápido del tubo de tórax y disminuir el tiempo de estancia hospitalaria.

Materiales y métodos. Se hizo una revisión sistemática y un metaanálisis utilizando los experimentos controlados de asignación aleatoria publicados que comparan la succión activa con el sello de agua para el manejo posoperatorio de la fuga aérea posterior a la cirugía pulmonar. En la búsqueda se usaron las palabras clave *suction, water seal, chest tube, lung resection and management*. Se evaluó la calidad de los estudios usando las recomendaciones de la colaboración Cochrane. Para el análisis estadístico se usó el programa *RevMan* para evaluar los resultados: fuga aérea, tiempo de hospitalización y tiempo para el retiro del tubo.

Resultados. Se incluyeron siete estudios. Se encontró un OR de 0,85 (IC_{95%} 0,44-1,63) para la fuga aérea, con lo que se estableció que no había diferencias entre los grupos.

Respecto al tiempo de toracostomía se encontró una diferencia de medias de 1,15 (IC_{95%} 0,22 – 2,08) favoreciendo el desenlace para el grupo de sello de agua.

Para el tiempo de hospitalización encontramos diferencia de medias de 2,28 (IC 95% 1,65 – 2,91) Favoreciendo al grupo de sello de agua.

Conclusión. En el presente estudio encontramos que el uso de la succión no favorece la resolución de la fuga aérea de manera temprana al compararla con el sello de agua y vimos que el tiempo al retiro del tubo y el alta hospitalaria era menor para el grupo de sello de agua.

01-035

Manejo nutricional en fístula del conducto torácico

Mauricio Chona, Diego Augusto Arboleda, Juan Guillermo Ramos, Lina María López, Angélica María Pérez, Jorge Isaac
Clínica Universitaria Colombia - Fundación Universitaria Sanitas, Bogotá, D.C., Colombia
juan.surg@gmail.com

Introducción. La fístula del conducto torácico es la salida de quilo a la cavidad pleural o al exterior del cuello a través de una solución de continuidad del mismo. Las causas más frecuentes son daño del conducto en cirugía torácica o cervical, enfermedad tumoral, trauma, o puede ser secundario a algunos procedimientos invasivos de tipo vascular. Esta fístula puede derivar en múltiples enfermedades concomitantes y llegar a comprometer la vida del paciente. No existe en la actualidad un consenso unificado para su manejo.

Objetivo. Describir el manejo nutricional de los pacientes con diagnóstico de fístula del conducto torácico.

Materiales y métodos. Todos los pacientes recibieron como manejo médico, restricción de grasas en la dieta, fórmula de triglicéridos de cadena media y complemento de proteínas y carbohidratos en módulos, según la necesidad nutricional.

El promedio de días de drenaje fue de 15,5, con un drenaje promedio de 570 ml diarios. Tres pacientes se manejaron con toracosopia y pleurodesis, como manejo inicial, con resultado insatisfactorio, y dos pacientes se manejaron con soporte nutricional entérico con el esquema propuesto desde el momento del diagnóstico. Finalmente, todos los pacientes tuvieron resolución total del cuadro clínico con el soporte entérico.

Conclusión. El soporte nutricional entérico basado en formulas de triglicéridos de cadena media, restricción de otro tipo de lípidos y adecuación de una dieta balanceada y completa con aporte de carbohidratos y proteínas que cubran la necesidad del paciente, es una alternativa terapéutica al uso de la nutrición parenteral.

01-053

Ultrasonido y procedimientos en tórax, revisión basada en la “evidencia”

Leonardo Ballestas, Mauricio Velásquez
Universidad del Valle, Cali, Colombia
leoballestas@yahoo.com

Introducción. Los derrames pleurales afectan a casi 1,5 millones de personas cada año en los Estados Unidos. En nuestra práctica clínica, la toracentesis (aspiración pleural) y la inserción de drenajes torácicos pueden ser necesarias en muchos casos distintos y con una gran variedad de indicaciones clínicas. Con este tipo de procedimientos, se puede remover aire, sangre, pus o cualquier otro fluido de la cavidad pleural. A pesar de la mejoría en las técnicas de estos procedimientos, se continúan reportando complicaciones, que pueden ser desde leves hasta graves, incluyendo la muerte.

Objetivo. Determinar si el ultrasonido de tórax puede mejorar el éxito y disminuir la tasa de complicaciones de los procedimientos pleurales.

Materiales y métodos. Se hizo una búsqueda de la información existente en las bases de datos Medline, Embase, Cochrane, Tripdatabase y SciELO, con las siguientes palabras clave: *thoracentesis, pleural aspiration, pleural procedures, thoracic ultrasound y insert chest drains.*

Resultados. En la búsqueda se obtuvieron, sobre toracentesis, una revisión sistemática y metanálisis, un ensayo clínico controlado, seis estudios descriptivos y una guía de manejo (basada en la evidencia); y, sobre inserción de drenajes torácicos, se obtuvieron seis estudios descriptivos y una guía de manejo (basada en la evidencia).

Conclusión. Después de esta revisión queda claro que, a la luz de la información disponible, por seguridad del paciente los procedimientos torácicos se deben practicar bajo guía ecográfica. Sin embargo, debido a la disponibilidad limitada de este recurso en nuestras instituciones, se debe capacitar a todos aquellos que puedan necesitar practicar este procedimiento, para disminuir las complicaciones.

01-063

Neumotórax catamenial, reporte de cinco casos

Carlos Saldarriaga, Luis Bolívar, Lina Giraldo, Diana García, María Correa, Juan Wolf, Ricardo Londoño
Clínica Cardiovascular - Congregación Mariana, Medellín, Colombia
linamgiraldo@gmail.com

Introducción. Las manifestaciones clínicas de la endometriosis torácica son raras y la principal presentación es la del neumotórax catamenial. Hay múltiples teorías de la fisiopatología y la de las porosidades del diafragma se han postulado como una de las más aceptadas.

Objetivo. Presentar cinco casos de pacientes con neumotórax catamenial, con revisión de la literatura científica, enfoque y manejo actual.

Materiales y métodos. Se revisaron los casos de los pacientes con neumotórax catamenial entre enero de 2004 y abril de 2012, evaluándose la presencia o no de endometriosis pélvica concomitante, los síntomas manifestados, los estudios realizados, la presencia de episodios previos de neumotórax, los hallazgos en cirugía, la técnica quirúrgica utilizada y el éxito del tratamiento.

Resultados. En los cinco casos se encontró una edad promedio de 34 años; los principales síntomas fueron disnea y dolor torácico. Las pacientes habían tenido entre uno y tres episodios previos de neumotórax. En todos los casos se encontró un diafragma poroso como la causa del neumotórax y se manejaron con cierre de defectos diafragmáticos y colocación de malla por video-toracosopia.

Conclusión. El neumotórax catamenial es una enfermedad poco común con tendencia a la recurrencia si no se maneja adecuadamente. El cierre de los defectos diafragmáticos con la colocación de malla por video-toracosopia es una técnica segura y exitosa para el tratamiento de esta enfermedad.

01-078

Seguridad del retiro del tubo de tórax en asistencia respiratoria mecánica en la unidad de cuidados intensivos

Luis Sanabria, Enrico Silva, Dolly Castro
Hospital Universitario de Neiva - Universidad Surcolombiana Neiva,

Neiva, Colombia
ensipe79@hotmail.com

Introducción. La toracostomía cerrada es un procedimiento común en cirugía general. Hubo 240 en el periodo 2011-2012 en el Hospital Universitario de Neiva. En la literatura científica se reportan complicaciones entre 3 y 36 %. Se discute la seguridad del retiro del tubo en pacientes con asistencia respiratoria mecánica en la unidad de cuidados intensivos, con muy pocos informes al respecto. El presente trabajo buscaba establecer si es seguro el retiro del tubo de tórax en pacientes con asistencia respiratoria mecánica o si este hecho aumenta la incidencia de complicaciones.

Objetivo. Determinar la seguridad en el retiro de toracostomías cerradas y establecer la incidencia de neumotórax o derrames pleurales residuales posteriores.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio observacional prospectivo con 37 pacientes que cumplían los criterios de inclusión, entre el 2011 y el 2012. Se conformaron dos grupos, uno con toracostomía cerrada por derrame pleural o neumotórax secundario a enfermedades generales, y otro grupo con toracostomía por trauma, los cuales se analizaron comparativamente. Para el retiro del tubo de tórax, se tuvieron en cuenta las mismas indicaciones que en los pacientes sin asistencia respiratoria mecánica. Se obtuvieron relaciones de causalidad con valor de la p, test de Kruskal-Wallis y ji al cuadrado con corrección de Yates.

Resultados. El promedio de edad fue de 47,5 años y 78,4 % eran hombres. Hubo 70,3 % en el grupo de toracostomías por trauma y 29,7% por enfermedad general. No se encontraron diferencias en complicaciones, derrames o neumotórax residual en los dos grupos. En ningún caso fue necesario volver a colocar el tubo de tórax o reintervenir al paciente. Se encontró significancia estadística entre el número de días con asistencia respiratoria mecánica al retiro del tubo toracostomía en los pacientes que presentaron colecciones residuales y los que no lo hicieron ($p=0,001$).

Conclusión. El retiro del tubo de tórax con asistencia respiratoria mecánica es seguro en esta serie de pacientes. Los parámetros respiratorios no tienen relación con la aparición o ausencia de neumotórax o colecciones líquidas residuales, después del retiro del tubo de tórax. A más días de asistencia respiratoria mecánica y tiempo de instalación del sistema de drenaje torácico, se encontró mayor incidencia de colecciones residuales que no requirieron una nueva toracostomía.

HÍGADO, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

01-017

Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica terapéutica para coledocolitiasis en pacientes ancianos: ¿hay mayor riesgo de complicaciones?

Viviana Parra, María Andrea Medina, Margarita Huertas, Douglas Ortiz, Johnny Beltrán

Hospital Universitario Clínica San Rafael - Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, D.C., Colombia
vivi_850@hotmail.com

Introducción. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es un procedimiento mínimamente invasivo, eficaz y rápido, por lo cual se ha establecido como el método de elección para el tratamiento de la coledocolitiasis. Se reserva para pacientes con coledocolitiasis confirmada o de alta probabilidad, debido a su alta

tasa de complicaciones. Los pacientes geriátricos son una población en crecimiento que, con frecuencia, requieren de este procedimiento. Teniendo en cuenta las enfermedades concomitantes, en algunos estudios se considera la edad avanzada como un factor de alto riesgo para este procedimiento.

Objetivo. Evaluar la existencia de una mayor tasa de complicaciones posterior a la realización de la CPRE en pacientes ancianos en el Hospital Universitario Clínica San Rafael.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo en el cual se revisaron las historias de 100 pacientes que fueron sometidos a CPRE, entre septiembre de 2010 y abril de 2011, por presentar alta probabilidad o confirmación de coledocolitiasis. Se registraron las condiciones clínicas que hicieron necesario el procedimiento y las complicaciones que se presentaron, relacionadas con el procedimiento,

Resultados. Se incluyeron en el estudio 100 pacientes; 49 % mujeres y 51 % hombres, de los cuales, ocho (8 %) presentaron alguna complicación. Las complicaciones más frecuentes fueron hemorragia posterior a papilotomía (3 %) y pancreatitis (3 %), perforación duodenal (1 %) y muerte (1 %). No hubo una diferencia estadísticamente significativa entre la edad de los pacientes con complicaciones y la de aquellos no complicados ($52,37 \pm 22,50$ Vs. $55,13 \pm 18,93$; t de Student=0,69).

Conclusión. No se pudo demostrar una asociación estadísticamente significativa entre pertenecer al cuartil de pacientes de mayor edad (>72 años) y el hecho de presentar alguna complicación posterior a la CPRE ($\chi^2=0,383$).

01-021

Elección de la colecistectomía laparoscópica por incisión única

Nubia Prada, Fernando Arias, Natalia Cortés, Virginia Cuevas

Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C., Colombia
nubialisa@gmail.com, fernando.ariasmd@gmail.com

Introducción. La cirugía laparoscópica por incisión única es una modalidad de la cirugía de invasión mínima que busca disminuir el trauma quirúrgico con una sola incisión, alcanzando el ideal de la cirugía sin cicatrices. No se conocen los factores determinantes de la elección de esta técnica frente a la convencional.

Objetivo. Evaluar en la Fundación Santa Fe de Bogotá los factores determinantes en la colecistectomía laparoscópica para elegir la técnica convencional y no aquella por único puerto.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio de casos y controles que incluye los pacientes operados entre julio de 2008 y julio de 2011. Se hizo un análisis descriptivo en cada grupo y se usó el OR para el análisis de riesgo; posteriormente, se hizo un modelo de regresión.

Resultados. Se incluyeron 141 pacientes, correspondientes a 73 casos y 68 controles. Los factores asociados a la elección de la técnica convencional fueron el ingreso por urgencias, la presencia de enfermedades concomitantes al ingreso y la obesidad. No se logró demostrar asociación significativa con otros factores.

Conclusión. El principal factor determinante de la elección de la técnica convencional fue la presencia de enfermedades concomitantes, seguido del ingreso urgente a cirugía y la obesidad. Es necesario diseñar un estudio prospectivo de asignación aleatoria para demostrar las ventajas del procedimiento nuevo en los diferentes resultados quirúrgicos.

01-081**Alanino-aminotransferasa y pancreatitis aguda de origen biliar**

Guillermo Aldana, Juan Lleras, Fanny Acero, Manuel Pabón
Hospital de San José de Bogotá, Bogotá, D.C., Colombia
galdana@hospitaldesanjose.org.co

Introducción. La pancreatitis aguda es una enfermedad de alta prevalencia e impacto socioeconómico. En nuestro medio, la causa principal es la enfermedad biliar. El método de referencia para establecer la etiología biliar es la ecoendoscópica, que no siempre se encuentra disponible dado su alto costo; esto ha motivado la búsqueda de estudios diagnósticos. Los niveles de alanino-aminotransferasa (ALT) mayores de 150 UI/L se han relacionado con enfermedad obstructiva de la vía biliar. Sin embargo, se desconoce la especificidad y sensibilidad de esta prueba en nuestra población.

Objetivo. Determinar las características operativas de la ALT para diagnosticar el origen biliar en la pancreatitis aguda.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio de corte transversal, llevado a cabo en el Hospital de San José de Bogotá. Se incluyeron los pacientes que ingresaron con diagnóstico de pancreatitis aguda en un periodo de año y medio. Se analizaron los datos socio-demográficos, clínicos, de laboratorio e imaginológicos, los hallazgos intraoperatorios y el diagnóstico etiológico definitivo.

Resultados. Se analizaron 106 pacientes. Se estableció por análisis ROC que los niveles de ALT mayores de 74 UI/L fueron más sensibles y específicos en nuestra población, en comparación con los de 150 UI/L. Se encontró la relación de ALT mayor de 74 UI/L con hiperbilirrubinemia, ictericia y hallazgos ecográficos indicativos de causa biliar. Se encontró relación directa entre pancreatitis aguda biliar y ALT mayor de 74 UI/L, con $p < 0,001$.

Conclusión. Existe significancia estadística para ALT mayor de 74 UI/L asociada a otros factores predictores clínicos, como la ictericia y los niveles elevados de bilirrubinas, y hallazgos ecográficos sugestivos de origen biliar, así como con la etiología biliar.

01-082**Colecistectomía por puerto único versus colecistectomía por dos puertos, a propósito de 80 casos**

Guillermo Aldana, Hedda Uribe, Juan Villate
Hospital de San José de Bogotá, Bogotá, D.C., Colombia
galdana@hospitaldesanjose.org.co

Introducción. La cirugía laparoscópica por puerto único ha surgido como otra modalidad de cirugía mínimamente invasiva. Las técnicas tradicionales de colecistectomía laparoscópica utilizan tres o cuatro puertos. Técnicas cada vez “menos invasivas” surgen día a día. La colecistectomía por dos puertos es otra modalidad de cirugía mínimamente invasiva.

Objetivo. Presentar una serie de 80 pacientes con diagnóstico de coledolitiasis. Se trata de un trabajo prospectivo y descriptivo sobre cirugía laparoscópica por puerto único o colecistectomía por dos puertos, en el Hospital San José de Bogotá.

Materiales y métodos. Se seleccionaron 80 pacientes para llevar a cabo este procedimiento, 50 por puerto único y 30 por dos puertos. Se incluye la descripción demográfica, análisis de IMC, indicaciones, tecnología utilizada para los diferentes accesos, tiempo quirúrgico, instrumental utilizado y evolución posoperatoria de los pacientes.

Resultados. Se hizo el análisis comparativo de resultados en relación con tiempo quirúrgico, complicaciones, resultados estéticos y dolor posoperatorio temprano, y el análisis de costos entre los dos procedimientos.

Conclusión. La cirugía laparoscópica cada vez “menos invasiva” requiere el desarrollo de destrezas adicionales, experiencia previa en cirugía laparoscópica y adecuada selección de los pacientes. Se requieren curvas de aprendizaje más exigentes y el uso de tecnologías disponibles para mejorar o, por lo menos, mantener la tendencia de los resultados ya establecidos con técnicas tradicionales laparoscópicas.

01-083**Colecistectomía por puerto único, a propósito de 50 casos**

Guillermo Aldana, Juan Villate, Fanny Acero
Hospital de San José de Bogotá, Bogotá, D.C., Colombia
galdana@hospitaldesanjose.org.co

Introducción. La cirugía laparoscópica por puerto único ha surgido como otra modalidad de cirugía mínimamente invasiva. Es necesario desarrollar nuevas destrezas y tecnologías para llevar a cabo este procedimiento.

Objetivo. Presentar una serie de 50 pacientes con diagnóstico de coledolitiasis. Se llevó a cabo un trabajo prospectivo y descriptivo sobre cirugía laparoscópica por puerto único en el Hospital San José de Bogotá, por el mismo cirujano.

Materiales y métodos. Se seleccionaron 50 pacientes para llevar a cabo este procedimiento. Se hace descripción demográfica, análisis de IMC, indicaciones, tecnología utilizada para el acceso (SILS® Vs. Gelport®), tiempo quirúrgico, instrumental utilizado y evolución posoperatoria de los pacientes.

Resultados. Se analizaron los resultados en relación con tiempo quirúrgico, complicaciones, resultados estéticos y dolor posoperatorio temprano.

Conclusión. La cirugía por puerto único hace parte del arsenal quirúrgico disponible en nuestro país. Requiere el desarrollo de destrezas adicionales, experiencia previa en cirugía laparoscópica, adecuada selección de los pacientes en los casos iniciales y cumplir todos los preceptos de seguridad quirúrgica, aplicables en cirugía laparoscópica y abierta.

01-086**Pancreatectomía distal laparoscópica por lesiones quísticas**

Guillermo Aldana, Fanny Acero, Paola Muñoz
Hospital de San José de Bogotá, Bogotá, D.C., Colombia
galdana@hospitaldesanjose.org.co

Introducción. Las lesiones quísticas pancreáticas son un hallazgo incidental cada vez más frecuente en los servicios de cirugía general. El enfoque diagnóstico y terapéutico acertado es fundamental para el adecuado manejo de estos pacientes que suelen ser jóvenes.

Objetivo. Presentar una serie de casos de pacientes sometidos a pancreatectomía laparoscópica distal (con preservación esplénica o sin ella), analizando indicaciones, enfoque diagnóstico y tratamiento quirúrgico.

Materiales y métodos. Se analiza técnica quirúrgica empleada, tiempos quirúrgicos, análisis de complicaciones y discusión de los algoritmos actuales en relación con el manejo de esta enfermedad.

Resultados. La cirugía mínimamente invasiva pancreática permite el tratamiento de las lesiones quísticas pancreáticas, adecuadamente evaluadas con resultados favorables para los pacientes. Se presentan cuatro pacientes sometidos a cirugía y los algoritmos actuales de manejo de este tipo de lesiones.

Conclusión. La pancreatectomía laparoscópica es un procedimiento útil en el manejo de lesiones quísticas, en pacientes adecuadamente seleccionados.

01-087

Reconstrucción de vías biliares posterior a lesión operatoria, serie personal de 28 casos

Guillermo Aldana, Luis Martínez, Fanny Acero, Juan Molina
Hospital de San José de Bogotá, Bogotá, D.C., Colombia
galdana@hospitaldesanjose.org.co

Introducción. La lesión de las vías biliares posterior a laparoscopia o cirugía abierta, ha presentado un aumento progresivo en su incidencia, en especial, en relación con la primera. Suelen ser lesiones de mayor complejidad, en asocio con lesión vascular biliar inadvertida, que ensombrecen el pronóstico temprano y a largo plazo de estos enfermos.

Objetivo. Presentar una serie personal de 28 pacientes que presentaban lesiones de la vía biliar durante cirugía abierta o laparoscópica, remitidos al Hospital de San José para su manejo, y describir la experiencia y los resultados.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio descriptivo, de cohorte y retrospectivo, sobre pacientes intervenidos por el mismo cirujano, sometidos a reconstrucción de la vía biliar por lesiones quirúrgicas.

Resultados. Se incluyeron 28 pacientes, con antecedentes de colecistectomía (abierta o laparoscópica). Se hicieron análisis demográficos en relación con grupos etarios, morbilidad preoperatoria, tiempo al diagnóstico, técnica quirúrgica y morbilidad o mortalidad posoperatorias.

Conclusión. La lesión benigna de las vías biliares tiene un comportamiento similar al presentado en otras series latinoamericanas en relación con el tipo de presentación y las tasas de morbimortalidad presentadas en esta serie personal.

01-089

Colecistectomía laparoscópica de urgencia en colecistitis aguda en un servicio de cirugía general

Guillermo Aldana, Milena Socarrás, Julián Tinoco, Juan Villate
Hospital de San José de Bogotá, Bogotá, D.C., Colombia
galdana@hospitaldesanjose.org.co

Introducción. La enfermedad biliar es la causa más común de todas las abdominales por la que los pacientes son admitidos al hospital en países desarrollados. La prevalencia de coledocistitis aumenta con la edad. La seguridad y costo-efectividad del tratamiento para la enfermedad de la vesícula biliar es de gran importancia para la salud pública. Sin embargo, el tratamiento quirúrgico ha evolucionado y disminuido la tasa de complicaciones, las molestias posoperatorias la estancia hospitalaria y los días de recuperación, entre otros. En el Hospital de San José se practican, aproximadamente, 1.000 procedimientos laparoscópicos de la vesícula y vía biliar anualmente y, aproximadamente, el 50 % son procedimientos de urgencia.

Objetivo. Describir la experiencia en el manejo laparoscópico de la colecistitis aguda en el Hospital de San José, en el periodo comprendido entre enero de 2010 y enero de 2011.

Materiales y métodos. Se trata de una serie de casos de colecistectomía laparoscópica. Se revisaron las variables clínicas y de laboratorio, y tiempos de evolución clínica, en ser llevado a cirugía y del acto quirúrgico; además, la relación de conversión con el entrenamiento quirúrgico.

Resultados. Se incluyeron 279 pacientes, 182 (65,2 %) mujeres y 97 (34,7 %) hombres; la mediana de edad fue 43 (rango intercuartílico: 33-56) años. En el tiempo de evolución, la mediana de dos días (rango intercuartílico: 1-4). La coledocistitis fue el hallazgo intraoperatorio más frecuente, en promedio, 200 (71,7 %), seguido por la colecistitis aguda, con 150 (53,7 %) casos. La mayoría de procedimientos quirúrgicos fueron practicados por cirujanos de planta (177 casos, 63,4 %) y se utilizó la técnica abierta de inserción de trocares en un promedio de 254 (91 %). La necesidad de conversión fue de 26 (9,3 %) y solo se presentó una muerte (0,3 %) en el posoperatorio temprano.

Conclusión. Los pacientes con enfermedad vesicular manejados en esta institución tienen características clínicas similares a las reportadas en la literatura científica. La coledocistitis y la colecistitis aguda fueron el hallazgo más frecuente.

01-093

Colecistectomía laparoscópica por monopuerto, primeros 40 casos

Henry Martínez
Hospital Universitario de La Samaritana - Clínica Infantil Colsubsidio - Clínica Palermo, Bogotá, D.C., Colombia
hmartinezb@hotmail.com

Introducción. La cirugía laparoscópica por único puerto se ha ido desarrollando rápidamente y se ha convertido en una adecuada alternativa en pacientes seleccionados.

Objetivo. Delimitar los alcances, beneficios y seguridad, de la colecistectomía laparoscópica por único puerto.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio observacional, prospectivo y descriptivo, de una serie de casos de coledocistitis sin colecistitis, con IMC de menos de 30 %, sometidos a colecistectomía laparoscópica por único puerto en la Clínica Infantil Colsubsidio, el Hospital Universitario de la Samaritana o la Clínica Palermo, utilizando diversos dispositivos para este fin, pero en su mayoría con el uso del retractor *Alexis*®. En la mayoría de los casos se utilizó el instrumental convencional y lente de 0 grados. El estudio se llevó a cabo en el período comprendido entre marzo 2010 y marzo de 2012, en 40 pacientes.

Resultados. En un periodo de dos años se practicaron, en forma secuencial prospectiva, 40 colecistectomías por laparoscopia por único puerto en pacientes seleccionados. El tiempo operatorio fue ligeramente mayor al del procedimiento convencional, hubo dos conversiones a un puerto adicional y ninguna a tres o cuatro puertos. No se presentaron complicaciones. El 90 % de los casos fueron ambulatorios y el nivel de satisfacción de los pacientes osciló entre 8 y 10/10.

Conclusión. La colecistectomía laparoscópica por único puerto es una muy buena alternativa en pacientes seleccionados. Es segura y

ofrece excelentes resultados estéticos. No depende de una tecnología diferente a la convencional, pero sí exige un buen nivel de entrenamiento por parte del cirujano que la ejecuta.

01-095

Factores de gravedad y escalas de pronóstico en pancreatitis por hipertrigliceridemia

Felipe Bernal, Arturo Vergara

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

Introducción. La pancreatitis aguda es un problema de salud importante. Se estiman más de 330.000 hospitalizaciones al año en los Estados Unidos por esta causa. Su evolución puede ser de leve a grave. De 10 a 20 % de los casos desarrollan respuesta inflamatoria sistémica, falla multiorgánica o necrosis de la glándula, lo que conlleva a una hospitalización prolongada y aumento de la morbimortalidad.

En Colombia, la principal causa de mortalidad, al igual que en los países desarrollados, es la enfermedad cardiovascular, comprendida por el síndrome metabólico (hipertensión arterial sistémica, obesidad y dislipidemia). Existe una alta probabilidad de que en un medio como el nuestro, donde la obesidad, el sedentarismo y las dislipidemias están presentes en un gran porcentaje de la población, los pacientes no controlados y con cifras de triglicéridos elevadas tengan un mayor riesgo de desarrollar pancreatitis.

Objetivo. Evaluar si existe correlación de los niveles de triglicéridos, con la gravedad y el pronóstico de la pancreatitis por hipertrigliceridemia; además, establecer las principales características clínicas y antecedentes patológicos, y evaluar los valores séricos de PCR, perfil hepático, electrolitos y función renal, como posibles factores asociados.

Materiales y métodos. La población de referencia del estudio la conformaron pacientes con pancreatitis aguda por hipertrigliceridemia, hospitalizados en los servicios de cirugía general o gastroenterología del Hospital Universitario Fundación Santa Fe, teniendo en cuenta los niveles de amilasa, triglicéridos, y además, haber descartado otra causa de inflamación. Los pacientes fueron tratados en los servicios de urgencias, hospitalización y unidad de cuidados intensivos, en el periodo comprendido entre 1992 y 2011.

Resultados. Se encontró una media de 2.407 mg/dl (DE=2.323) en los niveles de triglicéridos. Mediante las escalas de gravedad, fisiológicas e imaginológicas, se determinó para criterios de Ranson una distribución de 50% para leve y grave, y un promedio dentro de su valor nominal de 2,56 (DE=1,59). Según la APACHE II, el 62,5 % fue leve y el 37,5 % fue grave, con un promedio dentro de su valor nominal de 7,38 (DE=4,92). El índice por tomografía axial abdominal, según la clasificación de Baltazar de a, b, c, d y e, los porcentajes fueron 0 %, 30,7 %, 46,1 %, 7,6 % y 15,3 %, respectivamente.

Conclusión. No se encontró relación entre los niveles de triglicéridos y la gravedad o la progresión de esta enfermedad. La gravedad de la pancreatitis por hipertrigliceridemia fue similar a la de la enfermedad por otras causas. No se encontró una correlación directa entre los resultados serológicos y los antecedentes patológicos, con los niveles de triglicéridos y la gravedad De la condición.

01-096

Pancreatomecía central y enucleación, indicaciones y resultados

Óscar Guevara, María Manrique, Óscar Barrera, Ricardo Oliveros, René Escobar, Juliana Rendón, Juan Guardo, Carlos Zapata
Universidad Nacional de Colombia - Instituto Nacional de Cancerología - Hospital La Samaritana, Bogotá, D.C., Colombia
oaguevarac@yahoo.com

Introducción. La diabetes mellitus y la insuficiencia pancreática exocrina son dos secuelas que pueden presentarse después de resecciones del páncreas, especialmente, en las cefálicas y en las distales. Hay una tendencia a preservar más parénquima cuando se resecan lesiones benignas o limítrofes.

Objetivo. Comparar los resultados a corto plazo de las resecciones preservadoras de parénquima con las pancreatomecías distales en una institución de tercer nivel.

Materiales y métodos. Se obtuvieron los registros de las resecciones pancreáticas realizadas en las instituciones, entre febrero de 2009 y abril de 2012, clasificándolas en dos grupos: A, preservadoras de parénquima (centrales y enucleaciones), y B, distales. Se registraron las complicaciones intrahospitalarias y la mortalidad a 30 y 90 días.

Resultados. En el período mencionado, se practicaron 9 cirugías preservadoras del parénquima (5 centrales y 4 enucleaciones) y 9 pancreatomecías distales. Las edades medianas fueron de 49 y 53 años, respectivamente. En el grupo A la principal indicación fueron tumores neuroendocrinos, mientras que en el B fueron cistadenomas. Se presentaron fístulas pancreáticas en 4 y 6 casos respectivamente, pero de grado B solamente en un caso de cada grupo y ninguna de grado C. Las medianas de hospitalización fueron de 9 y 11 días, respectivamente. No hubo mortalidad en ninguno de los grupos a 30 y 90 días.

Conclusión. En las instituciones, las cirugías preservadoras del parénquima tienen resultados a corto plazo, al menos similares a los de las pancreatomecías distales, pero una tendencia a menor tiempo de hospitalización.

01-097

Resecciones del páncreas: clasificación y manejo de las complicaciones mayores

Óscar Guevara, Mario Abadía, Óscar Barrera, Ricardo Oliveros, Mario Rey, María Manrique, Nadim Abisambra, Raúl Pinilla, Jairo Ospina

Universidad Nacional de Colombia - Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C., Colombia
oaguevarac@yahoo.com

Introducción. Un grupo de estudio internacional de la cirugía pancreática (*International Study Group of Pancreatic Surgery, ISGPS*) ha introducido las definiciones y graduación (A, B y C) de tres complicaciones posoperatorias.

Objetivo. Evaluar el impacto de las clasificaciones de fístula pancreática, vaciamiento gástrico retardado y hemorragia posterior a pancreatomecía en el tiempo de hospitalización.

Materiales y métodos. Se llevó a cabo un estudio de tipo cohorte retrospectiva en una institución de tercer nivel, de los pacientes con resección del páncreas, entre febrero de 2009 y abril de 2012. Se

registraron las variables antes, durante y después de la cirugía, y para las complicaciones posoperatorias se utilizaron las clasificaciones del ISGPS. Se comparó el tiempo de hospitalización posoperatoria con la presencia de alguna de las tres complicaciones (prueba U de Mann-Whitney).

Resultados. En 52 resecciones del páncreas hubo 34 pancreatoduodenectomías, 9 distales, 5 centrales y 4 enucleaciones. La edad mediana fue 60 años (rango intercuartílico: 47-65), 46 % del sexo femenino. Hubo tumor neuroendocrino (23 %), carcinoma de ampolla (21 %), de páncreas (17 %) y de duodeno (9 %). Se presentó fístula pancreática de grado A (subclínica) en 21 %, y de grado B-C, en 7,6 %. Hubo vaciamiento gástrico retardado de grado A en 3,8 %, y de grado B-C, en 21,1 %, y hemorragia de grado A en 1,9 %, y de grado B-C en 3,8 %. El 25 % de los pacientes tuvo una hospitalización de 10 o menos días. Las medianas de hospitalización en pacientes sin complicaciones, con grado A y con grado B-C fueron de 10,5, 12 (p: 0,43) y 22 (p: 0,008) días, respectivamente.

Conclusión. La clasificación internacional de las complicaciones permite establecer un diagnóstico temprano y estratifica los pacientes para un adecuado manejo. En la población estudiada, las de grado A no prolongaron la hospitalización, pero sí las de grado B y C.

01-099

Hepatitis, manejo quirúrgico

Andrés Falla, Jorge Gutiérrez, Gabriel Herrera, William Sánchez
Hospital Militar Central, Bogotá, D.C., Colombia
sanchez.william@cablenet.co

Introducción. La hepatitis se define como la presencia de cálculos dentro de la vía biliar intrahepática. Es una entidad con alta incidencia en los países orientales (22 %), no así en nuestro medio, donde se calcula en alrededor de 1 a 1,5 %. Tiene un espectro variable en su presentación clínica, desde el dolor crónico, pasando por la colangitis recidivante hasta la atrofia y falla hepática por colestasis e, incluso, la formación de colangiocarcinoma.

Objetivo. Se describen tres casos de hepatitis, dos fueron manejados con hepatectomía izquierda y el otro mediante endoscopia a través del asa de Chang.

Materiales y métodos. Se evaluaron las historias clínicas de los tres pacientes y se compararon los resultados con lo reportado en la literatura científica, en Medline y Pubmed, usando como palabras clave "hepatitis" y "litiasis intrahepática".

Resultados. Caso 1. Era el de una mujer de 51 años con dolor abdominal en hipocondrio derecho, colangitis recidivante con fiebre e ictericia, sometida a colecistectomía abierta más colocación de sonda en T, en otra institución. Se practicó hepatectomía izquierda y exploración biliar desde la vía intrahepática izquierda hacia la común, con extracción de todos los cálculos.

Caso 2. Se trató de un hombre de 37 años con colecistectomía practicada en otra institución, que ingresó con ictericia sin colangitis. Se practicó segmentectomía II-III y exploración de la vía biliar, con extracción de cálculos del conducto hepático común.

Caso 3. El de una mujer de 56 años, con diagnóstico de lesión de vía biliar Strasberg E, hecho en otra institución. Se reconstruyó con hepato-yeyunostomía con técnica de Dahl e hizo estenosis de la anastomosis. Ingresó con los cinco síntomas de Reynolds y se

practicó derivación transparieto-hepática y, una vez recuperada la función hepática, se operó y la reconstrucción se convirtió a técnica de Chang y, posteriormente, se manejó la litiasis intrahepática con dilatación de la estenosis bilioentérica y extracción de los cálculos por endoscopia.

Conclusión. No existe consenso sobre el estudio de elección para el diagnóstico de hepatitis. Si bien se reconoce a la colangiografía como el estudio ideal de la vía biliar, algunas series muestran la utilidad de la ecografía y la tomografía axial. El objetivo terapéutico es extraer los cálculos, evitar la estenosis, y prevenir las recidivas y, por ende, la cirrosis y el colangiocarcinoma. El abordaje inicial debe ser endoscópico o percutáneo. La aproximación quirúrgica se reserva para la falla del procedimiento mínimamente invasivo, la presencia de atrofia hepática, la colangitis a repetición y profilaxis o la sospecha de colangiocarcinoma. Las posibilidades quirúrgicas son múltiples y abarcan desde la colocación de un tubo en T, pasando por la hepato-yeyunostomía hasta la hepatectomía.

GASTROINTESTINAL

01-003

Prevalencia y seriedad de las lesiones precursoras de neoplasia maligna en menores de 40 años, en una zona de alto riesgo de cáncer gástrico, Pasto - 2011

Álvaro Bedoya, Fernando Sanzón, Angie Cárdenas, Julieth Urbano, Nathaly Sarasty, Lorena Chamorro

Centro de Investigaciones de Enfermedades Digestivas, Centro Hospital La Rosa, Pasto, Colombia
alvarobedoya2@yahoo.es

Introducción. Las lesiones precursoras de procesos malignos en pacientes menores de 40 años son un indicador del carácter maligno en la progresión hacia lesiones avanzadas, y su intervención precoz debe ser la estrategia de la prevención primaria. Se conoce la alta incidencia de cáncer gástrico en Nariño, donde se han identificado tres zonas geográficas con diferente incidencia de este tipo de tumor y prevalencia de lesiones precursoras de neoplasias malignas.

El presente es un estudio primario de diagnóstico, descriptivo y prospectivo, en el cual se buscó establecer la prevalencia y seriedad de las lesiones precursoras de neoplasias malignas en personas menores de 40 años de la zona centro, la cual difiere de la zona norte, la suroccidental y la costera.

Objetivo. Conocer la prevalencia de lesiones precursoras de neoplasias malignas en menores de 40 años de la zona centro y clasificar sus riesgos para posibles intervenciones terapéuticas, de control y seguimiento con los grupos de promoción y prevención.

Materiales y métodos. Se practicaron 193 videoendoscopias de vías digestivas altas con toma de cinco biopsias de estómago (dos de antro, una de incisura angular y dos de cuerpo), por un solo endoscopista con entrenamiento especial en el diagnóstico de cáncer temprano. Se utilizó la coloración modificada de Giemsa con reporte de evaluación histológica con la escala visual análoga de la versión actualizada del sistema Sydney.

Resultados. De los 193 pacientes evaluados, 31 presentaron algún grado de atrofia en el antro o en el cuerpo, con una prevalencia de 16,1 %, de los cuales, 77,4 % fueron positivos para *Helicobacter pylori*; 17 presentaron metaplasia de tipo I con 70,6 % positivos

para *H. pylori*; 3, metaplasia de tipo II o III, 100 % positivos para *H. pylori*, y uno, displasia leve y positivo para *H. pylori*.

El total de los pacientes con gastritis crónica atrófica o metaplasia de antro o cuerpo se evaluaron por la escala OLGA (*Operative Link on Gastritis Assesment*), 33 en estadio I, dos en estadio II, uno con *H. pylori* en estadio III, y ninguno en estadio IV.

Conclusión. La prevalencia de lesiones precursoras de neoplasias malignas en menores de 40 años en nuestro estudio fue de 16,1 % para gastritis crónica atrófica y de 10,3 % para metaplasia intestinal. Este es el primer estudio en Colombia sobre prevalencia para una población menor de 40 años. La seriedad de las lesiones precursoras de neoplasias malignas fue de 2,7 % de riesgo para desarrollar cáncer gástrico.

01-006

Manejo laparoscópico de la úlcera péptica perforada

Camilo Medina, Akillefs Betancourt

Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C., Colombia
camilomedina83@hotmail.com

Introducción. La cirugía mínimamente invasiva ha cambiado el tratamiento de la úlcera péptica perforada desde que Mouret y Nathanson publicaron en 1990 sus trabajos sobre el tratamiento laparoscópico. Aunque existen diversos trabajos sobre la efectividad del manejo laparoscópico de esta condición, no se ha adoptado de forma rutinaria. En el presente estudio se revisa el manejo laparoscópico de la úlcera péptica perforada en el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá.

Objetivo. Exponer la experiencia del manejo laparoscópico de la úlcera péptica perforada en la Fundación Santa Fe de Bogotá.

Materiales y métodos. Se hizo un estudio descriptivo y retrospectivo de una serie de casos de pacientes con diagnóstico de úlcera péptica perforada, intervenidos quirúrgicamente en un periodo de cinco años en la Fundación Santa Fe de Bogotá. Se hizo una revisión de los casos manejados por laparoscopia, analizando las siguientes variables: edad, sexo, etiología, tiempo de evolución, complicaciones, mortalidad y estancia posoperatoria.

Resultados. Se incluyeron cinco pacientes, dos hombres y tres mujeres, con promedio de edad de 59 años. El tiempo de evolución desde el diagnóstico hasta la intervención fue de 14 horas. No se encontraron complicaciones ni mortalidad y el tiempo de estancia posoperatoria en promedio fue de 4 días.

Conclusión. El manejo laparoscópico de la úlcera péptica perforada es un abordaje quirúrgico seguro que ofrece ventajas en cuanto al resultado estético y menor riesgo de complicaciones posoperatorias. Debe recomendarse este tipo de abordaje cuando las condiciones del paciente con úlcera péptica perforada así lo permitan.

01-036

Predictores tempranos de filtración en anastomosis intestinales por trauma

Beatriz Bibiana Aguirre, Jéssica Capre, Adolfo González, Mónica Angarita,

Universidad del Valle, Cali, Colombia
bibiaquirre@hotmail.com

Introducción. La filtración de las anastomosis o suturas intestinales está asociada con mayores riesgos de complicaciones y muerte. Su

detección tardía incrementa aún más la morbilidad y mortalidad de estos pacientes. Todos los estudios que buscan encontrar factores predictores tempranos de filtración intestinal son desarrollados en pacientes con cáncer gastrointestinal.

Objetivo. Identificar los factores predictores de filtración intestinal tempranos en pacientes traumatizados.

Materiales y métodos. Se trata de una cohorte prospectiva de pacientes mayores de 14 años que ingresaron por trauma abdominal y que durante cirugía requirieron de una sutura o anastomosis intestinal, evaluados tempranamente, en los días tercero y cuarto de su hospitalización, con factores predictores clínicos y bioquímicos.

Resultados. Se recolectaron 107 pacientes en un lapso de 17 meses, 95 % de sexo masculino y 68 %, menores de 30 años de edad. El mecanismo de trauma fue penetrante en 98,3 % de los casos. El índice de trauma abdominal fue mayor de 25 en 17 %. La tasa de filtración fue de 3,1 % (tres pacientes), de los cuales dos tenían porcentaje de bandas mayor de 29, no toleraron la vía oral al tercer y cuarto día posoperatorio, la frecuencia cardíaca fue mayor de 98 por minuto; todos presentaron frecuencia respiratoria entre 18 y 22 por minuto; la base exceso estuvo entre -6,6 y -7,8. Además, cuatro pacientes presentaron una colección intraabdominal que requirió algún tipo de intervención.

Conclusión. En este informe parcial se encontró una asociación entre los factores predictores tempranos y la filtración o los abscesos intraabdominales en pacientes con trauma abdominal.

01-045

Cierre temprano asistido por vacío de fístulas enterocutáneas

Juan Flórez, Jaime Rubiano

Universidad del Valle, Cali, Colombia
rcthu@gmail.com

Introducción. Las fístulas son el tendón de Aquiles de la cirugía gastrointestinal. A pesar de la existencia de múltiples herramientas, como selladores de fibrina, el uso de octreótido, drenajes percutáneos y sistema de vacío, la mortalidad ha persistido sin alteración en los últimos 20 años, entre el 15 y 50 %, en diferentes publicaciones.

El sistema de vacío ha ganado espacio en múltiples áreas quirúrgicas y una de ellas es el manejo de la peritonitis, en el que se evidencian las ventajas en la reducción de evisceraciones, conservación de la piel por limitación de los fluidos intestinales, reducción del edema intestinal, manejo de secreciones y el cierre de fístulas entero-cutáneas.

Objetivo. Demostrar los beneficios del uso del sistema de vacío en el cierre de las filtraciones intestinales, asociado a la disminución de morbilidad y mortalidad, así como la reducción de la estancia hospitalaria.

Materiales y métodos. Se hizo seguimiento de una cohorte de 215 pacientes de la Unidad de Cáncer Gastrointestinal, en el Hospital Universitario del Valle, desde el año 2008 hasta el 2011.

Resultados. Se obtuvo 100 % de efectividad con el uso del sistema de vacío para el manejo de fístulas gastrointestinales, con baja mortalidad y morbilidad (5 % y 10 %, respectivamente).

Conclusión. El sistema de vacío es eficaz en el manejo de filtraciones intestinales.

01-062

Experiencia en diagnóstico y manejo de la acalasia en un periodo de tres años

Sergio Díaz, María Correa, Juan Wolff, Lina Giraldo, Ricardo Londoño, Juan Zuluaga

Universidad CES - Clínica CES- Hospital Manuel Uribe Ángel, Medellín, Colombia
mariajcorrea12@gmail.com

Introducción. La acalasia es una enfermedad poco frecuente que se presenta con una incidencia de 1 en cada 200.000 personas. Se presenta una serie de 23 pacientes evaluados y manejados en la Clínica CES y el Hospital Manuel Uribe Ángel, de junio de 2008 a junio de 2011.

Objetivo. Evaluar la incidencia de acalasia en nuestro medio, la presentación clínica, los métodos diagnósticos utilizados, la evolución y el tratamiento.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo, llevado a cabo en la Clínica CES y el Hospital Manuel Uribe Ángel de Medellín. Se buscaron los registros en las bases de datos del archivo clínico bajo el nombre de acalasia, disfagia y esofagomiotomía, entre junio 2008 y junio 2011. Posteriormente, se hizo la evaluación con seguimiento telefónico.

Resultados. Se evaluaron 23 pacientes con diagnóstico de acalasia. El principal motivo de consulta fue disfagia, en promedio, con dos años de evolución antes de la evaluación por cirugía. El 95,6 % fueron evaluados con endoscopia digestiva, el 91,3 %, con manometría esofágica, y el 69,5 %, con esofagograma. Solo un paciente recibió manejo quirúrgico con dilataciones neumáticas, ninguno con toxina botulínica y el 100 % requirió manejo quirúrgico. En 19 se practicó esofagomiotomía más funduplicatura y, en 2, ascenso gástrico por megaesófago. Hubo dos pacientes mayores con antecedentes de esofagomiotomía previa, una de ellas requirió gastrotomía por enfermedades concomitantes y la otra ingresó con desnutrición grave y falleció por trastornos hidroelectrolíticos.

Conclusión. La incidencia de acalasia en nuestro medio es baja. Sin embargo, con la experiencia obtenida durante estos años se ha logrado mejorar la aproximación diagnóstica y el manejo quirúrgico de la enfermedad.

01-092

Acalasia, manejo laparoscópico y resultados en ocho años de experiencia

Henry Martínez, Mauricio Chona, Andrés Vanegas, Ana Arzuaga
Hospital Universitario de la Samaritana - Clínica Infantil Colsubsidio - Clínica Palermo, Bogotá, D.C., Colombia
hmartinezb@hotmail.com

Introducción. La acalasia es un trastorno motor para el cual se han desarrollado múltiples opciones de tratamiento, incluyendo el médico, el endoscópico y el quirúrgico, con variabilidad en los resultados.

Objetivo. Definir el valor real del manejo quirúrgico por laparoscopia en los pacientes con acalasia y hacer seguimiento clínico a largo plazo para evaluar tasa de recaídas y el mejoramiento en la calidad de vida.

Materiales y métodos. Se llevó a cabo un estudio observacional prospectivo y descriptivo de una serie de casos con diagnóstico de acalasia, sometidos a tratamiento quirúrgico laparoscópico en el Hos-

pital Universitario de La Samaritana, la Clínica Infantil Colsubsidio y la Clínica Palermo, entre enero de 2004 y enero de 2012.

Resultados. En un período de ocho años, se incluyeron en forma secuencial y prospectiva 55 pacientes con diagnóstico de acalasia, a quienes se les practicó esofagocardiomiectomía de Heller en combinación con un procedimiento antirreflujo por vía laparoscópica. El síntoma cardinal en el 100 % de los pacientes fue la disfagia para sólidos y en grado variable para líquidos; hubo cinco reintervenciones, solo un caso nuestro, y todas se llevaron a cabo por vía laparoscópica con resultado exitoso. El 100 % de los pacientes tuvieron mejoría de los síntomas desde las 24 horas del posoperatorio, con adecuada tolerancia de la dieta líquida. El seguimiento osciló entre tres meses y ocho años, con mejoría sostenida de los síntomas; hubo dos recaídas, de las cuales una requirió reintervención por miotomía incompleta.

Conclusión. La esofagomiotomía laparoscópica es una muy buena alternativa para el manejo de la acalasia, con una baja tasa de recaída a largo plazo y un ostensible mejoramiento en la calidad de vida.

CIRUGÍA BARIÁTRICA

01-007

Cirugía bariátrica de revisión, experiencia institucional (2005-2012)

Camilo Díaz, Alberto Roa

Hospital Universitario de La Samaritana, Bogotá, D.C., Colombia
camilodiazmd@hotmail.com

Introducción. La obesidad se considera la epidemia del siglo XXI. La cirugía bariátrica es, en la actualidad, el método de tratamiento con mejores resultados para la pérdida de peso sostenible y la corrección de enfermedades concomitantes asociadas. Sin embargo, incluso el *bypass* gástrico, considerado el método de referencia, tiene tasas de 10 a 15 % de fracaso en pérdida de peso. Simultáneamente con el aumento de procedimientos bariátricos primarios, se ha incrementado el número de pacientes con pérdidas insatisfactorias de peso, que requieren de un estudio multidisciplinario para determinar la necesidad de revisión. Presentamos nuestra experiencia en cirugía bariátrica de revisión.

Objetivo. Presentar el método de estudio y plan de manejo en pacientes con pérdida menor de 50 % del exceso de peso corporal, luego de procedimientos bariátricos primarios, practicados en esta u otra institución.

Materiales y métodos. Se llevó a cabo un estudio de tipo retrospectivo y observacional, en el que se revisaron las historias clínicas de 17 pacientes sometidos a cirugía bariátrica de revisión, en el periodo de 2005 a 2012. Se revisó la información antropométrica, el tiempo operatorio, la técnica quirúrgica, las complicaciones operatorias y posoperatorias y el seguimiento clínico, al menos, por 48 meses. Se consideró un fracaso terapéutico la pérdida de menos de 50 % del exceso de peso inicial. Se descartaron los pacientes con trastornos de la alimentación y todos fueron evaluados por nutrición y psiquiatría. Se incluyeron 12 pacientes con banda gástrica ajustable, 3 con *bypass* gástrico y 2 con manga gástrica.

Resultados. El promedio de peso fue de 106,6 kg y del índice de masa corporal (IMC), 42,54 kg/m². En diez pacientes se retiró la banda gástrica ajustable y se utilizó el *bypass* gástrico con Y de Roux; en una paciente que requería anticoagulación permanente, la

intervención fue convertida a plicatura gástrica laparoscópica; tres pacientes con *bypass* gástrico en Y de Roux requirieron reducción del reservorio gástrico y alargamiento del asa alimentaria; en dos pacientes, la gastrectomía vertical se convirtió a *bypass* gástrico con Y de Roux; en una paciente con *bypass* gástrico con Y de Roux y fístula gastro-gástrica, fue necesaria la conversión a cirugía abierta, con gastrectomía parcial del estómago excluido y se presentó perforación inadvertida del colon, por lo cual se requirió ileostomía, fístula mucosa y múltiples lavados peritoneales. El promedio de pérdida del exceso de peso fue de 75 %.

El promedio de tiempo operatorio fue de 280 minutos, la incidencia de complicaciones fue de 35 % y el promedio de estancia hospitalaria de 5,6 días.

Conclusión. La cirugía bariátrica de revisión es técnicamente más compleja y debe practicarse en centros de remisión por cirujano expertos. Se requiere seguimiento a largo plazo para determinar el riesgo-beneficio de este tipo de intervenciones.

01-008

Úlcera marginal posterior a *bypass* gástrico, penetrada al tronco celiaco

Fernando Quiroz, Gilberto Cabal, Juan Guillermo Villegas, Mauricio Moreno

Clínica Sebastián de Belalcázar, Cali, Colombia
quiroz60@gmail.com

Introducción. Se presenta un caso de un paciente en posoperatorio de *bypass* gástrico que presentó sangrado importante por úlcera marginal penetrada al tronco celiaco.

Objetivo. Mostrar el tratamiento utilizado.

Materiales y métodos. Se trata de un paciente de 49 años, con índice de masa corporal (IMC) de 44 kg/m², con diabetes, hipertensión arterial sistémica y hernia discal múltiple, a quien se le practicó un *bypass* gástrico por laparoscopia, sin complicaciones.

Resultados. Un mes más tarde consultó por melenas, hematemesis e hipotensión, con hemoglobina de 6 g/dl. Se diagnosticó úlcera marginal del 50 % de la circunferencia, con sangrado activo. Se hicieron múltiples intentos de controlar el sangrado por endoscopia (inyección de adrenalina, alcohol al 90 %, clips metálicos, fulguración con láser de argón), obteniéndose control temporal y luego nuevo sangrado.

En vista de la imposibilidad del control endoscópico, fue llevado a cirugía. Como procedimiento de rescate se hizo una enterotomía y empaquetamiento con *Surgice*TM. Se controló el sangrado parcialmente y, luego, se hizo una angiografía e infusión continua de vasopresina. El origen del sangrado estaba en la rama proximal del tronco celiaco. El paciente se estabilizó y se dio de alta 15 días después del ingreso.

A los 10 días reingresó por sangrado que nuevamente no cedió con el manejo endoscópico. Se resecó la bolsa gástrica y se ligó el vaso arterial sangrante, con lo cual se controló el sangrado. Se reconstruyó con esófago-yeyunostomía en Y de Roux. Todos los procedimientos se hicieron por vía laparoscópica. El paciente finalmente evolucionó hacia la mejoría y se dio de alta 38 días después.

Conclusión. Se muestra un manejo exitoso por vía laparoscópica de una grave complicación posterior a cirugía bariátrica.

01-009

Manga gástrica por tres puertos

Fernando Quiroz, Ricardo Parra, Andrés Jaramillo
Clínica Farallones, Cali, Colombia
quiroz60@gmail.com

Introducción. Se presenta la técnica de manga gástrica por tres puertos.

Objetivo. Mostrar la factibilidad técnica y las ventajas cosméticas del método.

Materiales y métodos. La tendencia actual a lograr una invasión mínima mas allá de las técnicas laparoscópicas tradicionales, ha llevado a la cirugía endoscópica transluminal por orificios naturales (*Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery*, NOTES) y puerto único. Sin embargo, la mayoría de los procedimientos con estas técnicas adicionan uno o dos accesos, desvirtuando el método y restándole ventajas.

Resultados. En nuestro grupo se practica la gastrectomía vertical con tres puertos, uno de 12 mm para la cámara y dos adicionales de 12 mm y 5 mm. Para disección y grapado, si se cuenta con óptica de 5 mm, es posible hacerlos con puertos de 5 mm. Se describe la técnica utilizada y se muestra la experiencia del grupo.

Conclusión. Es factible practicar la manga gástrica por tres puertos, con seguridad y con mejor resultado estético, como una mejor alternativa al “puerto único” con accesos adicionales.

01-018

Manejo endoscópico con stent recubierto de la fístula gástrica como complicación de gastrectomía en manga laparoscópica

María Andrea Medina, Douglas Ortíz, Viviana Parra

Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá, D.C., Colombia
andremed2@yahoo.com

Introducción. La gastrectomía en manga por laparoscopia es un procedimiento restrictivo válido para el manejo de los pacientes con obesidad mórbida. Entre las complicaciones que inducen mayor morbimortalidad, se encuentra la fuga gástrica en la línea de engrapado y predominantemente a nivel de la unión esófago-gástrica, con una tasa de 1,4 a 20 %. Su tratamiento, aún objeto de controversia, debe ser individualizado. Sin embargo, se ha demostrado que el manejo no quirúrgico con *stent* recubierto, autoexpandible, es una opción segura y efectiva.

Objetivo. Exponer y evaluar los resultados de seis pacientes con fístula gástrica como complicación de gastrectomía en manga por laparoscopia y a quienes se manejó por endoscopia con *stent* recubierto, autoexpandible, en el Hospital Universitario Clínica San Rafael.

Material y método. Se exponen los casos hallados de junio de 2011 a febrero de 2012 y se evalúan los resultados de 6 pacientes que presentaron fístula gástrica como complicación de gastrectomía en manga por laparoscopia y a quienes se realizó manejo endoscópico con *stent* recubierto, autoexpandible, como parte de su tratamiento multidisciplinario, dadas las enfermedades concomitantes individuales y su estado clínico.

Resultados. De los pacientes evaluados, 1 (16,6 %) tuvo un resultado exitoso con manejo endoscópico exclusivo, con mínima estancia hospitalaria y pronto retorno a alimentación oral. Se presentó una complicación fatal (fístula broncogástrica) (16,6 %) que requirió

varias reintervenciones quirúrgicas, aparte del manejo endoscópico. En cuatro pacientes (66,6 %) se requirió reintervención quirúrgica previa al manejo endoscópico, con resultados finales favorables.

Conclusión. El manejo no quirúrgico de las fistulas gástricas posterior a gastrectomía en manga por laparoscopia con *stent* recubierto, autoexpandible, es una opción segura y efectiva para los pacientes que padecen dicha complicación. Sin embargo, el éxito de los resultados depende, en gran parte, de la agudeza en su diagnóstico y de la intervención oportuna.

01-051

Cirugía bariátrica: gastro-gastroplastia laparoscópica y bypass gástrico en obesidad mórbida

Marco Chala, Ronald Tobar, Walther Tobar, Diana Castro
Hospital Universitario Mayor - Mederi, Bogotá, D.C., Colombia
rytb@hotmail.com

Introducción. Los procedimientos laparoscópicos restrictivos están empezando a popularizarse en la cirugía bariátrica. El procedimiento de Mangestrasse y Mill produce una restricción gástrica por la formación de una bolsa tubular de la curvatura menor. Se propone una modificación de dicha técnica, llamada gastro-gastroplastia, para evaluar su eficacia.

Objetivo. Determinar la magnitud de la reducción de peso con la técnica de gastro-gastroplastia laparoscópica y la de *bypass* gástrico, utilizadas en pacientes obesos de nuestro medio.

Materiales y métodos. Es un estudio retrospectivo sin asignación aleatoria en el que se evaluaron las historias clínicas de los pacientes con gastro-gastroplastia laparoscópica y *bypass* gástrico laparoscópico, entre febrero de 2008 y abril de 2011, en dos hospitales de Bogotá.

Resultados. Se encontraron 289 pacientes: 180 con gastro-gastroplastia y 109 con *bypass* gástrico mediante abordaje laparoscópico, de los cuales, solo 138 cumplieron con los criterios de inclusión, 77 (55,8 %) de gastro-gastroplastia y 61 (44,2 %) de *bypass* gástrico, 18 (13 %) hombres y 120 (87 %) mujeres. Para gastrogastroplastia, la mediana de los porcentajes de pérdida de exceso de peso (PEP) a los 1, 6 y 12 meses fue de $30,9 \pm 14,2$, $61,88 \pm 18,27$ y $68,4 \pm 19,64$, respectivamente; para *bypass* la mediana de los porcentajes de ¿PEP? a los 1, 6 y 12 meses fue de $25,9 \pm 12,9$, $61,87 \pm 18,62$ y $71,41 \pm 21,09$, respectivamente. Las enfermedades concomitantes encontradas en ambos grupos fueron muy similares. Se hizo seguimiento durante un año.

Conclusión. La gastro-gastroplastia se plantea como una técnica restrictiva, reversible, con probables beneficios económicos por la eliminación de reposición nutricional posoperatoria y resultados comparables a los del *bypass* gástrico con Y de Roux.

COLON Y RECTO

01-019

Lecciones aprendidas en las primeras 160 apendicectomías por laparoscopia

Omar Espitia, Gabriel González, Leonardo Carrascal, Óscar Gómez, Pablo García
Hospital Central de la Policía, Bogotá, D.C., Colombia
hoespitia@gmail.com

Introducción. La apendicectomía por laparoscopia fue introducida en la práctica clínica en 1908 por Kurt Semm. Sin embargo, la

comunidad quirúrgica no ha aceptado en forma generalizada sus beneficios; las principales críticas se dirigen a dificultades técnicas del procedimiento, aumento del tiempo operatorio, incremento de los costos por la utilización de los equipos de laparoscopia y potenciales complicaciones inesperadas en el abordaje laparoscópico. Se argumenta que la apendicectomía descrita por McBurney en 1894 es un procedimiento seguro y sencillo que ha soportado el paso de los años con bajo porcentaje de complicaciones. Los defensores del abordaje laparoscópico argumentan disminución de los porcentajes de infección de la herida quirúrgica, disminución de apendicectomías no terapéuticas, retorno más temprano a la actividad laboral y seguridad del procedimiento.

Objetivo. Mostrar la experiencia en el Hospital Central de la Policía en la implementación del abordaje laparoscópico de la apendicitis aguda con el desarrollo de una técnica estandarizada, lográndose tiempos quirúrgicos similares a los de la técnica abierta, con utilización racional de instrumentos laparoscópicos para evitar elevar los costos del procedimiento en forma significativa y, de esta forma, hacer el procedimiento costo-efectivo.

Materiales y métodos. Descripción de una serie de casos, 163 pacientes, 90 hombres y 73 mujeres.

Resultados. Se obtuvo un alto porcentaje de satisfacción de los pacientes, infección de la herida quirúrgica de 1,2 %, colecciones intraadominales de 1,8 %, ninguna conversión y retorno temprano a la actividad laboral, de gran importancia en el tipo de población policial que el Hospital atiende.

01-034

Clip de polímero para el muñón apendicular en apendicectomía por único puerto

Fernando Arias, Paola Puerto, Gabriel Herrera, Natalia Cortés, Diego Padilla,
Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C., Colombia
farias00@hotmail.com

Introducción. Existe controversia sobre el manejo del muñón apendicular por vía laparoscópica. Las técnicas incluyen uso de suturas mecánicas, nudo preformado y clip de polímero.

Objetivo. Describir los métodos de manejo del muñón en apendicectomía por un solo puerto en nuestro grupo.

Materiales y métodos. Se analizaron todos los pacientes sometidos a apendicectomía laparoscópica por único puerto entre julio de 2008 y abril de 2012.

Se evaluaron edad, sexo, fase de apendicitis, tiempo quirúrgico, tiempo de estancia hospitalaria, uso de dren, dispositivo único puerto, manejo del muñón, infecciones de sitio operatorio, fuga en el muñón, atelectasia, evisceración, reingresos y consulta a urgencias.

Resultados. Se encontraron 181 pacientes. La edad promedio fue 34,7 años (rango, 18-90 años), 103 mujeres y 78 hombres. Hubo 130 apendicitis no complicadas y 51 apendicitis complicadas. El tiempo quirúrgico promedio fue 67,9 minutos (rango, 17-237), la estancia hospitalaria, 21,7 horas (rango, 2-386). Se dejaron drenajes en 45 pacientes (24,8 %). Se utilizaron dos dispositivos *Tripport*TM y 179 híbridos (*Alexis*TM más guante). Se utilizaron 18 suturas mecánicas, 161 clips de polímero, una ligadura más jareta y un nudo preformado. Se presentaron dos infecciones profundas y una superficial. No hubo

fugas del muñón. Se presentó una atelectasia y dos dehiscencias de herida. Hubo cuatro reingresos, dos por dehiscencia y dos por colecciones profundas, tres reintervenciones (dehiscencias y drenaje de colección). Hubo siete consultas a urgencias por dolor y una por fiebre. No se observaron obstrucciones.

Conclusión. El uso de clip de polímero es seguro para el manejo del muñón apendicular sin fugas. Otras ventajas de este dispositivo son su fácil colocación y aprendizaje, y la rapidez de aplicación que disminuye los tiempos quirúrgicos.

01-040

Colectomías laparoscópicas practicadas por cirugía general

Andrea Hernández, Catalina Restrepo, Marlon Anaya, Alexander Obando, Nathalie Villan

Universidad CES, Medellín, Colombia
catarreyes@gmail.com

Introducción. Las indicaciones de colectomía por laparoscopia se han modificado con el tiempo y la experiencia adquirida, logrando resultados equiparables tanto en enfermedades benignas como malignas, en cuanto a espécimen quirúrgico resecaado, morbi-mortalidad, recurrencia tumoral y supervivencia, además, con ventajas en cuanto a disminución de la estancia hospitalaria, inicio de la vía oral, incapacidad posoperatorio, principalmente.

Objetivo. Describir los resultados de las colectomías por laparoscopia para enfermedad benigna o maligna, por el grupo de cirujanos del Hospital Manuel Uribe Angel de Envigado, Colombia.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio retrospectivo y descriptivo, con revisión de las historias clínicas.

Resultados. Se practicaron 14 procedimientos, incluyendo colectomía derecha, izquierda, sigmoidectomía y resección anterior baja. Diez procedimientos fueron por enfermedad maligna y cuatro por benigna. Se obtuvieron márgenes negativos en el 100 % las enfermedades malignas, con un número de ganglios resecaados entre 6 y 15. La estancia hospitalaria fue de 4 y 15 días, con inicio de flatos entre el día 1 y 3, e inicio de la vía oral entre los días 1 y 4. La mortalidad fue 0 %, con tres complicaciones que requirieron reintervención, una por necrosis de ostomía y dos por filtración de anastomosis.

Conclusión. Se reportan 14 casos de colectomía por laparoscopia en una misma institución, con inicio de la función intestinal y de vía oral de forma temprana, y estancia hospitalaria de una semana. Se describe una mortalidad de 0 y tres reintervenciones. Se logra una pieza quirúrgica con bordes negativos, con ganglios que oscilan entre 6 y 15, sin lograr el número recomendado en cirugía abierta.

01-043

Escala de Alvarado para el diagnóstico de apendicitis aguda

Ricardo Silgado, José Posada, Jairo De la Peña, Jonathan Liendo, Iván Barrios

Universidad de Cartagena - Hospital Universitario del Caribe - Clínica Universitaria San Juan de Dios, Cartagena de Indias, Colombia
rsilgado73@hotmail.com

Introducción. La apendicectomía es la cirugía de urgencia más frecuente en todo el mundo (10 % de todas las cirugías abdominales urgentes). La tasa de mortalidad global para la apendicitis aguda es menor de 1 %, pero se incrementa hasta 3 % si el apéndice se perfora y se aproxima a 15 % en el anciano. Debido a que no es práctico hacer el diagnóstico definitivo de apendicitis aguda con la

prueba de referencia (histopatología) antes de la cirugía, es necesario tener herramientas que nos ayuden a aproximarnos a un diagnóstico certero y temprano.

Objetivo. Evaluar la concordancia de la escala de Alvarado como herramienta diagnóstica en pacientes con cuadro clínico sugestivo de apendicitis aguda.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio de concordancia, prospectivo y multicéntrico, llevado a cabo en dos centros hospitalarios de Cartagena de Indias, durante un periodo de tres meses. Las variables cualitativas se analizaron mediante proporciones y, las variables cuantitativas, mediante medidas de tendencia central y dispersión. Se estimó el índice de concordancia kappa entre la escala de Alvarado y el reporte de histopatología.

Resultados. Se incluyeron 60 pacientes, de los cuales, 36 fueron mujeres (60 %). El tiempo de evolución de la enfermedad fue de 30,3 horas, en promedio. El diagnóstico histopatológico más frecuente fue apendicitis edematosa (38,3 %). Hubo 15 % de apendicectomías no terapéuticas. Las variables más frecuentes incluidas en la escala, fueron: dolor en fosa iliaca derecha (93,3 %), signo de Blumberg (83,3 %) y leucocitosis (75 %).

Conclusión. El puntaje de la escala de Alvarado tiene una concordancia moderada y brinda una mayor utilidad que la interpretación de signos clínicos de manera independiente.

01-098

Apendicitis aguda complicada, manejo laparoscópico y comparación de dos técnicas

Gustavo Aguirre, Andrés Falla, William Sánchez
Hospital Militar Central, Bogotá, D.C., Colombia
sanchez.william@cablenet.co

Objetivo. La comparación de los resultados del manejo laparoscópico de la apendicitis aguda complicada, en el periodo del 1° de noviembre de 2011 al 30 de abril de 2012, permite evaluar la eficiencia de la técnica de secado (S) *versus* lavado y aspirado, en los pacientes con diagnóstico intraoperatorio de peritonitis y la tasa de infección de sitio operatorio.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio retrospectivo y descriptivo en el que se analizaron los pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda que fueron sometidos a cirugía por laparoscopia; se excluyeron aquellos con diagnóstico intraoperatorio de enfermedad no apendicular o que pudiesen manejarse médicamente. Se compararon dos técnicas, una de lavado y aspirado, y otra de secado. El análisis estadístico se hizo con el programa EpiInfo, versión 7.0. Se consideraron valores significativos de $p < 0,05$.

Resultados. Se incluyeron 57 pacientes, de los cuales, 30 eran mujeres y 27 hombres. Hubo 27 casos de apendicitis aguda en fase complicada (52,63 %); de estos, 24 tuvieron peritonitis; 9 (37,5 %) se manejaron con lavado de cavidad y aspirado, y 15 (62,5 %) se manejaron con secado. De los pacientes que recibieron lavado y aspirado, 45,4 % presentaron infección del sitio operatorio ($p=0,025$), y ninguno de los pacientes con apendicitis en fase no avanzada desarrolló complicaciones.

Conclusión. Con el lavado y aspirado de la cavidad, se encontró un incremento en las tasas de infección del sitio operatorio, en comparación con el solo secado de la cavidad, con resultados con significancia estadística de 44,4 Vs. 6,7 % ($p=0,025$). Estos resul-

tados pueden apoyar la teoría de que el lavado peritoneal extenso en peritonitis tiene una tasa mayor de complicaciones infecciosas, como consecuencia de la diseminación de la infección peritoneal y la supresión de los mecanismos de control local.

VASCULAR

01-037

Complicaciones por colocación de catéteres venosos centrales

Laura Muñoz, Juan Bermúdez, Natalia Mayor, Adolfo González
Universidad del Valle - Hospital Universitario del Valle, Cali,
Colombia
cirugía@univalle.edu.com

Introducción. El cateterismo venoso central tiene un papel determinante en el manejo del paciente crítico en la medicina moderna. Sin embargo, su inserción puede generar complicaciones. La incidencia de complicaciones está determinada por factores derivados del paciente, localización, técnica, experiencia, indicación, vigilancia y cuidados.

Objetivo. Identificar las complicaciones asociadas a la colocación de un catéter venoso central.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio observacional descriptivo transversal. Se registraron variables demográficas y clínicas, vía de colocación, grado de entrenamiento, número de catéteres previos, controles realizados y morbilidad. Posteriormente, se analizaron las variables, su frecuencia y su asociación con complicaciones.

Resultados. Se registraron 156 cateterismos centrales, el 61 % en hombre, con mediana de 42 años de edad. Se encontró 20,5 % de complicaciones. Se encontró asociación de complicaciones con: tres o más punciones (OR=4,5; IC_{95%} 1,5-10,8), choque (OR=4,4; IC_{95%} 1,5-13,6), enfermedad abdominal (OR=5,1; IC_{95%} 1,9-14,1), edad mayor de 50 años (OR=9,34; IC_{95%} 1,8-63) y edema del lugar de inserción (OR=6,57; IC_{95%} 1,7-24,4).

Conclusión. Se registró una tasa de complicaciones mayor a la informada en la literatura (20,5 %) que se puede explicar por la naturaleza prospectiva, la gravedad de los pacientes y las características de la institución donde se realiza el trabajo. Las complicaciones más frecuentes son similares a las informadas en la literatura científica, así como los factores de riesgo asociados a la introducción de un catéter venoso central. El único factor de riesgo presente en la investigación y no registrado en la literatura, es la patología abdominal como causa de la enfermedad del paciente.

01-039

Estudio ecográfico de las relaciones anatómicas de la arteria carótida común y la vena yugular interna

Alberto Federico García, Mauricio Umaña, José Luis Castillo,
Luis Bustamante, Juan Sebastián Martínez
Fundación Valle de Lili, Cali Colombia
jsmartinezmd@gmail.com

Introducción. Las relaciones anatómicas de la arteria carótida común y la vena yugular interna han sido estudiadas *in vivo* en los últimos 20 años. La información disponible proviene de Europa y Norteamérica, y no existen datos de Colombia.

Objetivo. Establecer las relaciones anatómicas entre la arteria carótida común y la vena yugular interna en la población colombiana, bajo guía ecográfica.

Materiales y métodos. Se empleó un ecógrafo Sonosite 180® (Sonosite, Bothell, Washington), con un transductor de 7,5 mHz. Los pacientes se colocaron en decúbito supino. Se visualizó transversalmente el tercio proximal del cuello, con la cabeza en posición neutra y en rotación lateral. La relación entre los vasos se describió de acuerdo con la proporción de la arteria cubierta por la vena.

Resultados. Se incluyeron 51 individuos, 28 hombres, con edad entre 17 y 90 años (mediana, 54; rango intercuartílico, 27 a 81 años). Se estudió el lado derecho en 50 ocasiones y, el izquierdo, en 48. En posición neutra, la vena se localizó lateral en 28,6 % (IC_{95%} 19,6-37,5) de los vasos estudiados, antero-lateral en 57,2 % (IC_{95%} 47,3-69,2) y anterior en 10,2 % (IC_{95%} 4,2-16,2). A la rotación lateral, la vena se desplazó medialmente en 34,7 % (IC_{95%} 25,7-44,1), no cambió su posición en 31,6 % (IC_{95%} 22,4-40,8) y lo hizo lateralmente en 33,7 % (IC_{95%} 24,3-40,0), para quedar localizada lateral en 31,6 % (IC_{95%} 22,4-40,8), antero-lateral en 53,1 % (IC_{95%} 43,2-51,5) y anterior en 11,2 %, (IC_{95%} 5,0-17,5).

Conclusión. En la mayoría de los estudios la vena se localizó en posición antero-lateral o anterior a la arteria. El hallazgo fue menos frecuente después de rotar la cabeza lateralmente.

01-050

Resección de tumor del cuerpo carotídeo, a propósito de 20 casos

Juan Muñoz, William Ríos, Maikel Pacheco, Juan Fonseca
Hospital Universitario Infantil de San José, Bogotá, D.C., Colombia
william.rios.d@gmail.com

Introducción. Los tumores del cuerpo carotideo son poco frecuentes, en su mayoría benignos y se encuentran muy irrigados. En el Hospital Universitario de San José se manejó quirúrgicamente una serie de 20 casos, de forma multidisciplinaria con los servicios de cirugía vascular periférica, cirugía de cabeza y cuello, y cirugía general, con buenos resultados posoperatorios.

Objetivo. Presentar la experiencia, en forma retrospectiva, del Servicio de Cirugía General en conjunto con el Servicio de Cirugía Vascular Periférica, en la resección de tumores del cuerpo carotideo en el periodo comprendido entre octubre del 2007 y enero del 2012..

Materiales y métodos. Se revisaron en forma retrospectiva las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de tumores del cuerpo carotídeo y que se sometieron a resección quirúrgica. Se describen los diferentes tiempos quirúrgicos y las diferentes complicaciones posoperatorias.

Resultados. Se analizaron las diferentes complicaciones posoperatorias del procedimiento quirúrgico en dicha enfermedad y se enumeran los diferentes factores asociados con el tumor, los motivos de consulta y la localización del mismo.

Conclusión. Se documentaron las diferentes complicaciones y el seguimiento de 20 pacientes con resección de tumor carotídeo.

01-052

Trauma cerrado de la arteria vertebral, revisión basada en la "evidencia"

Leonardo Ballestas, Luis Tello
Universidad del Valle - Hospital Universitario del Valle, Cali,
Colombia
leoballestas@yahoo.com

Introducción. La lesión traumática de la arteria vertebral es un desafío clínico ya que es difícil de detectar, tiene una presentación diversa y no hay indicaciones ampliamente aceptadas en diagnóstico y tratamiento. La información disponible proviene de estudios descriptivos, reportes de casos o series.

Objetivo. Revisar la literatura científica actual y hacer una aproximación al manejo de esta entidad.

Materiales y métodos. Se hizo una búsqueda en las siguientes bases de datos electrónicas: PubMed, EMBASE, *Cochrane Database of Systematic Reviews* y *Cochrane Central Register of Controlled Trials* y SciELO. Se utilizaron los términos: *vertebral artery dissection, cervical artery dissection, anticoagulants, heparin, low molecular-weight heparin, platelet aggregation inhibitors* y *aspirin*.

Resultados. Se encontraron 2.801 artículos en PubMed, 584 de EMBASE y 3 de Cochrane Library. En un gran número de los estudios encontrados se evidenció que el trauma de la arteria vertebral y de la carótida interna son estudiados, diagnosticados y manejados de la misma forma, agrupándose este tipo de trauma como trauma cervical vascular cerrado (*vascular cervical blunt trauma*).

Conclusiones. Definitivamente, las lesiones de la arteria carótida interna y la vertebral no se pueden estudiar o manejar de la misma forma. Las lesiones de la arteria vertebral solo corresponden a 0,5 % de todos los traumas, pero sus potenciales secuelas permanentes y la tasa de mortalidad hace que sea una lesión que se debe considerar cuando hay lesiones de cuello o trauma craneoencefálico. Las lesiones de la arteria vertebral tratadas de forma inadecuada pueden producir la muerte del paciente o secuelas permanentes e irreversibles.

01-065

Ecografía arterial doble (duplex scanning) a color en la valoración prequirúrgica de la isquemia crítica de los miembros inferiores

Camilo Espinel, Juan Barrera, Carlos Gómez, Adriana Murcia, Esteban Ardila
Carlos Eduardo Gómez

Fundación Cardiovascular de Colombia - División de Cirugía Vascular y Endovascular, Floridablanca, Colombia
drjuangbarrera@yahoo.com

Introducción. El salvamento de extremidades es una estrategia de abordaje quirúrgico, tendiente a disminuir la tasa de amputaciones de los pacientes con isquemia crítica de los miembros inferiores. Este propósito es alcanzable en 80 % de los casos. La ecografía arterial doble (*dúplex scanning*) a color consigue demostrar lechos que se pueden volver a irrigar en algunos pacientes en quienes la arteriografía mostró ausencia de vasos distales aptos para este propósito.

Objetivo. Resaltar el papel de la ecografía arterial doble a color en el aumento de la detección de los pacientes aptos para cirugía de salvamento de extremidades.

Materiales y métodos. Se describe la experiencia de la División de Cirugía Vascular y Endovascular de la Fundación Cardiovascular de Colombia, con el uso de la ecografía arterial doble a color en la detección de vasos distales aptos para nueva irrigación. Se comparan las imágenes de arteriografía y ecografía arterial doble.

Resultados. En la División de Cirugía Vascular y Endovascular se ha podido incrementar el número de pacientes con nueva irrigación

que han tenido éxito, implementando el uso preoperatorio de la ecografía arterial doble a color, con lo cual se ha conseguido aproximar la estadística del servicio en salvamento de extremidades a los estándares internacionales.

Conclusión. Pese a que la arteriografía de los miembros inferiores se considera el método de referencia en el diagnóstico de la enfermedad arterial periférica, la ecografía arterial doble permite incrementar el número de extremidades salvadas, al usarse como adyuvante en la selección de vasos aptos para nueva irrigación.

01-067

Experiencia con la ablación de la vena safena mayor con radiofrecuencia (closure fast)

Camilo Espinel, Juan Barrera, Adriana Murcia, Carlos Eduardo Gómez, Esteban Ardila, Maritza Gómez
Fundación Cardiovascular de Colombia, Floridablanca, Colombia
drjuangbarrera@yahoo.com

Introducción. Las nuevas técnicas de ablación endovenosa de la vena safena mayor se han posicionado en el mundo como alternativas equiparables a la safenectomía (*stripping*) en el tratamiento de la insuficiencia venosa. La Fundación Cardiovascular de Colombia ha acumulado experiencia en el último año con el uso de la ablación endovascular con radiofrecuencia como manejo de la insuficiencia de la safena mayor.

Objetivo. Presentar los resultados del manejo endovascular de la insuficiencia de la vena safena mayor y resaltar sus beneficios.

Materiales y métodos. Se presenta una serie prospectiva de casos con descripción de las variables demográficas y los resultados quirúrgicos en términos de duración del procedimiento, complicaciones, retorno a las actividades cotidianas y dolor posoperatorio.

Resultados. La duración promedio del procedimiento fue de 54 minutos. No hubo complicaciones frecuentes en esta serie. El promedio de tiempo necesario para el retorno a las actividades cotidianas fue de dos días. El dolor posoperatorio fue clasificado por los pacientes como leve (2/10) en la escala visual análoga.

Conclusión. La ablación endovenosa de la vena safena mayor con radiofrecuencia (*closure fast*) es un método seguro, efectivo y de baja morbilidad, en el tratamiento de la insuficiencia venosa superficial de la safena mayor y permite a los pacientes el rápido reinicio de sus actividades laborales.

01-071

Reparo de vena cava por laparoscopia en paciente con cáncer de endometrio

René Pareja, Ricardo Londoño, Juan David Wolf, Lina Giraldo, María Juliana Correa, Juan David Zuluaga
Universidad CES - Clínica Las Américas, Medellín, Colombia
mariajcorrea12@gmail.com

Introducción. Se ilustra el reparo de vena cava inferior secundario a una lesión ocurrida durante un vaciamiento ganglionar por carcinoma de endometrio en la Clínica Las Américas de Medellín.

Objetivo. Presentar la reparación mediante laparoscopia de una lesión de vena cava inferior.

Materiales y métodos. Se trata de una paciente de 47 años de edad, con antecedentes de cáncer de endometrio. Se le practicó histerec-

tomía radical laparoscópica con vaciamiento pélvico, paraaórtico y paracavo, durante el cual se presentó una lesión de la vena cava inferior.

Resultados. La lesión de la vena cava inferior se reparó con puntos intracorpóreos mediante laparoscopia. No se presentaron complicaciones y la paciente fue dada de alta dos días después del procedimiento.

Conclusión. Se demuestra que por medio de técnicas mínimamente invasivas, y con las condiciones técnicas adecuadas, es posible reparar lesiones de grandes vasos, con buenos resultados, sin aumentar la morbilidad y sin necesidad de conversión a cirugía abierta.

01-091

Manejo actual del trauma vascular: quirúrgico y endovascular

José Mercado, Oswaldo Ceballos, Jorge Márquez, Camilo Bernal
Hospital de San José, Bogotá, D.C., Colombia
cx_general@hospitaldesanjose.org.co

Introducción. Los avances en las tecnologías endovasculares han proporcionado nuevas opciones en el manejo de las lesiones vasculares, ofreciendo una alternativa a la exploración quirúrgica, especialmente, cuando el vaso lesionado es de difícil exposición o su exposición representa un alto riesgo de morbimortalidad.

Objetivo. Presentar el enfoque terapéutico y las diferentes opciones de manejo del trauma vascular con el advenimiento de los procedimientos endovasculares.

Materiales y métodos. Se revisaron tres casos clínicos y se presenta un caso de lesión vascular de arteria axilar que requirió manejo con cirugía abierta; un caso de un paciente con lesión de arteria axilar, con un pseudoaneurisma y gran hematoma de la región deltoidea, que requirió manejo combinado endovascular con *stent* recubierto y posterior cirugía abierta para drenaje del hematoma, y un caso de lesión de arteria femoral superficial, que presentó un pseudoaneurisma que necesitó manejo endovascular.

Resultados. Se analiza el manejo de los tres casos, teniendo en cuenta las diferentes alternativas terapéuticas y la elección de la mejor opción según el caso, para tener un adecuado resultado, con el menor riesgo de morbimortalidad.

Conclusión. El trauma vascular representa un desafío constante para el cirujano. Con el advenimiento del manejo endovascular, se cuenta con una nueva alternativa terapéutica muy importante, la cual debe tenerse siempre en mente. Sin embargo, el adecuado enfoque diagnóstico y terapéutico del paciente es fundamental, ya que no todas las lesiones se pueden tratar de forma endovascular y requieren intervención quirúrgica o un manejo combinado.

01-101

Trauma vascular periférico de guerra en Colombia: análisis epidemiológico de ocho años

Carlos Arias, Edwin Villamil, Jorge Gutiérrez, Hildebrando Morales, William Sánchez

Hospital Militar Central, Bogotá, D.C., Colombia
edwinv71@hotmail.com , sánchez.william@cable.net.co

Introducción. En Colombia existe un conflicto armado interno desde hace aproximadamente 60 años con recrudecimiento en la última década, lo que ha llevado a un aumento del número de pacientes con

trauma de guerra y, por ende, con trauma vascular. El cuerpo médico y paramédico se ha encontrado frente a un gran reto que es la óptima atención de estos pacientes, que se inicia directamente en el área de combate, continuando con el transporte hasta niveles de atención como la básica, donde la mayoría de la veces se practican procedimientos de reanimación y control de daños, hasta finalmente, instituciones de cuarto nivel como el Hospital Militar Central.

Objetivo. Caracterizar las lesiones vasculares atendidas en el Hospital Militar Central de Bogotá, de acuerdo con el tipo, puntaje de trauma, tratamiento definitivo, complicaciones perioperatorias y su resultado final.

Materiales y métodos. Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes heridos en combate y con diagnóstico de lesión vascular, que fueron atendidos en el Hospital Militar Central, durante un periodo de ocho años. Se diligenció un cuestionario que incluía la información sobre datos socio-demográficos y clínicos, así como el tratamiento médico-quirúrgico instaurado. La información se llevó a una base de datos para su respectivo análisis bioestadístico.

Resultados. Se revisaron las historias clínicas de 204 pacientes, todos de sexo masculino y con edad promedio fue de 23,9 años. En cuanto las lesiones, se tuvieron en cuenta el índice ISS (*Injury Severity Score*), el mecanismo, la localización y las lesiones combinadas (arteriales y venosas). También se determinó: el método diagnóstico, los vasos más frecuentemente lesionados, las lesiones asociadas, los procedimientos arteriales y venosos, las fasciotomías, las complicaciones y la mortalidad.

Conclusión. En este grupo de población, el trauma vascular de guerra cursa con lesiones graves, compromiso de estructuras vecinas y alta tasa de complicaciones relacionadas con la destrucción tisular e infección asociada. Fue necesaria la intervención temprana de un amplio equipo multidisciplinario y una adecuada infraestructura para disminuir la morbimortalidad, y lograr la rehabilitación y la reintegración a la vida social y laboral.

TUMORES

01-005

Tendencia histórica de la epidemiología del cáncer gástrico en el Cauca

Jesús Eduardo Díaz, Marcela Lucía Tascón, José Andrés Calvache, Leydi Johanna Aguilar, Francys Criollo
Universidad del Cauca - Hospital Universitario San José, Popayán, Colombia
marcelatascon@gmail.com , jediaz@unicauca.edu.co

Introducción. La tendencia mundial y nacional del cáncer gástrico es a la disminución de la incidencia y la mortalidad, y al aumento del tipo difuso frente al intestinal y de localización proximal. A nivel nacional, los departamentos con mayor mortalidad son Cauca, Huila y Norte de Santander, con tasas de 15,5 y 8,8 por 100.000 habitantes para hombres y mujeres; en el Cauca, se encuentran las mayores tasas estandarizadas de mortalidad en Colombia.

Objetivo. Determinar si los cambios epidemiológicos descritos a nivel mundial, están ocurriendo en el departamento del Cauca.

Materiales y métodos. Se llevó a cabo un estudio descriptivo y retrospectivo, en el cual se analizaron dos series: 144 y 225 pacientes (1991-1992, 2003-2006) con datos actualizados de incidencia y

mortalidad del DANE. Se incluyeron todos los pacientes de las series descritas que contenían la información requerida para el estudio. Se analizaron variables socio-demográficas, tipo histológico, localización anatómica y el diagnóstico temprano o avanzado.

Resultados. En el departamento del Cauca la incidencia para hombres fue de 42,5 y para mujeres fue de 28,6 por 100.000 habitantes. En las dos series se encontró: incremento porcentual del carcinoma gástrico temprano, de 2 a 8 %; incidencia de carcinoma proximal, de 17,1 a 16 %, y del distal, de 82,9 a 84 %; de tipo intestinal, 65,3 a 79,1 %; y del difuso, 31,2 a 18,7 %.

Conclusión. El departamento del Cauca tiene las mayores tasas de incidencia de cáncer gástrico en Colombia. Hay aumento en la detección temprana de cáncer gástrico. Las tendencias descritas a nivel mundial y nacional no se observan en el presente estudio ni en las estadísticas registradas en el DANE.

01-012

Cambios terapéuticos en el cáncer de mama basados en el perfil genético

Alejandro Orozco, Nubia Prada, Fabio Torres, Claudia Cubillos, Liliana Méndez

Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C., Colombia
aorozco.mastologia@hotmail.com , nubiaelisa@gmail.com

Introducción. Los estudios genéticos actuales en cáncer de mama han resuelto preguntas imposibles de responder previamente. Los perfiles de expresión genómica para determinar el riesgo de recurrencia, han sido introducidos recientemente a la práctica clínica para la toma de decisiones terapéuticas en las pacientes con cáncer de mama temprano.

Objetivo. Calcular el riesgo de recurrencia y orientar el tratamiento en pacientes con cáncer temprano de mama, estudiando su perfil genético.

Materiales y métodos. Se presenta una serie de pacientes con cáncer temprano de mama, diagnosticadas entre noviembre de 2010 y mayo de 2012, a quienes se les estudió el perfil genético para clasificar el riesgo de recurrencia y orientar el manejo adyuvante. Las pruebas utilizadas fueron *Oncotype Dx™ (Genomic Health)* y *Mamaprint™ (Agendia)*. Se revisaron los factores clínicos de riesgo y se calculó el riesgo de recurrencia según *Adjuvant OnLine* para cada paciente.

Resultados. En el periodo de estudio se incluyeron 80 pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer infiltrante de mama en estadios I y II. A todas las pacientes se les hizo estudio de receptores hormonales, Her2 neu y Ki67, y alguna de las dos pruebas genómicas mencionadas. Se utilizó *Oncotype Dx™* en 43 pacientes y *Mamaprint™* en 37 pacientes.

Conclusión. Los perfiles de expresión genética han modificado la toma de decisiones clínicas en el tratamiento del cáncer de mama y permiten clasificar los pacientes según su riesgo individual y personalizar el tratamiento.

01-016

Biopsia guiada por arpón en lesiones no palpables de seno

Álix Audrey Pérez, Carlos Zapata

Hospital Universitario La Samaritana - Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C., Colombia
aldrey@hotmail.com

Introducción. El cáncer de mama es una enfermedad con alto impacto a nivel mundial, siendo la más frecuente y la que cobra la vida de más mujeres, especialmente, en los países con menores niveles de desarrollo. El diagnóstico ideal es la búsqueda del cáncer sin que exista tumor palpable, La mamografía es el método de tamización que permite identificar pacientes con indicación de biopsia guiada por arpón para estudio histopatológico, lográndose la detección temprana.

Materiales y métodos. Se hizo un estudio retrospectivo y transversal, revisando las historias clínicas del archivo central del Hospital Universitario La Samaritana. Se incluyeron 122 pacientes con lesiones no palpables de seno, demostradas por mamografía, que se sometieron a biopsia guiada por arpón en un periodo de 7,5 años.

Resultados. Se reportó neoplasia maligna en 14 de las 124 biopsias, 1 de las 2 lesiones *bi-rads* III, 3 de 53 lesiones *bi-rads* IVA, 6 de 61 lesiones *bi-rads* IVB, 1 de 5 lesiones *bi-rads* IVC y 3 de 3 lesiones *bi-rads* V. Ocho fueron carcinomas ductales *in situ*, dos, carcinomas lobulillar *in situ* y, cuatro, carcinomas ductales infiltrantes. La tasa de complicaciones fue del 5,4 %.

Conclusión. Estos resultados demuestran que, ante los hallazgos mamográficos sospechosos de neoplasia maligna, debe practicarse el estudio histopatológico; la biopsia guiada por arpón es un recurso adecuado que permite detectar y, en algunos casos, tratar tumores de mama en estadio temprano, sin desconocer que es un procedimiento invasivo que puede derivar en complicaciones.

01-020

Mamografía por emisión de positrones, utilidad y limitaciones

Javier Romero, Nubia Prada, Nelson Bedoya, Fabio Torres, Alejandro Orozco

Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C., Colombia
nubiaelisa@gmail.com , javieraromero@yahoo.com

Introducción. La mamografía por emisión de positrones (PEM) es un método de diagnóstico molecular para el cáncer de mama. Permite obtener imágenes mamarias de alta resolución espacial, especialmente útiles en la detección de lesiones más pequeñas. Aún no son claras sus indicaciones específicas, ni sus ventajas respecto a otras imágenes diagnósticas de la mama.

Objetivo. Describir la experiencia inicial del uso de la mamografía por emisión de positrones en la Fundación Santa Fe de Bogotá, desde marzo hasta mayo de 2012.

Materiales y métodos. Se presenta una serie de casos, incluyendo pacientes con diagnóstico conocido de cáncer de mama, lesiones de alto riesgo y lesiones sospechosas sin confirmación de su carácter maligno.

Resultados. Se presenta una serie de 26 mujeres a quienes se les practicó mamografía por emisión de positrones. La edad promedio fue de 48 años. Las principales indicaciones para el estudio fueron el estudio de múltiples focos o centros, evaluación de lesiones de alto riesgo y seguimiento de pacientes tratadas para diferenciar las recaídas de los cambios posquirúrgicos.

Conclusión. La mamografía por emisión de positrones es una herramienta de diagnóstico basada en la medición del metabolismo celular. Sus indicaciones potenciales son la optimización de la estadificación tumoral y la definición de lesiones mamarias de alto riesgo.

01-023

Morbilidad y mortalidad en neoplasias del peritoneo tratadas con citorreducción más quimioterapia hipertérmica intraperitoneal

Fernando Arias, Jorge Otero, Eduardo Londoño, Francisco Cuervo, María Fernanda Rojas

Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C., Colombia
frankdiazc@hotmail.com

Introducción. El procedimiento de peritonectomía radical seguida por quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (*Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy*, HIPEC), se considera estándar para las neoplasias del peritoneo.

Objetivo. Evaluar los resultados de una cohorte de pacientes de la Fundación Santa Fe de Bogotá con neoplasias del peritoneo tratadas con citorreducción seguida de quimioterapia intraperitoneal hipertérmica.

Materiales y métodos. Se incluyeron 24 pacientes tratados con citorreducción seguida de quimioterapia intraperitoneal hipertérmica entre noviembre de 2007 y julio de 2010. Quince (62 %) tenían cáncer apendicular, cuatro (16,7 %), tumores primarios peritoneales, dos de ovario, uno de colon, un carcinosarcoma y un hemangioendotelioma. La edad promedio fue de 53 años (rango, 26 a 68) y la mediana de seguimiento fueron 14,2 meses (rango, 1 a 32). Se evaluó la demografía, la histología, el índice de carcinomatosis peritoneal, las características del procedimiento quirúrgico, la supervivencia libre de recaída y la global, y se determinaron la morbilidad y mortalidad a corto plazo.

Resultados. Dieciocho (75 %) pacientes tuvieron citorreducción completa. El índice de carcinomatosis peritoneal promedio fue 15 (<10: 41 % y >10: 58 %) y la mediana para tiempo quirúrgico, 12,5 horas (rango, 7 a 20), la estancia en la unidad de cuidado intensivo, 11,4 días (rango, 2 a 74), la duración del soporte nutricional, 13,8 días (rango, 12 a 65), y el tiempo de estancia hospitalaria, 29,1 días (rango, 10 a 90). Un paciente (4 %) falleció seis meses después del procedimiento por múltiples complicaciones. Se observó morbilidad de 52 %, incluyendo tromboembolia (41 %), bacteriemia relacionada con catéter (29 %), fístulas (29 %) y nefrotoxicidad (25 %). Seis pacientes (25 %) tuvieron recaída con una supervivencia libre de recaída de 21 meses.

Conclusión. La cirugía de citorreducción más quimioterapia intraperitoneal hipertérmica en pacientes bien seleccionados con neoplasias del peritoneo, es un procedimiento que se puede realizar en Colombia con un adecuado perfil de seguridad y eficacia. La mortalidad fue similar a la reportada en la literatura científica.

01-044

Tumores del estroma gastrointestinal (GIST)

Eusebio Contreras, Inés Benedetti, José Posada, Jonathan Liendo, Iván Barrios

Facultad de Medicina - Universidad de Cartagena, Cartagena de Indias, Colombia
jonathanliendo@hotmail.com

Introducción. Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son una entidad de rara presentación e manifestaciones difusas. Los avances en biología molecular e inmunohistoquímica han favorecido su diagnóstico definitivo y abordaje; sin embargo, su baja incidencia limita los estudios al respecto. En Colombia es escasa la

literatura científica sobre el tema, por lo cual es necesario compartir experiencias al respecto.

Objetivo. Describir las características clínicas e histopatológicas, así como el diagnóstico y tratamiento clínico y quirúrgico de los pacientes con GIST en el Hospital Universitario del Caribe de Cartagena de Indias en el periodo 2009 a 2011.

Materiales y métodos. Se llevó a cabo un estudio descriptivo y retrospectivo. A partir de la base de datos del servicio de patología, se seleccionaron todos los casos de GIST diagnosticados en especímenes de resección quirúrgica, con detección por inmunohistoquímica de CD117. Se revisaron las historias clínicas en búsqueda de las características de los casos.

Resultados. Se encontraron seis casos (4 mujeres y 2 hombres) que correspondieron a: uno esofágico, dos gástricos, uno duodenal, uno yeyunal y uno de colon. La edad osciló entre los 37 y los 68 años (promedio, 52). Todos los casos correspondieron a resección quirúrgica mediante video-toracoscopia, video-laparoscopia y laparotomía, en cuyo estudio del espécimen, en todos reportó tumor de alto grado, con inmunohistoquímica positiva para CD117. El manejo clínico fue con 400 mg/día de imatinib, con seguimiento clínico e imaginológico que, en algunos casos, demostró recurrencia.

Conclusión. Los GIST corresponden a una entidad de escasa presentación, cuyo diagnóstico está asociado a hallazgos incidentales imaginológicos y endoscópicos. La detección inmunohistoquímica de CD117 permite un diagnóstico definitivo y tratamientos específicos para este tumor.

01-046

Cáncer de tiroides de bajo riesgo, frecuencia de un nuevo tumor primario

Mario Enríquez, Yeimer Uribe

Universidad del Valle, Cali, Colombia
unalmed@yahoo.es

Introducción. El complemento de la cirugía en cáncer de tiroides es el tratamiento con yodo 131, que se ha utilizado de manera generalizada a nivel mundial. Con el seguimiento de cohortes de pacientes tratados con cáncer de tiroides, se ha encontrado que se incrementa el riesgo de la aparición de un segundo tumor primario como consecuencia de la exposición a radiación, por lo cual surge la preocupación de determinar los pacientes que deben exponerse y los que no. Las nuevas publicaciones tienden a demostrar que los pacientes catalogados como de bajo riesgo no deben exponerse a dicho tratamiento. Por este motivo, es necesario determinar el número de pacientes que se encuentran bajo riesgo, con el fin de reorientar los nuevos esquemas de tratamiento en nuestras instituciones.

Objetivo. Definir el grupo de población de bajo riesgo en nuestras instituciones y determinar los que se encuentran en riesgo de aparición de un segundo primario.

Materiales y métodos. Se llevó a cabo un estudio retrospectivo de 100 pacientes sometidos a tratamiento con yodo radiactivo, desde enero de 2007. Se determinaron los pacientes de bajo riesgo, con tumores menores de 2 cm, sin extensión extratiroides ni metástasis a distancia en menores de 45 años. Se determinaron los grupos por estadio y exposición a las dosis de radiación dentro del tratamiento.

Resultados. El grupo de pacientes de bajo riesgo se encuentra sometido a un riesgo incrementado para la aparición de un segundo primario.

Conclusión. Existe un grupo de pacientes que no se benefician de la yodoterapia.

01-048

Cirugía multivisceral en cáncer de colon localmente avanzado, reporte de casos

Maikel Pacheco, Guillermo Aldana, Orlando Velásquez, Nairo Senejoa, Manuel Guillermo Pabón, Diego Alejandro Ardila
Hospital Universitario Infantil de San José, Bogotá, D.C., Colombia
mgpp84@hotmail.com

Introducción. El cáncer colorrectal es una enfermedad que afecta preferencialmente a una población mayor de 60 años, lo que favorece a que su diagnóstico se haga en estadios avanzados y sintomáticos. Usualmente se establece un diagnóstico de cáncer colorrectal localmente avanzado y la infiltración del tumor se determina durante el procedimiento quirúrgico. Consecuentemente, se necesita una resección en bloque, con una resección radical que incluya órganos y estructuras adyacentes, es decir, una resección multivisceral.

Objetivo. Presentar en forma retrospectiva la experiencia del Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario Infantil de San José y el Hospital de San José de Bogotá, en el manejo quirúrgico de cáncer colorrectal localmente avanzado con cirugía multivisceral, por parte de un equipo multidisciplinario.

Materiales y métodos. Se revisaron en forma retrospectiva las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal localmente avanzado y que se sometieron a resección quirúrgica multivisceral. Se describieron los diferentes tiempos quirúrgicos y las diferentes complicaciones posoperatorias.

Resultados. Se analizaron las diferentes complicaciones posoperatorias del procedimiento quirúrgico en dicha condición, y se enumeran los diferentes factores asociados con el tumor, los motivos de consulta y el tipo de localización del mismo, y el impacto en el pronóstico de la enfermedad.

Conclusión. En la revisión de las historias de los pacientes con este diagnóstico en quienes se practicó una resección quirúrgica, se redefinió a 10 pacientes, en los que se documentaron las diferentes complicaciones y su seguimiento.

01-066

Encuesta sobre el uso actual de la biopsia de ganglio centinela para cáncer de mama en Latinoamérica

Jaime Escallón, Sergio Acuña, Fernando Angarita
Universidad de Toronto, Toronto, Canadá
jescallon@mtsinai.on.ca

Introducción. Actualmente en la literatura científica hay poca información sobre cómo se ha llevado a la práctica clínica en Latinoamérica la biopsia de ganglio centinela.

Objetivo. Determinar la experiencia con la biopsia de ganglio centinela para cáncer de mama en Latinoamérica.

Materiales y métodos. Se aplicó una encuesta virtual que incluía preguntas correspondientes a aspectos demográficos, validación de la técnica, entrenamiento, características de la técnica, implementación y desafíos, efectos adversos y uso de la biopsia de ganglio centinela en casos controversiales. La encuesta se distribuyó a los miembros de las asociaciones de cirugía de 17 países latinoamericanos.

Resultados. Un total de 463 cirujanos que manejan casos de cáncer de mama respondieron. Aproximadamente, 39 % de ellos maneja un volumen de casos moderado a alto (más de cuatro casos al mes) y, de estos, el 88 % toma habitualmente biopsia de ganglio centinela. Las principales limitaciones percibidas para la implementación de la técnica en la región, son la falta de recursos o de equipos (48 %) y la falta de oportunidades de entrenamiento (33 %). Más del 70 % de los cirujanos reportaron que menos de la mitad de sus pacientes son elegibles para la biopsia de ganglio centinela. La mayoría de los cirujanos que respondieron la encuesta trabajan en instituciones académicas y el 68 % están involucrados en la enseñanza de la técnica a médicos residentes.

Conclusión. La biopsia de ganglio centinela es habitualmente usada por cirujanos que manejan un volumen moderado a alto de casos de cáncer de mama. Aun así, una importante proporción de casos de cáncer de mama son tratados por cirujanos con prácticas de bajo volumen y, probablemente, la biopsia de ganglio centinela no se ofrece a esos pacientes. Existen oportunidades para mejorar el acceso mediante el desarrollo de estrategias de enseñanza.

01-070

Caracterización epidemiológica del cáncer colorrectal en una institución de tercer nivel

Julián Meza, Jesús Díaz, Carmen Daza
Universidad del Cauca, Popayán, Colombia
drjamezaro@gmail.com

Introducción. El cáncer colorrectal se diagnostica en estadios clínicos avanzados, lo que lleva a ofrecer tratamientos paliativos. Se han descrito varios factores de riesgo asociados a su presentación, por lo que resulta importante conocer cuáles de ellos se encuentran presentes en los pacientes manejados en nuestra institución.

Objetivo. Hacer la caracterización epidemiológica de los pacientes con cáncer colorrectal en el Hospital Universitario San José en el periodo de septiembre del 2007 al 2011.

Materiales y métodos. Se hizo un estudio descriptivo de corte transversal que incluyó 71 pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal, a quienes se les aplicó una encuesta encaminada a detectar la presencia de los factores de riesgo conocidos, y se llevó a cabo el análisis univariado y multivariado de las variables.

Resultados. En los 71 pacientes se encontró un promedio de edad de 62.34 años, con diferencias en el género, 45% masculino y 54% femenino, el principal síntoma fue el dolor abdominal 45.1%, la localización más frecuente fue el recto con 26.8%, solo 1 paciente tenía historia familiar y 5 personas 7% tenían antecedente de resección de pólipos adenomatosos, el 90.1% presentaba consumo de carnes rojas y grasas, el 80% consumía fibra en la dieta, el 47.9% consumía alcohol en un promedio de 18.1 años, el 49.3% de los pacientes eran fumadores en un promedio de 20.59 años, el 56.3% de los pacientes no realizaban ejercicio.

Conclusión. Los factores de riesgo que se encuentran presentes en nuestros pacientes son los asociados con estilos de vida y hábitos alimentarios, y poco se encuentran los antecedentes clínicos descritos en la literatura científica.

01-072

Tumor phylloides, reporte de tres casos

Eduardo Cabrera, Jaime Rubiano
Universidad del Valle, Cali, Colombia
eca164@hotmail.com

Introducción. El tumor *phylloides* es un raro tumor de origen fibroepitelial, que representa menos del 1 % de los tumores epiteliales del seno. La gran mayoría tiene un curso benigno, a diferencia de otros sarcomas de tejidos blandos, y un porcentaje menor está constituido por tumores malignos capaces de tener un crecimiento rápido y de producir metástasis.

Objetivo. Reportar tres casos de tumor *phylloides* y revisar la literatura científica.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo, con reporte de casos.

Resultados. Se revisaron tres casos de tumor *phylloides* con un promedio de edad de presentación a los 36 años, evolución promedio de un año y medio, y con biopsia indicativa de tumor *phylloides*. Las pacientes se sometieron a mastectomía simple. En una de ellas fue cirugía de urgencia, por haber sido remitida por sangrado profuso del sitio de la biopsia. El peso promedio fue de dos kilogramos. Hubo dos casos benignos y uno de grado intermedio.

Conclusión. Se trató de pacientes jóvenes que acudieron en un estadio avanzado de su enfermedad, sin haberse podido usar cirugía conservadora y con buena evolución clínica posquirúrgica. El papel de la radioterapia y de la quimioterapia en los tumores benignos o intermedios de gran tamaño, es controversial y, debido a la falta de estudios, no se puede concluir acerca de su utilidad. Estas pacientes no recibieron tratamiento adicional.

01-073

Estudio retrospectivo de la frecuencia de márgenes positivos en cirugía conservadora de mama

Eduardo Cabrera, Jaime Rubiano

Universidad del Valle, Cali, Colombia

eca164@hotmail.com

Introducción. Cuando el objetivo de la cirugía conservadora de mama es la cuadrantectomía, ésta se convierte en el procedimiento quirúrgico de elección. Su desventaja es encontrar en la pieza de histopatología los márgenes comprometidos por tumor. Hay un acuerdo en que el riesgo de recurrencia local se incrementa si los márgenes quirúrgicos son positivos, con implicaciones pronósticas a largo y a corto plazo.

Objetivo. Determinar la frecuencia de márgenes positivos en cuadrantectomías llevadas a cabo en el Hospital Universitario del Valle.

Materiales y métodos. Se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo y retrospectivo. Se revisaron 500 cuadrantectomías, de las cuales se excluyeron 54, entre los años 2004 y 2011. En el análisis estadístico se consideraron promedios, porcentajes y tablas de distribución de frecuencias.

Resultados. Se encontraron 51 cuadrantectomías con margen positivo (11,4 %), la mayor frecuencia se encontró entre los 35 y 50 años (39 %). En el 70 % solo hubo un margen positivo, y el margen inferior fue el más frecuentemente comprometido (23,5 %). En el 64 % de los casos se practicó vaciamiento linfático axilar; de estos, el 75 % fue positivo y el 92 % correspondió a carcinoma ductal infiltrante mayor de 2 cm.

Conclusión. El porcentaje de pacientes con márgenes positivos se encuentra dentro de lo informado en la literatura científica, como un indicador de buena calidad en el manejo conservador del cáncer de

mama en nuestro hospital: 11,4 %. El estado de los márgenes debe incluirse dentro de los índices de calidad por las instituciones de salud que atienden pacientes con cáncer de mama y su informe anual debe reportarse obligatoriamente a los entes de salud.

01-074

Estudio retrospectivo de la frecuencia del cáncer asociado a embarazo

Eduardo Cabrera, Jaime Rubiano

Universidad del Valle, Cali, Colombia

eca164@hotmail.com

Introducción. El cáncer es la segunda causa de muerte en mujeres en edad reproductiva y, asociado al embarazo, ocurre en el 0,07 % a 0,1 %. Aunque infrecuente, crea un conflicto entre el tratamiento óptimo y el bienestar fetal.

Objetivo. Determinar la frecuencia de cáncer asociado al embarazo en el Hospital Universitario del Valle y revisar la literatura científica actual para su diagnóstico y manejo.

Materiales y métodos. Se llevó a cabo un estudio descriptivo y retrospectivo. Se revisaron 700 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de embarazo de alto riesgo, admitidas entre los años 2004 y 2011. Se hizo el análisis estadístico de promedios, porcentajes y tablas de distribución de frecuencias.

Resultados. Se encontraron 10 casos de cáncer asociado al embarazo, cinco de cáncer de cuello uterino y cinco de cáncer de ovario o cáncer de mama, leucemia mieloide aguda o crónica o adenocarcinoma de recto. La opción de tratamiento en el primer trimestre fue la interrupción del embarazo y en el segundo y tercer trimestre, la evacuación por cesárea previa maduración pulmonar fetal con corticoides antes de las 32 semanas. Todos correspondieron a cáncer en estado avanzado.

Conclusión. En nuestro Hospital, como centro de referencia, el cáncer asociado al embarazo tiene una frecuencia de 7 %. Se presenta en estadio avanzado, por lo que las opciones de tratamiento son más difíciles y controversiales, con una alta tasa de morbimortalidad fetal. La quimioterapia es una opción terapéutica que se debe tener en cuenta para utilizar una cirugía más conservadora, con el objetivo de dejar avanzar la gestación hasta tener un feto más viable.

01-075

Manejo quirúrgico del tumor primario en cáncer de mama en estadio IV, reporte de dos casos

Eduardo Cabrera, Jaime Rubiano

Universidad del Valle, Cali, Colombia

eca164@hotmail.com

Introducción. El cáncer metastásico de mama corresponde, aproximadamente, al 10 % de los de mama y representa un grupo en el que el pronóstico y la evolución clínica dependen de factores del huésped. El *National Cancer Database* (NCDB) y el programa *Surveillance, Epidemiology, and Results* (SEER), han demostrado que la resección del tumor primario mejora la supervivencia global de los pacientes en estadio IV.

Objetivo. Reportar dos casos de cáncer de mama en estadio IV, con cirugía del tumor primario como tratamiento inicial.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo, con reporte de casos.

Resultados. Eran dos pacientes jóvenes sometidas a mastectomía radical modificada, con buena evolución posquirúrgica y a un año de seguimiento.

Conclusión. Aunque no hay estudios de asignación aleatoria sobre la utilidad de la resección del tumor primario, los estudios retrospectivos sugieren un beneficio importante en la supervivencia de las pacientes con enfermedad metastásica. Hay estudios prospectivos actualmente en curso. Consideramos que, dentro del tratamiento de la paciente con cáncer de mama en estadio IV, es fundamental disminuir la carga tumoral con la extirpación del tumor primario, lo que hace más efectivos los tratamientos sistémicos.

01-076

Neoplasias malignas múltiples, evaluación descriptiva del registro de población con cáncer de Cali

Jaime Rubiano

Universidad del Valle, Cali, Colombia
jrubiano123@hotmail.com

Introducción. Hay gran número de casos nuevos de cáncer con aumento de la supervivencia. Esto, aunado a mejores opciones de tratamiento para otras enfermedades de alta mortalidad, como las cardiovasculares, y claro incremento en la expectativa de vida en la población general, favorece la posibilidad de observar múltiples tipos de cáncer en un mismo paciente.

Objetivo. Caracterizar el comportamiento de las neoplasias malignas múltiples en el registro de Cali de población con cáncer.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio descriptivo en el que se incluyeron todos los pacientes con neoplasias malignas múltiples registradas en la base de datos del Registro Poblacional de Cáncer de Cali, durante el periodo 1995-2005.

Resultados. En Cali se registraron 36.856 casos de cáncer, de los cuales, 340 (0,8 %) fueron neoplasias primarias múltiples. La mayoría de los casos se presentaron en mujeres entre los 45 y 64 años y en hombres mayores de 65 años (44,1 %).

En los pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata, el segundo tumor primario más frecuente fue el de estómago (20,8 %), el de órganos hemato-linfoides (17 %) y el de pulmón (15,1 %).

Conclusión. Las neoplasias malignas múltiples fueron infrecuentes y representaron 0,92 % del total (36.856) de casos nuevos de cáncer diagnosticados en Cali durante la década evaluada. Se encontraron diferencias en la distribución según edad y sexo. El tiempo promedio de aparición del segundo cáncer fue de 31,6 meses, 35 % de los cuales se diagnosticaron durante el primer año.

TRAUMA

01-102

Toracoscopia en pacientes con trauma penetrante de tórax y hemotórax masivo

Bernardo Alfonso Borrás, Rodolfo Valentín Barrios

Universidad El Bosque, Bogotá, D.C., Colombia

Introducción. El trauma constituye la principal causa de muerte y discapacidad en la población económicamente activa de nuestro país. El trauma cardiorráquico es responsable de, aproximadamente, el 75 % de las muertes atribuidas a trauma. Las lesiones penetrantes por arma corto-punzante y proyectil de arma de fuego, generan una

mortalidad que varía entre 3 y 20 % según el mecanismo del trauma; las últimas son más letales.

Objetivo. Comparar la toracoscopia con la toracotomía en el tratamiento del trauma agudo de tórax con hemotórax y estabilidad hemodinámica.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio descriptivo y de correlación que se llevó a cabo entre el 1º septiembre de 2008 y el 30 septiembre de 2011, que incluyó pacientes con hemotórax masivo por trauma penetrante, que se encontraban estables hemodinámicamente y que fueron manejados por toracoscopia o toracotomía.

Resultado. En este grupo de pacientes hemodinámicamente estables con hemotórax masivo se pudo concluir que la toracoscopia, en comparación con la toracotomía, había sido un abordaje seguro para el manejo del trauma agudo de tórax. Presentaron menor estancia hospitalaria y menor tasa de complicaciones posoperatorias. No se presentaron diferencias en el tiempo quirúrgico entre ambos procedimientos, ni ninguna conversión por parte de los intervenidos por toracoscopia.

Conclusiones. La toracoscopia en comparación con la toracotomía fue un abordaje seguro para el manejo del trauma agudo de tórax en pacientes hemodinámicamente estables con hemotórax masivo, presentando una menor estancia hospitalaria y menor tasa de complicaciones posoperatorias.

INFECCIONES

01-077

Estrategia de nueva laparotomía en el manejo de la infección intraabdominal complicada

Luis Rojas, Darío Perdomo, Luis Sanabria, Héctor Polanía, Kevin Montoya

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

Introducción. La sepsis y sus complicaciones son la principal causa de morbimortalidad en los pacientes quirúrgicos en la unidad de cuidados intensivos. La peritonitis y la sepsis intraabdominal hacen parte de ese amplio espectro. De los pacientes que cursan con peritonitis, 20 % no logra controlar el proceso infeccioso con la laparotomía índice y un cubrimiento antibiótico adecuado. Estos pacientes tienen un puntaje APACHE II mayor de 10 o un índice de Mannheim mayor de 21. En la literatura científica se recomienda que deben tratarse con una estrategia especial: nueva laparotomía según demanda Vs. nueva laparotomía planeada por etapas con laparostomía

Objetivo. Describir los resultados de la estrategia de nueva laparotomía en el contexto del manejo de la infección intraabdominal complicada en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, en el periodo comprendido entre enero de 2005 y enero de 2011.

Materiales y métodos. Se llevó a cabo un estudio transversal, descriptivo y retrospectivo. Se incluyó una muestra de población de 120 pacientes, recolectada con base en las historias clínicas e informes quirúrgicos del 1º enero de 2005 al 1º de enero de 2011. Los criterios de inclusión fueron: diagnóstico de peritonitis secundaria grave o peritonitis terciaria, descripción en el informe quirúrgico de nueva laparotomía planeada por etapas o nueva laparotomía según demanda. El análisis estadístico se hizo con Excel® 2007. Se tuvieron en cuenta las consideraciones éticas de bajo riesgo, según la Resolución 8430.

Resultados. La mortalidad por infección intraabdominal complicada en nuestra institución fue de 35 %. La mortalidad fue mayor con la estrategia de nueva laparotomía planeada por etapas (43 %) Vs. según demanda (18 %). El APACHE II mayor de 15 y las enfermedades concomitantes al ingreso se asociaron con una mayor mortalidad. El 9 % de los pacientes terminaron en peritonitis terciaria, con un mortalidad de 30 %, similar a la reportada en la literatura mundial.

Conclusión. No existen unos criterios objetivos claros con respecto a cuándo usar una u otra estrategia, cuántos lavados son necesarios o cuándo suspenderla.

HERNIAS

01-41

Experiencia en herniorrafia inguinal por laparoscopia

Catalina Restrepo, Andrea Hernández, María Arroyave, Sergio Díaz
Universidad CES, Medellín, Colombia
catarreyes@gmail.com

Introducción. Con el advenimiento de la cirugía mínimamente invasiva, se ha incrementado el uso de la herniorrafia inguinal por esta vía, obteniéndose resultados comparables con los de la cirugía abierta, y se han adicionando los beneficios propios de la cirugía laparoscopia, como son menor tiempo de hospitalización, menos dolor posoperatorio, menor incapacidad y menos complicaciones infecciosas.

Objetivo. Evaluar los resultados obtenidos en la Clínica Somer con la herniorrafia inguinal por laparoscopia, las complicaciones asociadas, el dolor posoperatorio, la necesidad de analgésicos y la incapacidad laboral.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo, con revisión de historias clínicas, seguimiento en la consulta externa y llamadas telefónicas.

Resultados. Se intervinieron 33 pacientes, 21 con herniorrafia unilateral y 12 por herniorrafia bilateral. En todos los pacientes se utilizó una técnica extraperitoneal con malla de polipropileno. El 85 % de los pacientes con clasificación del dolor (según la escala análoga) de 5 o menos, y el 75 % necesitaron analgésicos por una semana. No se presentaron complicaciones en la cirugía ni en el posoperatorio. El seguimiento de los pacientes fue de 2 a 12 meses, con cinco que refirieron algún grado de molestias en la región inguinal o umbilical.

Conclusión. La herniorrafia inguinal por laparoscopia es un método efectivo para el manejo de hernias inguinales, lográndose una adecuada recuperación, con buen control del dolor y pronto retorno a las actividades diarias. No se presentaron complicaciones ni recaídas en este estudio.

01-047

Separación de componentes y malla biológica en la hernia ventral compleja

Juan Ayala, Maikel Pacheco, Mario Barrera
Hospital Universitario Infantil de San José - Hospital de San José, Bogotá, D.C., Colombia
mariohbl@gmail.com

Introducción. Los defectos complejos de la pared abdominal (hernia ventral), incluyendo aquellos con fistula entero-atmosférica, estoma o infección activa, son una complicación frecuente de la laparotomía en pacientes que se han manejado para abdomen abierto. El difícil manejo de dichos defectos ha llevado a la implementación de nuevos recursos tecnológicos combinados con técnicas antiguas de reconstrucción sin prótesis, que han demostrado buenas tasas de efectividad. El abordaje de estos pacientes con prótesis de malla biológica en nuestros centros de práctica, es una técnica implementada por primera vez en Suramérica.

Objetivo. Demostrar la experiencia del Hospital Universitario Infantil de San José y el Hospital de San José en el manejo de la hernia ventral compleja, mediante la técnica de colocación de malla biológica y separación de componentes.

Materials y métodos. Se presenta una serie de pacientes con hernia ventral compleja secundaria al manejo con laparotomía por trauma o catástrofe abdominal, que son llevados de forma electiva a reconstrucción de pared abdominal en un procedimiento simultáneo de corrección de fistula, estoma o drenaje de infección, más colocación de malla biológica y cierre de pared con técnica de separación de componentes.

Resultados. Durante el periodo comprendido entre febrero de 2011 y abril de 2012, se operaron 11 pacientes con indicación de colocación de malla biológica en el Hospital Universitario Infantil de San José y 1 paciente en el Hospital de San José. Las complicaciones fueron fistula entero-cutánea en un paciente (9 %) y dehiscencia de la herida en un paciente (9 %) con cicatrización final adecuada; los demás pacientes tuvieron evolución favorable.

Conclusión. La malla biológica junto con la técnica de separación de componentes, constituye una alternativa terapéutica factible y costo-eficiente cuando se encuentra adecuadamente indicada en pacientes con hernia ventral que presenten un territorio potencialmente contaminado o con infección activa.

01-049

Experiencia en la herniorrafia inguinal por vía laparoscópica totalmente extraperitoneal

Juan Ayala, Diego Ardila, Maikel Pacheco
Hospital Universitario de San José, Bogotá, D.C., Colombia
www.hospitalinfantildesanjose.org.co

Introducción. La herniorrafia inguinal por laparoscopia se presenta como una opción terapéutica que favorece al paciente, el dolor y la incapacidad posoperatoria, además de ofrecer resultados similares en cuanto a reproducción de las mismas comparada con la herniorrafia abierta convencional. Hoy en día, es la opción terapéutica indicada para pacientes con hernia inguinal bilateral y hernia inguinal reproducida.

Objetivo. Presentar la experiencia en herniorrafia laparoscópica en una institución universitaria y los resultados enfocados en la reproducción de las hernias y las complicaciones derivadas del procedimiento.

Materiales y método. Mediante el sistema hospitalario (*Servinte Clinical Suite*), se recolectaron los datos de pacientes intervenidos quirúrgicamente entre el 7 de marzo del 2011 y el 14 de mayo del 2012. En total, se practicaron 91 herniorrafias inguinales por laparoscopia, 45 herniorrafias inguinales bilaterales y una herniorrafia inguinal reproducida. El seguimiento se obtuvo mediante el mismo sistema, evaluando los datos de las consultas externas posoperatorias y las valoraciones en el servicio de urgencias de la institución.

Resultados. En la valoración posoperatoria, mínimo en un mes y máximo en un año, dos pacientes presentaron seroma, dos presentaron equimosis en pared, en relación con puertos de laparoscopia; no hubo reproducción, daño testicular, daño vascular mayor, ni se presentó mortalidad.

Conclusión. El abordaje totalmente extraperitoneal es seguro y eficaz en pacientes con hernias inguinales bilaterales y reproducidas, por haber menor dolor e incapacidad, y hacerse la corrección por una misma vía quirúrgica.

OTROS

01-025

Inserción por laparoscopia del catéter para diálisis peritoneal ambulatoria continua

Francisco Javier Díaz, Elkin Cabrera, Akram Kadamanni, Manuel Mosquera, Gabriel Sánchez, Carlos Salgar
Fundación Cardioinfantil, Bogotá, D.C., Colombia
elkincabreramd@hotmail.com
frankdiazc@hotmail.com

Introducción. La diálisis peritoneal ambulatoria continua es un método de tratamiento de la enfermedad renal crónica terminal. La inserción abierta del catéter es la técnica quirúrgica estándar. Sin embargo, se relaciona con problemas mecánicos hasta en 60 % de los casos, incluyendo obstrucción, fugas, hemoperitoneo y dolor. En estudios recientes se ha demostrado que la inserción del catéter por laparoscopia se asocia con una menor tasa de complicaciones, sin aumentar los costos.

Objetivo. Describir el procedimiento quirúrgico con la utilización de dos puertos y determinar la utilidad, seguridad, el impacto económico y las complicaciones de la colocación de diálisis peritoneal ambulatoria continua por vía laparoscópica.

Materiales y métodos. Se presenta una cohorte de pacientes con implante de catéter por vía laparoscópica para diálisis peritoneal ambulatoria continua, entre mayo de 2011 y mayo de 2012. Se incluyeron 20 pacientes para colocación del catéter por primera vez e inicio de diálisis peritoneal. Se logró exitosamente el procedimiento en el 100 % de los casos. Se analizaron variables clínicas como procedimientos previos, las tasas de complicaciones y la reintervención.

Resultados. Los principales resultados fueron la disminución en la estancia hospitalaria, las tasas de readmisión y el dolor posoperatorio, y de complicaciones como disfunción del catéter, sangrado, fístula peritoneal y necesidad de reintervención.

Conclusión. La vía laparoscópica para implantar el catéter para diálisis peritoneal ambulatoria continua en el manejo de la insuficiencia renal crónica, es una opción segura y efectiva. Se demuestran los beneficios del acceso mínimamente invasivo y la visión directa de la ubicación del catéter. No se incrementaron los costos y se disminuyeron las tasas de complicaciones.

01-026

Práctica en cirugía de mama: educación médica y profesionalismo en tecnología digital

Nick Tarazona, Lilian Torregrosa, María Angélica Botero
Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C., Colombia
natarazona@husi.org.co

Introducción. La mayoría de los estudiantes de medicina usan las redes sociales y las plataformas de 'nube' para el manejo de documentos, el almacenamiento y envío de presentaciones académicas.

Objetivo. Optimizar tiempo y recursos en la estrategia de enseñanza de la práctica quirúrgica en el Departamento de Cirugía del Hospital Universitario San Ignacio y la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá.

Materiales y métodos. El programa académico de la práctica de cirugía de mama, la simulación virtual con pacientes, las lecturas recomendadas y las fuentes de información, así como algunos aspectos básicos de profesionalismo, fueron adaptados a las redes sociales y plataformas de la nube. Al final del semestre académico, se evaluó la estrategia por medio de la herramienta *web JotForm*. Los estudiantes hicieron una retroalimentación sobre profesionalismo médico y el desarrollo de habilidades en el mismo.

Resultados. La página *iRotation* fue percibida como una herramienta académica útil, por ambos, estudiantes y profesores. Además, la mayoría de estudiantes, de docentes y la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana reportaron haber disfrutado la actividad de cirugía de mama *web 2.0*. Fue percibida como una herramienta innovadora que optimiza el tiempo, tanto para estudiantes como para profesores.

Conclusión. Se demostró la factibilidad de un nuevo modelo para la práctica clínica en cirugía de mama. Serán necesarios estudios posteriores para determinar el impacto de este modelo en la práctica clínica en cirugía de mama a nivel global.

01-027

FABUMED: modelo innovador para acceder a información médica

Nick Tarazona
Departamento de Cirugía, Hospital Universitario de San Ignacio, Bogotá, D.C., Colombia
ceo@fabumed.net

Introducción. En la actualidad, existen numerosas bases de datos, libros y *blogs* en diferentes idiomas. Cada búsqueda demanda tiempo y el acceso a las bases de datos no es fácil. Es por esta razón que acceder al conocimiento para responder preguntas de investigación o toma de decisiones, se convierte en un problema. FABUMED integra las principales bases de datos, entre las cuales se encuentran: Pubmed, Cochrane, DARE, LILACS, IBECs, NHS, EMRO, SEARO, WPRO, AIM, FDA, NCCN y AHRQ.

Objetivo. Implementar FABUMED para acceder a la evidencia de forma eficiente, sin afectar la calidad de los resultados durante el proceso.

Materiales y métodos. Se implementó la plataforma FABUMED (facilitar las búsquedas en medicina) y se presentó en los diferentes departamentos del Hospital Universitario San Ignacio, en la Asociación Colombiana de Cirugía y en la IPS Javesalud.

Resultados. Se evidenció una mejoría subjetiva en la facilidad de la búsqueda, con disminución de los tiempos, aumento de la calidad de los resultados, así como también, aumento de la sensibilidad y especificidad en los resultados y estudios en cirugía.

Conclusión. FABUMED es una plataforma que incrementa la calidad de los resultados, disminuyendo el tiempo de las búsquedas, siste-

matiza las estrategias de búsqueda y permite priorizar los resultados con mayor calidad, maximizando la sensibilidad y especificidad en cada búsqueda. Es necesario, por medio de estudios prospectivos, evaluar el impacto real de FABUMED en los estudiantes de medicina.

01-028

Elección de una carrera quirúrgica: análisis multi-institucional de 360° en Colombia

Luis Carlos Domínguez, Erick Espitia, Alvaro E. Sanabria, Valentín Vega, Carlos Osorio, Elkin Cabrera

Departamento de Cirugía, Universidad de la Sabana, Chía, Colombia.; Pontificia Universidad Javeriana, Hospital Universitario de San Ignacio, Bogotá, D.C., Colombia
carlosdot@unisabana.edu.co

Introducción. Las preferencias para optar por una carrera quirúrgica están en continua evolución. El estatus, los modelos, el salario y la personalidad han sido factores que influyen positivamente; no obstante, el estilo de vida, la carga laboral, las demandas médicas y las diferencias de sexo, se reconocen como influencias negativas. Por consiguiente, existe disminución progresiva de los aspirantes a la carrera quirúrgica en el mundo. No existe información al respecto en Colombia.

Objetivo. Analizar las preferencias para elegir la carrera quirúrgica en Colombia, con base en una evaluación de 360°.

Materiales y métodos. Se aplicó una encuesta cerrada y anónima a dos grupos de participantes en dos instituciones académicas privadas en Bogotá: el grupo 1, de médicos internos, y el grupo 2, de aspirantes a cirugía general, residentes y profesores. Se evaluaron seis categorías: oportunidades económicas, oportunidades laborales, estilo de vida, influencias (modelos y mentores), tipo de práctica y estatus. Se hizo un análisis univariado y multivariado para identificar los factores para la decisión mediante el cálculo del OR ($IC_{95\%}$) ($p < 0,05$).

Resultados. Se aplicaron 176 encuestas, 113 en el grupo 2 (64,2 %). Las variables independientes identificadas como factores de influencia positiva, fueron: en el grupo 1, personalidad ($p < 0,001$), deseo de mando ($p < 0,001$) y tipo de relación médico-paciente ($p < 0,05$); en el grupo 2, personalidad ($p < 0,001$), prestigio ($p < 0,02$) e integridad en el cuidado ($p < 0,001$); y en total, personalidad ($0,001$) e integridad en el cuidado ($p = 0,06$). Los litigios y la duración del posgrado (4 años) ($p < 0,006$) fueron factores adversos para la decisión en el grupo 2.

Conclusión. El tipo de personalidad es una característica transversal para la decisión sobre una carrera quirúrgica. Los procesos de selección de residentes para el programa deben contar con un análisis profundo de esta característica. Existe una hipotética diferenciación entre la relación médico clínico-paciente y cirujano-paciente, que debe ser analizada. Se requieren nuevos estudios para comparar estas preferencias en otras especialidades diferentes a la cirugía.

01-029

Escala APGAR en predicción de complicaciones y muerte perioperatoria: análisis prospectivo

Mónica Castro, Luis Carlos Domínguez, Erik Espitia, Nick Tarazona

Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C., Colombia
ldominguez@javeriana.edu.co

Introducción. La escala quirúrgica APGAR es una herramienta para la estratificación del riesgo operatorio.

Objetivo. Evaluar el rendimiento de la escala en el servicio quirúrgico de una institución académica de cuarto nivel, determinando su capacidad predictora de complicaciones y muerte perioperatoria.

Materiales y métodos. Se conformó en forma prospectiva una cohorte de adultos sometidos a cirugía general electiva o urgente entre septiembre y noviembre de 2011. Para el análisis, la cohorte se subdividió en: grupo 1, apendicectomía, colecistectomía y cirugía de cuello, mama, perianal, tejidos blandos y pared abdominal; grupo 2, cirugía compleja abdominal (gastrectomía, colectomía, resección intestinal, hepaticobiliar y retroperitoneo). La escala quirúrgica APGAR se calculó en todos los pacientes y se correlacionó con la probabilidad de complicaciones (infección del sitio operatorio, neumonía, reintervención no planeada, asistencia respiratoria mecánica por más de 48 horas y muerte en los 30 días consecutivos al procedimiento). La relación entre la escala y las complicaciones se evaluó mediante la prueba de χ^2 ($p < 0,05$) y cálculo del riesgo relativo ($IC_{95\%}$) para cada nivel y grupo de procedimientos.

Resultados. Se incluyeron 488 pacientes (57,7 % mujeres). La edad promedio fue de 48,4 años (rango, 18-91). El 57,7 % de los procedimientos fueron urgentes y 35,2 % se practicaron por laparoscopia. Se correlacionaron significativamente con mayor probabilidad de complicaciones y muerte, el antecedente de enfermedad cardiovascular ($p < 0,001$), ser hombre ($p < 0,05$), la cirugía abierta ($p < 0,003$), el cáncer ($p < 0,001$), el ASA de 3 o más ($p < 0,001$) y en el grupo 2 (29,4 %; $p < 0,001$). Los pacientes con escala quirúrgica APGAR de 0 a 4 presentaron mayores complicaciones (46,1 %; OR=13,8; $p < 0,001$), infección del sitio operatorio (9,5 %; OR=8,3; $p = 0,004$), neumonía (22,2 %; OR=13,5; $p < 0,001$), asistencia respiratoria mecánica por más de 48 horas (20,6 %; OR=38,6; $p < 0,001$), reintervención no planeada (10,5 %; OR=4,7; $p < 0,003$) y muerte (20,6 %; OR=24,1; $p = 0,003$). En los niveles superiores de la escala quirúrgica APGAR se documentó una tendencia hacia la reducción de complicaciones y muerte. El promedio de días de estancia hospitalaria fue 7,1 (rango, 0-82) y, de incapacidad, 11,1 (rango, 0-71).

Conclusión. La escala quirúrgica APGAR provee una objetiva estratificación intraoperatoria de riesgo. Los resultados evaluados se encuentran dentro de los estándares reportados. Deben hacerse nuevos estudios para evaluar los factores de la atención que puedan impactar en los resultados en los niveles bajos de la escala.

01-030

Cirugía basada en la “evidencia”, implementación con redes sociales: ver, pensar, escribir y hablar

Nick Tarazona, Juan David Gómez, Juana León, Juan Carlos Gómez, Laura van der Werf, María Angélica Botero, Cristian Barrios, Lilian Torregrosa, Juan Carlos Ayala, Luis Carlos Domínguez, Mauricio Peláez, Saúl Rugeles

Pontificia Universidad Javeriana - Hospital Universitario de San Ignacio, Bogotá, D.C., Colombia
natarazona@husi.org.co

Introducción. En la Facultad de Medicina se revisa un gran número de contenidos en búsquedas y análisis de la literatura biomédica durante el pregrado. Sin embargo, los estudiantes no perciben la aplicación de estos contenidos en la práctica clínica.

Objetivo. Desarrollar en los estudiantes de medicina habilidades en la aplicación de la medicina basada en la “evidencia”, implementando una estrategia con base en el uso de las redes sociales.

Materiales y métodos. Utilizando las premisas: ver, pensar, escribir y hablar, se diseñó una estrategia de tres etapas. La primera involucra a los estudiantes en la conformación de un grupo virtual. Se publicaron en carpetas virtuales compartidas los contenidos utilizados en la enseñanza de la medicina basada en la “evidencia”. En la segunda etapa, se asignaron artículos a los miembros del grupo, que se encargaban de traducir y escribir, en lenguaje no técnico, la información del artículo y, posteriormente, se sometía al diálogo deliberativo. En la última etapa, se hacían comentarios sobre los documentos generados y se enriquecían con comentarios basados en otra información publicada disponible. Se utilizaron las siguientes bases de datos: Embase, Medline y Lilacs.

Resultados. Participaron 7 estudiantes de VIII Semestre de cirugía y 5 cirujanos. Se escribieron siete artículos que están en proceso de revisión para publicación. Además, se hizo una encuesta a través de Facebook, la cual evidenció una mejoría subjetiva de las habilidades en lectura crítica, preparación de artículos científicos y aumento del interés en la cirugía basada en la “evidencia”, por parte de los estudiantes y cirujanos.

Conclusión. La aplicabilidad de esta estrategia aumenta el interés del estudiante y el cirujano en la cirugía basada en la “evidencia”. Es necesario evaluar por medio de estudios prospectivos, el impacto real de este modelo en los estudiantes de medicina,

01-033

Estrategia didáctica Rengifo para perfeccionar el anudado laparoscópico

Germán Rengifo

Clínica Mediláser, Neiva, Colombia
garengifo@yahoo.com

Introducción. La creación, validación e implementación de un sistema de enseñanza y aprendizaje de anudado laparoscópico por competencias, que sean comprensibles, compatibles y comparables, requiere que se definan los perfiles por competencias y determinen los correspondientes resultados de aprendizaje, incluyendo conocimientos, aplicaciones, aptitudes, destrezas y responsabilidades que se espera el estudiante domine, comprenda y demuestre después de completar un proceso corto de aprendizaje.

Objetivo. Demostrar que la técnica de enseñanza y aprendizaje de anudado laparoscópico se puede perfeccionar mediante la estrategia Rengifo (3:45 oreja de elefante, 8:10 oreja de conejo).

Materiales y métodos. Se llevó a cabo un estudio descriptivo observacional, de tipo cohorte prospectiva, de una serie de casos, desde enero de 2009 a diciembre de 2011, en estudiantes de séptimo semestre de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Tolima de Ibagué. Se recolectó información utilizando la escala modificada de valoración global de procedimientos laparoscópicos. Se diseñó una base de datos en el programa Excel® (Microsoft Corporation). Se incluyeron variables socio-demográficas, manejo de tejidos, motricidad, manipulación de instrumentos, y tiempo empleado en cada una de las tres fases: fase 1, anudado técnica Rengifo laparoscópica instrumentos cortos, visión directa; fase 2, anudado técnica Rengifo laparoscópica instrumentos largos, visión directa; y fase 3, anudado técnica Rengifo laparoscópica instrumentos largos, visión laparoscópica.

Para el análisis estadístico, las variables continuas se expresaron en promedio y desviaciones estándar, y las variables categóricas,

en frecuencias y porcentajes. Las comparaciones entre grupos se hicieron con la prueba de ji al cuadrado, según el tipo de variable. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo. El análisis se hizo realizado con SSPS V.9.0.

Resultados. Se encontró: distribución por sexo: $n=140$ 50 % (70) masculino, 50 % (70) femenino; edad promedio de 19 años (rango, 17 a 21); dominancia 90 % derecha y 10 % izquierda; tiempo de anudado técnica abierta; promedio de 5 segundos (rango, 3 a 15); tiempo de anudado técnica laparoscópica; promedio de 40 segundos (rango, 30 a 70).

Conclusión. La estrategia didáctica Rengifo (3:45 oreja de elefante, 8:10 oreja de conejo), permite una transición amigable de la técnica de anudado abierta a la técnica de anudado laparoscópico, organiza el aprendizaje del anudado laparoscópico, con un programa enfocado, corto, flexible autónomo y centrado en el estudiante.

01-042

Perfil epidemiológico de los pacientes sometidos a laparostomía

Jairo De la Peña, Jónatan Liendo, Asdrúbal Miranda, Gustavo García, Iván Barrios

Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia
drdelapenal@gmail.com

Introducción. El manejo quirúrgico de la cavidad abdominal obedece a normas básicas, como drenaje del foco séptico, desbridamiento, prevención de reacumulación y reconstrucción de las lesiones halladas, pero también existe el manejo con cirugía abreviada, que no siempre permite el cierre satisfactorio de la cavidad abdominal. La laparostomía es el cierre diferido del abdomen como alternativa; permite modificar el curso de la enfermedad. Se describen complicaciones, principalmente de componente sistémico. Esta entidad es de conocimiento obligatorio para los cirujanos. El entendimiento de la fisiopatología de la entidad permite prevenir, identificar y solucionar tempranamente las posibles complicaciones, e impactar la morbimortalidad.

Objetivo. Determinar el perfil epidemiológico, las indicaciones, las complicaciones y la evolución clínica de los pacientes sometidos a laparostomía, en el Hospital Universitario del Caribe, 2009-2010.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio observacional, descriptivo y prospectivo, en el que se evalúan las diferentes variables objetivadas previamente en pacientes del estudio.

Resultados. Se incluyeron 30 pacientes con laparostomía, 36 % de procedencia rural y 64 % urbano, 18 hombres y 12 mujeres, con promedio de edad de 53,7 años. Las causas de laparostomía fueron: abdomino-viscerales, 24, trauma abdominal, 5, abdomen médico, 1, y causas parietales, 0. El número total de lavados peritoneales fue de 81, en promedio 2,7 por paciente. Las complicaciones quirúrgicas relacionadas con los lavados fueron de dos tipos: perforaciones viscerales y fístulas intestinales, con un promedio de 6,2 por paciente. El promedio de estancia en la unidad de cuidados intensivos fue 9,8 días. Hubo mortalidad en ocho pacientes, cierre de pared abdominal en 17 y falla en el cierre en 13.

Conclusión. Las características de nuestros pacientes son similares a las del resto del mundo con respecto a sexo, edad, técnica y complicaciones. Se presentó baja mortalidad. Se recomiendan estudios analíticos para evidenciar herramientas estadísticas de beneficios del procedimiento.

01-057

Desarrollo e implementación mediante telesimulación en Colombia de los fundamentos de la cirugía laparoscópica

Óscar Henao, Jaime Escallón, Juan Sierra, William Sánchez, Allan Okraínec

Hospital Universitario San Vicente Fundación, Medellín, Colombia
oscarhenaof@gmail.com

Introducción. El programa *Fundamentos de cirugía laparoscópica* es un módulo educativo elaborado por la *Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons* (SAGES) que incluye el desarrollo de habilidades prácticas y conocimientos teóricos en cirugía laparoscópica. Su misión principal es brindar a los residentes de las áreas quirúrgicas y a los cirujanos, en general, la oportunidad de aprender las herramientas fundamentales y la teoría necesaria para la cirugía laparoscópica, lo que garantizará un mejor desempeño en las salas de cirugía y, por ende, mayor seguridad para los pacientes.

Objetivo. Evaluar la efectividad de la telesimulación para enseñar el componente práctico de este programa en Colombia.

Materiales y métodos. Hubo 20 participantes, 10 cirujanos generales y 10 residentes de Cirugía General, en dos ciudades de Colombia, en ocho sesiones (una semanal) de entrenamiento en el programa, mediante telesimulación. Se hizo un examen práctico antes de las telesimulaciones, y un examen teórico y práctico, al final de las ocho sesiones.

Resultados. Utilizando los parámetros numéricos definidos por la SAGES se encontró una diferencia significativa entre la prueba previa y la posterior. El 100 % de los participantes aprobaron el componente práctico del programa *Fundamentos de cirugía laparoscópica*.

Conclusión. Este es el primer estudio que demuestra la efectividad de la telesimulación para mejorar las habilidades laparoscópicas de participantes sin conocimiento previo del programa *Fundamentos de cirugía laparoscópica*, lo que garantiza obtener el puntaje necesario para aprobar la sección práctica del programa.

01-058

Valoración nutricional subjetiva en cuidados intensivos de adultos y de ginecología

Adonis Ramírez, Catalina Vargas, Nataly Montenegro, Claudia Samboní, Adwin Cerón

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

Introducción. La valoración global subjetiva como método clínico para evaluar el riesgo nutricional mediante la historia clínica y la exploración física, permite distinguir entre pacientes bien nutridos y aquellos que están en riesgo de desnutrición o con algún grado de ella, con una sensibilidad y especificidad aceptables, y sin utilizar medidas antropométricas sofisticadas o pruebas de laboratorio.

Objetivo. Determinar el estado nutricional de los pacientes atendidos en las unidades de cuidados intensivos del Hospital Universitario de Neiva.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio observacional y descriptivo de cohortes, de tipo prospectivo, con una muestra de 231 pacientes de las unidades de cuidados intensivos general y la ginecológica.

Resultados. Se encontró, en la unidad obstétrica de cuidados intensivos 43 % de diagnósticos obstétricos, y en la unidad de cuidados intensivos de adultos prevaleció el traumatismo general y craneoencefálico con un 22 %. Tanto en la unidad ginecológica como en la de adultos, se reportó un alto grado de estrés. El 54 % de los hombres y el 70 % de las mujeres presentaban un adecuado estado nutricional; el resto presentaba riesgo de desnutrición o desnutrición grave.

Conclusiones. Se encontró un porcentaje considerable de pacientes con alteración del estado nutricional al ingreso a la unidad de cuidados intensivos. En estudios posteriores se deben valorar las complicaciones presentadas en estos pacientes.

01-064

Experiencia en nefrectomías y heminefrectomías por retroperitoneoscopia en pacientes pediátricos

José García, María Correa, Juan Wolff, Catherine Ortegón, Lina Giraldo

Universidad CES - Clínica Las Américas, Medellín, Colombia
mariajcorrea12@gmail.com

Introducción. La nefrectomía y heminefrectomía laparoscópicas en la población pediátrica son técnicas cada vez más usadas, principalmente por sus ventajas frente a dolor posoperatorio, incapacidad y alteraciones estéticas.

Objetivo. Presentar la experiencia en nefrectomía y heminefrectomía laparoscópicas en niños, por abordaje retroperitoneal.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio retrospectivo y prospectivo para evaluar los pacientes operados en la Clínica Las Américas y la Clínica Noel de Medellín. Todos los pacientes se sometieron a heminefrectomía o nefrectomía laparoscópicas por abordaje retroperitoneal, practicada por el mismo cirujano.

Resultados. Se practicaron 22 procedimientos quirúrgicos en pacientes pediátricos, el 72,7 % de sexo masculino y el 27 % femenino, practicándose 18 nefrectomías (10 derechas y 8 izquierdas) y 4 heminefrectomías por retroperitoneoscopia, desde junio 2006 hasta abril 2012. El principal motivo de consulta fue infección urinaria y el principal diagnóstico fue hidronefrosis secundaria a reflujo vésicoureteral. El promedio de edad fue de 2,9 años y, el de cifras de creatinina, 0,4 mg/dL con gammagrafía con ácido dimercaptosuccínico (DMSA) en rangos entre 8 y 45 %. Se convirtió un procedimiento a cirugía abierta por la imposibilidad de obtener un adecuado campo visual. Solo un paciente presentó infección urinaria por *Pseudomonas* spp. como complicación posquirúrgica. La estancia hospitalaria promedio fue de 58 horas y a todos se les hizo seguimiento durante seis meses a un año con control ecográfico.

Conclusión. La nefrectomía y la heminefrectomía retroperitoneoscópicas son opciones terapéuticas adecuadas y seguras para el manejo de la nefropatía pediátrica con indicaciones para estos procedimientos.

01-079

Púrpura trombocitopénica idiopática crónica y colelitiasis secundaria, manejo laparoscópico

Carolina Rodríguez, Javier Mozo, Manuel Hosman

Fundación Universitaria Ciencias de la Salud - Hospital San José, Bogotá, Colombia
cx_general@hospitaldesanjose.org.co

Introducción. En pacientes con púrpura trombocitopénica idiopática recurrente o crónica, previamente manejados con esplenectomía, se debe sospechar la presencia de bazo accesorios como presunción de recidiva. Se deben llevar a cabo estudios para descartar su presencia, como son la gammagrafía y la tomografía axial abdominal con contraste. La presencia de bazo accesorios es de 20 a 35 % y, la de trombocitopenia asociada y coledocistitis, de 5 a 15 %.

Objetivo. Presentar un caso clínico de púrpura trombocitopénica recurrente o crónica secundaria a bazo accesorio, asociado a coledocistitis-colecistitis, y las ventajas del manejo por vía laparoscópica.

Materiales y métodos. Se trata de una paciente de 46 años con antecedentes de púrpura trombocitopénica idiopática y de esplenectomía abierta a los 40 años; sin embargo, presentaba trombocitopenia crónica, a pesar del tratamiento con corticoides.

Resultados. En la valoración se confirmó la presencia de un bazo accesorio en el lecho de esplenectomía y coledocistitis aguda secundaria a coledocistitis. Se trató mediante cirugía de mínima invasión con resultados satisfactorios tanto posoperatorios como en la remisión de la sintomatología. Se analiza el manejo quirúrgico laparoscópico actual ofrecido para pacientes con enfermedades intraabdominales como la expuesta y se reconoce la importancia de un adecuado diagnóstico prequirúrgico y criterio terapéutico.

Conclusión. Los pacientes requieren un adecuado manejo de las enfermedades quirúrgicas. Se ofrece y se está de acuerdo con la propuesta actual de cirugía de mínima invasión, obteniéndose resultados satisfactorios, reducción de la estancia hospitalaria y buenos resultados posoperatorios.

01-080

Hallazgo incidental en llamado intraoperatorio a cirugía general: reto de manejo y decisiones

Carolina Rodríguez, Adolfo Ballestar
Hospital de San José, Centro, Bogotá, D.C., Colombia
cx_general@hospitaldesanjose.org.co

Introducción. Los hallazgos incidentales en cirugía general, durante nuestros procedimientos y en llamados de otros servicios, no son infrecuentes. Entre ellos se pueden encontrar: masas, anomalías congénitas y anatómicas, y cuerpos extraños, entre otros.

Objetivo. Revisar la literatura científica de hallazgos incidentales de procedimientos quirúrgicos, los cuales, eventualmente, corresponden a un reto quirúrgico de manejo y decisiones.

Materiales y métodos. Se expone el caso de una mujer de 29 años, intervenida quirúrgicamente en el Hospital de San José de Bogotá por el Servicio de Ginecología Oncológica, con diagnóstico de tumor de ovario, pero con un hallazgo incidental de masa retroperitoneal de aspecto fibroso y sarcomatoso extendida a colon ascendente y transversal, y adherida a los grandes vasos. Se procede a hemicolectomía derecha y biopsia retroperitoneal. No hay evidencia de tumor ovárico y el hallazgo de histopatología es inusual.

Resultados. Se analizó el manejo quirúrgico y los hallazgos histopatológicos del caso. Se reconoce la importancia de un adecuado diagnóstico prequirúrgico y criterio terapéutico, la necesidad de juntas previas de decisiones, y la importancia de evitar complicaciones en los llamados intraoperatorios no conocidos de pacientes.

Conclusión. En ocasiones es difícil enfrentarse a un caso en un paciente manejado y estudiado por otro servicio y con hallazgos incidentales desconocidos. Se hace hincapié en el manejo en conjunto de posibles casos complicados; además, en un estudio previo racional y necesario para evitar riesgos adicionales.

01-084

Nefrectomía laparoscópica del donante vivo

Guillermo Aldana, Javier Mozo, Juan Gallo
Hospital de San José de Bogotá, Bogotá, D.C., Colombia
galdana@hospitaldesanjose.org.co

Introducción. La cirugía laparoscópica es el procedimiento de elección en pacientes que van a ser donantes renales. Las ventajas estéticas y funcionales han llevado, incluso, al aumento en los índices de donación en algunos países.

Objetivo. Presentar una serie de pacientes sanos, sometidos a nefrectomía laparoscópica en el Hospital de San José y la Clínica Universitaria Colombia, con fines de donación.

Materiales y métodos. Se analizó una serie de casos, en relación con la tecnología utilizada, con consideraciones preoperatorias y variantes anatómicas.

Resultados. Se analizaron los resultados en relación con tiempo quirúrgico, complicaciones, resultados estéticos y seguimiento posoperatorio de los donantes.

Conclusión. La nefrectomía laparoscópica del donante de órganos es el método de referencia a nivel mundial, incluso, en el donante vivo con fines de trasplante hepático en otras latitudes. Es un procedimiento seguro y con las ventajas propias de los procedimientos mínimamente invasivos.

01-085

Tratamiento de lesiones quísticas abdominales con cirugía por puerto único

Guillermo Aldana, Fanny Acero, Mario Barrera
Hospital de San José de Bogotá, Bogotá, D.C., Colombia
galdana@hospitaldesanjose.org.co

Introducción. Las lesiones quísticas abdominales, no complejas, se pueden tratar quirúrgicamente por métodos no invasivos, incluso por puerto único.

Objetivo. Presentar cuatro casos de pacientes con lesiones quísticas abdominales (quistes hepáticos y quiste mesentérico), sometidos a cirugía laparoscópica por puerto único.

Materiales y métodos. Se trata de pacientes sometidos a cirugía por puerto único (SILS®), con lesiones quísticas no complejas hepáticas y quiste mesentérico. Uno de ellos requirió suprarrenalectomía parcial derecha. Se describen los casos, la técnica quirúrgica, el instrumental utilizado y la evolución clínica de los enfermos.

Resultados. La evolución posoperatoria fue adecuada. Se analizan la morbilidad y los resultados de histopatología.

Conclusión. Nuevas técnicas y tecnologías permiten el manejo de pacientes con lesiones quísticas abdominales. La cirugía endoscópica transluminal por orificio natural (*Natural orifice transluminal endoscopic surgery*, NOTES) y la cirugía por puerto único aparecen como nuevas alternativas que se deben considerar.

01-090

Distribución del tiempo de los residentes de cirugía general

Luis Martínez, Guillermo Aldana, Maikel Pacheco

Hospital de San José, Bogotá, D.C., Colombia

lemartinez@fucsalud.edu.co

Introducción. La distribución del tiempo de los residentes en las áreas médicas se encuentra en continuo cambio, generando controversia en los programas. La formación del residente quirúrgico tiene aspectos diferentes al aprender habilidades y procedimientos. Se considera necesario determinar el tiempo real que están los residentes en cada una de las actividades, para optimizar el disponible en cada semana de estudio.

Objetivo. Determinar el número total de horas a la semana y la distribución de actividades académicas, asistenciales, administrativas y de descanso de los residentes de cirugía general de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, en una semana en rotaciones dentro y fuera del hospital de base.

Materiales y métodos. Se llevó a cabo un estudio observacional y descriptivo, de corte transversal. La población fue los residentes de cirugía general de la Fundación en rotaciones dentro y fuera del Hospital de San José durante una semana en diciembre de 2009. Para la técnica de recolección de datos, se cuantificó el tiempo en actividades académicas, asistenciales, administrativas y de descanso, durante una semana típica, en todas las rotaciones que ofrece el programa.

Resultados. Hubo una mediana de actividad total de 90 horas (49 a 113), distribuidas así: 20 horas académicas, 56 horas asistenciales, 5 horas administrativas y 9 horas de descanso.

Conclusión. El tiempo medido en el 2009 sobrepasa los tiempos requeridos actualmente. Sin embargo, la distribución para ese momento se ajusta a las necesidades del programa y de cada servicio. El estudio presenta una aproximación, ayudando a hacer los cambios que se están efectuando en el momento.



CASOS CLÍNICOS

CABEZA Y CUELLO

02-001

Mioepitelioma de base de cráneo, tumor extremadamente raro

Andrés Chala, Jorge Villamizar, César Munar, Álex Pava
 Universidad de Caldas, Manizales, Colombia
 andreschalag@hotmail.com

Introducción. El mioepitelioma es un tumor benigno de glándulas salivales que se presenta en menos del 1 %, con solo un reporte de localización en la fosa infratemporal. Su diagnóstico suele ser difícil y requiere estudios de inmunohistoquímica para su caracterización. Dada su rareza y, en especial su presentación en esta localización, no hay guías claras para su manejo.

Objetivo. Revisar el abordaje diagnóstico y terapéutico de este raro tumor de localización exótica en la base de cráneo, con revisión de la literatura científica.

Materiales y métodos. Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 68 años de edad, que consultó por síntomas compresivos asociados a una masa del espacio parafaríngeo con extensión a la fosa infratemporal.

Resultados. Los estudios de imágenes mostraban un gran tumor infratemporal muy irrigado, con una arteriografía que descartaba lesión vascular primaria. La biopsia inicial fue indicativa de un mioepitelioma. Se hizo abordaje quirúrgico cervical con disección de la base del cráneo por vía anterior, con resección tumoral completa, sin ninguna morbilidad posoperatoria.

La histopatología y la inmunohistoquímica confirmaron el diagnóstico. En su seguimiento seis meses después, el paciente estaba asintomático y las imágenes mostraban ausencia de enfermedad tumoral.

En la revisión de la literatura científica solo se encontró un reporte de mioepitelioma de fosa infratemporal.

Conclusión. El mioepitelioma de base de cráneo es extremadamente raro, requiere de estudios imaginológicos y biopsia transoral selectiva previa a una cirugía definitiva. Su abordaje es quirúrgico y necesita la determinación de marcadores de inmunohistoquímica para su adecuada caracterización, la cual suele ser difícil. La resección completa es ideal para evitar la recaída tumoral.

02-005

Quiste tirogloso con hallazgos de neoplasia maligna

Francisco Herrera, Javier Velásquez, Jaime Iglesias, Asdrúbal Miranda, Iván Barrios
 Universidad de Cartagena-Hospital Universitario del Caribe, Cartagena, Colombia
 admisiones@unicartagena.edu.co

Introducción. Los quistes tiroglosos son restos del desarrollo embrionario de la glándula tiroidea, ubicados medialmente en la región

anterior del cuello, entre la base de la lengua y la tiroides. Son las lesiones congénitas más frecuentes del cuello. Pueden manifestarse a cualquier edad como hallazgo casual durante una exploración rutinaria. Se detectan por su progresivo crecimiento, haciéndose visibles y palpables en el cuello. La transformación maligna se evidencia en el 1 %, y el 80 % de estos son carcinomas papilares de tiroides. Es más frecuente en mujeres que en hombres, con una proporción de 1,5 a 1. En general, se tratan mediante el procedimiento de Sistrunk y, en algunas ocasiones, con tiroidectomía y yodoterapia.

Objetivo. Describir el hallazgo histopatológico de un carcinoma papilar de tiroides en un quiste tirogloso.

Materiales y métodos. Se trata de una mujer de 28 años que consultó al Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario de Cartagena por un cuadro clínico de cuatro meses de evolución, por crecimiento progresivo de una masa en la línea media del cuello, con dolor a la deglución y sin signos de inflamación.

Resultados. En la tomografía axial computadorizada se observó una lesión quística de 4 x 5 cm por debajo del hueso hioides en la línea media, indicativa de quiste tirogloso complejo. En la histopatología se encontró un carcinoma papilar de tiroides desarrollándose en un quiste tirogloso, sin evidencia de invasión linfocelular ni perineural. La pared de la lesión estaba constituida por epitelio cúbico simple y el tumor era de linaje epitelial, compuesto por células de tamaño intermedio con núcleos claros y escaso citoplasma.

Conclusión. Los carcinomas en los quistes tiroglosos son infrecuentes y, generalmente, se diagnostican posquirúrgicamente mediante histopatología. El tipo papilar es el más frecuente.

02-016

Calcifilaxis, rara complicación del hiperparatiroidismo secundario

Adonis Ramírez
 Clínica Mediláser Neiva, Neiva, Colombia
 adoracu74@hotmail.com

Introducción. La calcifilaxis, caracterizada por la ulceración isquémica de la piel secundaria a la calcificación de las pequeñas arteriolas subcutáneas, es una enfermedad poco frecuente y con mal pronóstico. Es causada por calcificaciones patológicas debido a las alteraciones del metabolismo del calcio-fósforo en pacientes con insuficiencia renal crónica.

Objetivo. Descripción de una enfermedad poco frecuente.

Materiales y métodos. Se reporta el caso de una paciente de sexo femenino, de 30 años de edad, con insuficiencia renal crónica desde los 8 años, manejada con diálisis peritoneal. Se le hizo diagnóstico de hiperparatiroidismo secundario dos años atrás.

Resultados. Se practicó una gammagrafía con MIBI que mostró captación cervical. Presentaba necrosis de las falanges distales de los dedos de manos y pies, con lesiones en la piel por calcifilaxis.

Se sometió a paratiroidectomía total, encontrándose seis glándulas paratiroideas con hiperplasia. Se tomó biopsia de las lesiones de piel en las que se observaron lesiones por calcifilaxis. Presentó infección secundaria de las lesiones en los muslos y posteriormente murió.

Conclusión. La paniculitis calcificante en pacientes con insuficiencia renal crónica es de rara presentación pero de mal pronóstico y elevada mortalidad. El manejo tardío del hiperparatiroidismo secundario en esta paciente fue la causa de esta complicación.

02-017

Adenoma paratiroideo intratiroideo, reporte de caso clínico

Adonis Ramírez

Clínica Mediláser Neiva, Neiva, Colombia
adoracu74@hotmail.com

Introducción. Solo 10 % de los adenomas paratiroideos tienen localización ectópica y uno de cada cinco de ellos está situado en la glándula tiroidea. Los adenomas oncocíticos de la paratiroides, generalmente, no son productores de paratohormona y solo 3 a 6 % cursan con hiperparatiroidismo primario. El diagnóstico citológico es difícil y puede presentar confusión con tiroiditis linfocítica o carcinoma papilar.

Objetivo. Describir una enfermedad de rara presentación.

Materiales y métodos. Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 32 años de edad, que consultó por un nódulo tiroideo como hallazgo incidental, de 2 cm y localizado en lóbulo derecho,

Resultados. En la ecografía, el nódulo era de márgenes definidos, heterogéneo y con microcalcificaciones. Se practicó una BACAF que reportó benignidad. Se sometió a tiroidectomía subtotal. En la histopatología se informó sospecha de adenoma paratiroideo. Se solicitaron estudios de inmunohistoquímica que confirmaron el diagnóstico y los títulos de paratohormona fueron normales.

Conclusión. El adenoma paratiroideo intratiroideo es una entidad de rara presentación, de difícil diagnóstico citológico y, generalmente, de hallazgo incidental posquirúrgico, con buen pronóstico.

02-018

Sialoectasia bilateral de glándula parótida, reporte de caso clínico

Adonis Ramírez

Clínica Mediláser Neiva, Neiva, Colombia
adoracu74@hotmail.com

Introducción. La sialoectasia es la dilatación del conducto salival y puede ser causada por inflamación, trauma, tumores, cálculos o cuerpos extraños. El grado de dilatación del conducto depende de la gravedad y el tiempo de evolución de la obstrucción. En raras ocasiones produce tumefacciones extraorales o intraorales. Pueden producirse procesos infecciosos por retención de la saliva. Se han propuesto múltiples tratamientos, como creación de fístulas intraorales, "marsupialización", denervación parasimpática, parotidectomía, ligadura del conducto, radioterapia y endoscopia. Para dilataciones graves, el manejo es quirúrgico con parotidectomía y resección del conducto de Stenon.

Objetivo. Describir un caso clínico de interés, por su baja presentación y diagnóstico tardío

Materiales y métodos. Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 55 años de edad, con un cuadro clínico de tres años

de evolución, aproximadamente, consistente en aparición de masa bilateral en la región malar, de consistencia blanda, asociada a salida de secreción purulenta por el conducto de Stenon, con múltiples episodios.

Resultados. En la ecografía se encontró parotiditis bilateral crónica y la sialografía demostró importante dilatación bilateral del conducto de Stenon. Se practicó parotidectomía total izquierda con resección del conducto, sin complicaciones.

Conclusión. Las enfermedades de la glándula salival son de consulta tardía y, a veces, de diagnóstico erróneo por falta de conocimiento. El manejo de la sialoectasia grave es la cirugía, que incluye parotidectomía y resección del conducto.

02-046

Quemodectoma bilateral

Mario Enríquez, Jaime Rubiano

Universidad del Valle, Cali, Colombia
unalmed@yahoo.es

Introducción. El quemodectoma o paraganglioma es una enfermedad tumoral poco frecuente. En algunas revisiones literarias su incidencia es de 2 a 8 en un millón. Entre el 60 y el 90 % de los casos este tumor no presenta metástasis y su crecimiento es lento. Aún más, la aparición de dos tumores de los glomus carotídeos en un mismo paciente es una presentación muy rara.

En este resumen se relata el caso de un paciente de sexo masculino con diagnóstico de quemodectoma bilateral, su estudio, diagnóstico y tratamiento, y se revisa la literatura científica.

Objetivo. Presentar el caso de un tumor muy poco frecuente en nuestro medio. Además, se presenta la técnica quirúrgica de dos fases y se revisa el tema.

Materiales y métodos. Se describe el caso de un paciente de sexo masculino con sintomatología indicativa de quemodectoma, con sus estudios imaginológicos, proyección diagnóstica y tratamiento quirúrgico. Se revisa la literatura científica disponible sobre este tema.

Resultados. Se logró una recuperación adecuada después de la resección tumoral en dos tiempos quirúrgicos diferentes.

Conclusión. Se describe una técnica efectiva en el manejo de esta enfermedad.

TÓRAX

02-010

Hernia diafragmática intrapericárdica

Karen Ponce, Fabián Hernández

Universidad del Valle - Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia
karenp11@gmail.com

Introducción. La hernia diafragmática intrapericárdica es una condición infrecuente en el adulto. En la mayoría de los casos, se relaciona con un trauma cerrado, aunque también se han reportado casos con antecedente de heridas penetrantes, hasta 20 años antes, sin manifestaciones clínicas, y presentándose luego con cuadros de obstrucción intestinal, disfunción o taponamiento cardíaco.

Objetivo. Presentar el caso de un paciente con hernia diafragmática intrapericárdica manifestada como un cuadro clínico de obstrucción intestinal.

Materiales y métodos. Se reporta un caso tratado en el Hospital Universitario del Valle.

Resultados. Se presenta el caso de un paciente de 85 años que ingresó al servicio de urgencias con un cuadro clínico de tres días, con ausencia de deposiciones, distensión abdominal y vómito en múltiples ocasiones. En el examen físico se evidenció gran distensión abdominal, sin signos de irritación peritoneal. Se inició manejo con sonda nasogástrica y líquidos endovenosos.

Se tomaron radiografías de abdomen que mostraron niveles hidroaéreos, distensión de asas y ausencia de gas distal. Al no obtener mejoría, se decidió someterlo a una laparotomía exploratoria, encontrándose una hernia del íleon distal hacia el saco pericárdico. Se redujo la hernia, sin signos de isquemia en el asa reducida y se hizo una pericardiografía. Al evidenciar una cicatriz en la región toraco-abdominal anterior izquierda, se interrogó nuevamente a los familiares, quienes refirieron que 15 años antes había sufrido una herida por arma blanca, que no recibió atención médica. En el posquirúrgico, requirió traslado a la unidad de cuidados intensivos. Posteriormente, el paciente presentó como complicación una neumonía hospitalaria y falleció.

Conclusión. En la literatura científica son escasos los reportes de casos de hernias diafragmáticas intrapericárdicas. El primer caso reportado fue en una autopsia en 1910. El primer caso de diagnóstico preoperatorio, secundario a trauma, fue reportado en 1951. Reina recolectó 82 casos publicados hasta octubre de 1999, de los cuales, dos fueron secundarios a trauma penetrante. Posteriormente, se han reportado alrededor de cinco casos más, secundarios a trauma penetrante. Dada su infrecuencia, la hernia diafragmática intrapericárdica requiere una alta sospecha clínica y una historia clínica detallada.

02-011

Síndrome posneumectomía

Luis Bolívar, Carlos Saldarriaga, Lina Giraldo, Diana García, María Correa

Clínica Cardiovascular - Congregación Mariana, Medellín, Colombia
linamgiraldo@gmail.com

Introducción. El síndrome posneumectomía es una complicación rara de las resecciones pulmonares extensas, secundario a la excesiva tracción del mediastino hacia el hemitórax de la neumectomía. Provoca desviación de la tráquea, obstrucción bronquial por tracción, síntomas gastrointestinales y deterioro progresivo del estado general.

Objetivo. Presentar el caso de una paciente con síndrome posneumectomía, dando a conocer los principales síntomas de la enfermedad, la forma en que se hizo el diagnóstico y la técnica quirúrgica empleada para su tratamiento.

Materiales y métodos. Se revisa el caso de una paciente que desarrolló un síndrome posneumectomía un año después de la intervención quirúrgica y se muestran las imágenes del procedimiento realizado, con descripción de la técnica quirúrgica implementada.

Resultados. Se presenta el caso de una mujer de 25 años, con antecedentes de bronquiectasias quísticas congénitas. A los 23 años se le practicó pleureumectomía derecha por video-toracoscopia. Un

año después, se inició disnea progresiva y dolor torácico. Durante los estudios diagnósticos se encontró desviación de la tráquea hacia el lado derecho, obstrucción por tracción del bronquio fuente izquierdo y cabalgamiento del lóbulo inferior sobre el arco aórtico. Se practicó toracotomía derecha con liberación de adherencias y colocación de prótesis mamaria de expansión progresiva dentro de la cavidad torácica.

Conclusión. El síndrome posneumectomía es una complicación rara pero seria de las resecciones pulmonares mayores. En nuestra institución, se utiliza la técnica de liberación de adherencias y colocación de prótesis de expansión, para retornar progresivamente el mediastino a su posición central con menores riesgos operatorios.

02-031

Quiste broncogénico, causa poco común de enfisema lobar congénito

Jorge Herrera, Daniel Delgado, Marcela Tascón

Universidad del Cauca - Hospital Universitario San José, Popayán, Colombia

jherrera@unicauca.edu.co

Introducción. El quiste broncogénico es una causa poco común de enfisema lobar congénito. Se caracteriza por la hiperinsuflación de un lóbulo pulmonar que produce compresión del parénquima pulmonar normal y desplazamiento del mediastino. Se presenta en 1 de 20.000 a 30.000 nacidos vivos; el 50 % se presenta en el periodo neonatal. La causa exacta es difícil de determinar y no se encuentra una causa aparente en más de 50 % de los casos.

Objetivo. Presentar un caso clínico de seguimiento a largo plazo de una anomalía rara en el desarrollo del pulmón.

Materiales y métodos. Se presenta un caso de una paciente femenina de 27 días de nacida, que desarrolló dificultad respiratoria y tos con cianosis. La radiografía de tórax mostró importante distensión del lóbulo inferior izquierdo, con cambios indicativos de enfisema lobar congénito.

Resultados. Mediante toracotomía se evidenció un quiste broncogénico que comprimía el lóbulo inferior izquierdo. Se practicó lobectomía inferior izquierda. La histopatología confirmó áreas enfisematosas y presencia de quiste de 3 cm de diámetro, de paredes lisas, bien delimitado el cual contenía líquido mucoso de color blanquecino no hemorrágico, de tejido fibroconjuntivo y recubierto por epitelio respiratorio con material mucoso en su interior; el pulmón presentaba tabiques alveolares muy distendidos y áreas de atelectasia. La paciente tuvo una evolución temprana adecuada y a 20 años se presenta sin complicaciones.

Conclusión. La identificación temprana del enfisema lobar congénito es importante, ya que la lobectomía es el tratamiento universal y curativo, en este caso, sin secuelas a los 20 años.

02-034

Malformación adenomatoide quística congénita pulmonar tratada con cortocircuito tóraco-amniótico mas toracotomía posnatal

Francisco Rincón, Hernando Russi

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

Introducción. La malformación adenomatoide quística es una alteración en el desarrollo embriológico pulmonar. Su incidencia descrita está entre 1 por 25.000 y 1 por 35.000. Se divide en cinco

tipos según el número y tamaño de los quistes. Usualmente, se hacen evidentes en el ultrasonido prenatal o al presentar alteraciones de la mecánica pulmonar del feto. En las últimas décadas se han implementado técnicas de tratamiento fetal por medio del cortocircuito toraco-amniótico en caso de complicación, como sucedió en el caso presentado.

Objetivo. Describir cronológicamente en un ambiente académico el manejo interdisciplinario de la malformación adenomatoide quística, por medio de imágenes y videos de los procedimientos practicados al paciente, antes y después de su nacimiento.

Materiales y métodos. Se presenta un paciente con malformación adenomatoide quística de tipo 1, manejado en el Hospital Universitario San Ignacio de forma multidisciplinaria por los grupos de Cirugía de Tórax, Pediatría y Ginecología de alto riesgo.

Resultados. El paciente fue sometido a cortocircuito tóraco-amniótico antes de su nacimiento, con seguimiento estricto, y después de nacer se resecó la lesión por toracotomía. El reporte final de patología fue una malformación adenomatoide quística de tipo 1, de 7 x 7 cm, con reemplazo del lóbulo superior izquierdo.

Conclusión. La malformación adenomatoide quística congénita se caracteriza por múltiples masas quísticas pulmonares con proliferación de estructuras bronquiales, que representan falla en la maduración. El tratamiento oportuno de esta entidad depende de su temprana identificación para evitar complicaciones. Durante las últimas décadas, se han implementado técnicas de tratamiento prenatal como intervención fetal y posterior intervención quirúrgica, como sucedió en este caso.

02-037

Quiste de duplicación entérica, presentación inusual

Fernando Alvarado, Hernando Russi

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

Introducción. Las duplicaciones del intestino anterior corresponden a alteraciones del desarrollo del intestino primitivo al momento de la separación traqueo-esofágica o por la persistente adherencia del endodermo al notocordio en el desarrollo temprano. Son comunes en la población pediátrica, no así en la adulta, como se presenta en este caso.

Objetivo. Hacer una presentación académica, basada en la historia de un paciente con documentación del proceso diagnóstico y terapéutico llevado a cabo en nuestra institución, sobre una enfermedad de presentación infrecuente en la población adulta.

Materiales y métodos. Se trata de un hombre de 48 años que consultó por disnea de pequeños esfuerzos de seis meses de duración. Fue remitido a nuestra institución bajo el diagnóstico de enfermedad bulosa.

Resultados. Ingresó por urgencias y se practicaron estudios de imagenología que mostraron lesiones radiolúcidas en el hemitórax derecho, inicialmente interpretadas como neumotórax espontáneo. Mediante toracostomía cerrada derecha no se logró una adecuada expansión, por lo que fue intervenido quirúrgicamente por toracotomía anterolateral derecha y se resecó una lesión quística dependiente del lóbulo medio. El reporte de histopatología fue un quiste de duplicación entérica dependiente del lóbulo pulmonar medio derecho.

Conclusión. Las lesiones por duplicación intestinal en la región torácica son razonablemente comunes en la población pediátrica, no así en la adulta. La presencia de mucosa gástrica o pancreática

puede conducir a ulceración, sangrado o síntomas inusuales, como sucedió en el caso presentado.

02-039

Tumor fibroso gigante de pleura

Paulo Cabrera, Hernando Russi, Andrés Jiménez

Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C., Colombia
departamentocirugia@husi.org.co , theepaulo@husi.org.co

Introducción. El tumor fibroso de pleural es una neoplasia de origen fibroblástico poco frecuente. Se origina en fibroblastos derivados del mesénquima submesotelial y se caracteriza por la formación de tumores localizados, únicos, que no producen derrame pleural. Representa 8 a 10 % de todos los tumores benignos intratorácicos y menos del 10 % de los pleurales. Existen pocos casos documentados en la literatura científica.

Objetivo. Documentar y describir una enfermedad poco frecuente, de manera cronológica y con ayudas visuales del proceso diagnóstico y terapéutico realizado, con el fin de presentar en un ambiente académico una condición inusual de la cual existen pocos casos reportados en Colombia.

Materiales y métodos. Se presenta un paciente de 52 años con un cuadro clínico de cinco meses de evolución consistente en dolor intermitente en el hemitórax derecho, de intensidad 5/10, asociado a tos ocasional y disnea de medianos esfuerzos.

Resultados. Mediante estudios radiológicos se sospechó un tumor fibroso gigante de pleural. Se resecó el tumor y con la histopatología se confirmó el diagnóstico.

Conclusión. El tumor fibroso gigante de pleura es una neoplasia poco frecuente, con la cual un paciente puede cursar sin sintomatología durante gran parte de su vida. Los hallazgos pueden ser incidentales o ser el resultado del estudio de sintomatología respiratoria producida por una gran masa que ocupa espacio en un hemitórax. En el momento, existe un adecuado entendimiento de su patogénesis, diagnóstico y tratamiento, lo cual permite un desenlace favorable para la mayoría de los pacientes.

02-040

Tumor fibroso bilateral de pleura

Raúl Bernal, Hernando Russi, Andrés Jiménez

Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C., Colombia
departamentocirugia@husi.org.co , rabernal@husi.org.co

Introducción. El tumor fibroso de pleura es un tumor benigno intratorácico poco frecuente, de origen fibroblástico y con presentación localizada, generalmente, como masa única. Representa menos del 10 % de los tumores pleurales.

Objetivo. Describir una enfermedad poco frecuente de presentación inusual, con su proceso diagnóstico y terapéutico, así como su evolución.

Materiales y métodos. Se presenta un paciente de 55 años que consultó por un mes de evolución de dolor pleurítico y síntomas respiratorios, en quien se evidenciaron masas pulmonares bilaterales con hallazgos iniciales indeterminados de histopatología.

Resultados. Se resecaron las masas en un primer tiempo quirúrgico, con hallazgos macroscópicos sospechosos de neoplasia maligna. El reporte de histopatología fue de tumor fibroso de pleura. Posteriormente, hubo múltiples consultas por dolor neuropático y nuevas recidivas locales, como es característico en esta entidad.

Conclusión. El tumor fibroso bilateral de pleura es una neoplasia rara, generalmente considerada benigna. En este caso fue de presentación bilateral y de crecimiento lento. Se debe hacer un seguimiento acucioso, ya que con frecuencia presenta alta tasa de recurrencia y requiere tratamiento adyuvante en búsqueda de mejorar la supervivencia y la calidad de vida.

02-051

Hernia diafragmática sin antecedentes de trauma penetrante toraco-abdominal

Luis Martínez, Juan Molina, Juliana Messier
Hospital de San José, Bogotá, D.C., Colombia
lemartinez@fucsalud.edu.co

Introducción. Las hernias diafragmáticas sin antecedentes de trauma penetrante toraco-abdominal son sumamente raras. Pueden aparecer inicialmente con un cuadro clínico de obstrucción intestinal, con alteración de la mecánica respiratoria y con otra serie de manifestaciones que hacen difícil un diagnóstico prequirúrgico, sobre todo cuando no existe el antecedente de heridas penetrantes en el tórax.

Objetivo. Describir el hallazgo intraoperatorio de hernia diafragmática izquierda, en el contexto de una obstrucción intestinal sin antecedentes quirúrgicos, en ausencia de trauma toraco-abdominal penetrante o cerrado.

Material y método. Se presenta un paciente intervenido por el servicio de cirugía general del Hospital de San José en mayo de 2012.

Resultados. Se presenta el caso de un paciente de 40 años, sin antecedentes de trauma toraco-abdominal penetrante o cerrado, ni de cirugías abdominales, con un cuadro clínico de obstrucción intestinal. En la cirugía, se encontró incarceration del ángulo esplénico y la porción descendente del colon, en el contexto de una hernia diafragmática izquierda crónica. Se hizo una sutura primaria del diafragma y toracostomía cerrada izquierda. La evolución fue favorable y se le dio egreso al tercer día, sin complicaciones.

Conclusión. La mayoría de las hernias diafragmáticas con antecedentes de trauma toraco-abdominal cerrado, se producen en el lado izquierdo, miden más de 10 cm y son postero-laterales entre sus inserciones lumbares y dorsales, como en el caso de este paciente. Son una causa rara de obstrucción intestinal; sin embargo, es un diagnóstico diferencial que se debe tener en cuenta, para una adecuada planeación de la técnica quirúrgica.

02-054

Uso de material bioabsorbible en la corrección de hernia hiatal en pacientes de riesgo

Ricardo Nassar, Juan Hernández, Fernando Arias, Juan Linares
Hospital Universitario Fundación Santafé de Bogotá, Bogotá, D.C., Colombia
juanlinaresmd@gmail.com , rnassarmd@gmail.com

Introducción. La presencia de cuerpos extraños alrededor del esófago en la corrección de hernias hiales, incrementa el riesgo de infección posoperatoria, erosión y migración intraluminal, disfagia o estenosis esofágica. El uso de mallas absorbibles ha disminuido el riesgo de tales complicaciones. Se presenta el uso del copolímero (ácido poliglicólico: trimetileno carbonato, Gore Bio® A) en la corrección de la hernia hiatal, como una nueva opción en el manejo de pacientes con esta enfermedad.

Objetivo. Presentar un caso manejado en la Fundación Santafé de Bogotá y revisar la literatura científica.

Materiales y métodos. Se describe un paciente con hemorragia de vías digestivas y hernia hiatal, con antecedentes de enfermedad del colágeno y uso crónico de esteroides, que requirió manejo quirúrgico. Se revisó la literatura científica.

Resultados. El paciente ingresó con un cuadro clínico de síndrome anémico crónico, agudizado por hemorragia de las vías digestivas altas y hernia hiatal concomitante. Fue llevado a cirugía programada y se le practicó reducción de la hernia hiatal y reparación del hiato con copolímero Gore Bio® A. La evolución fue satisfactoria y en su seguimiento a largo plazo no ha presentado síntomas relacionados con alguna complicación.

Conclusión. El uso de mallas absorbibles ha disminuido la incidencia de complicaciones posoperatorias. El uso de copolímero Gore Bio® A (ácido poliglicólico: trimetileno carbonato) es una nueva opción, con excelentes resultados, en la corrección de la hernia hiatal, especialmente en pacientes de alto riesgo.

02-060

Neumonía lipoidea, presentación clínica y diagnóstico

Leonardo Ballestas, Gustavo Valderrama
Universidad del Valle - Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia
leoballestas@yahoo.com

Introducción. La neumonía lipoidea exógena es una entidad infrecuente, secundaria a la aspiración continuada de lípidos. Su forma de presentación crónica es la más habitual, pero también puede ser aguda en casos de aspiraciones masivas accidentales de material lipídico.

Materiales y métodos. Se presenta una paciente de sexo femenino de 61 años de edad, que fue remitida al Servicio de Cirugía de Tórax por estar siendo estudiada por un cuadro clínico de tos crónica de un año de evolución.

La paciente no tenía antecedentes de importancia, puede deambular, luce en buenas condiciones generales, sin adenopatías en el cuello; el examen cardiopulmonar estuvo sin alteraciones y el resto del examen físico fue negativo. Se sospechó que cursaba con una enfermedad metastásica sin tumor primario conocido y se decidió practicar una biopsia por toracoscopia izquierda (cuña pulmonar).

Resultados. Se observaron múltiples nódulos de color violáceo sobre la superficie pulmonar, que comprometían dos lóbulos. Se practicó resección en cuña del lóbulo superior e inferior. En la histopatología se encontraron granulomas de reacción a lípidos en el lóbulo superior e inferior.

Conclusión. El diagnóstico, a menudo, se dificulta, en gran medida, por el desconocimiento del antecedente de exposición a materiales grasos por falta de un interrogatorio dirigido, por la sintomatología ausente o inespecífica, por el aspecto radiológico variable y por la posibilidad de que los cambios citológicos provocados por la grasa se confundan con los de un proceso neoplásico.

02-061

Síndrome posneumectomía

Luis Bolívar, Carlos Saldarriaga, Lina Marcela Giraldo, Diana Catalina García, María Juliana Correa
Clínica Cardiovascular - Congregación Mariana, Medellín, Colombia
linamgiraldo@gmail.com

Introducción. El síndrome posneumectomía es una complicación rara de la resección pulmonar total, secundario a la excesiva tracción del mediastino hacia el hemitórax de la neumectomía. Provoca desviación de la tráquea, obstrucción bronquial por tracción y síndromes gastrointestinales.

Objetivo. Presentar una paciente con síndrome posneumectomía, dando a conocer los principales síntomas de la enfermedad, la forma en que se hizo el diagnóstico y la técnica quirúrgica empleada para el tratamiento de esta paciente.

Materiales y métodos. Se revisa el caso de una paciente que desarrolló el síndrome posneumectomía un año después de la intervención quirúrgica y se muestran las imágenes del procedimiento practicado, con descripción de la técnica quirúrgica implementada.

Resultados. Se trata de una mujer de 25 años, con destrucción pulmonar total derecha por bronquiectasias quísticas congénitas e infecciones a repetición. Dos años atrás se le practicó neumectomía derecha por videotoroscopia y un año después presentó disnea progresiva y dolor torácico. En la tomografía axial y en la fibrobroncoscopia se encontró importante desviación de la tráquea hacia el lado derecho, con obstrucción por tracción del bronquio fuente izquierdo. Se llevó a cirugía para colocar una prótesis mamaria de expansión progresiva en la cavidad torácica.

Conclusión. El síndrome posneumectomía es una complicación rara pero sería de las resecciones pulmonares totales. En nuestra institución se utiliza la técnica de colocación de prótesis mamarias de expansión para su tratamiento.

02-077

Cuerpo extraño en pericardio, caso clínico

Oswaldo Alfonso Borráez, Leonardo Herrera, Bernardo Alfonso Borráez, Jorge Andrés Azuero, Mario Alfonso, Guillermo Villa, Edgar Mateus, Saúl Ardila

Universidad Nacional - Universidad El Bosque - Hospital San Blas, Bogotá, D.C., Colombia
oborraezg@gmail.com

Introducción. La endoscopia de vías digestivas constituye un procedimiento mínimamente invasivo tanto diagnóstico como terapéutico. La perforación es una complicación infrecuente que oscila en las endoscopias diagnósticas entre 0,02 y 0,2 %. El riesgo de perforación aumenta con las variaciones anatómicas o en presencia de neoplasias, con consecuencias graves, llegando a una mortalidad de 25 % en las perforaciones iatrogénicas. Aún más infrecuentes y casi ausentes en la literatura científica, son las perforaciones esofágicas iatrogénicas con cuerpos extraños que terminan en el pericardio.

Objetivo. Presentar un caso de perforación esofágica por la endoscopia de vías digestivas.

Materiales y métodos. Se trata de un paciente de 60 años con estenosis esofágica benigna péptica, con necesidad de dilataciones y con perforación esofágica secundaria a endoscopia que termina alojada en pericardio.

Resultados. El paciente no presentaba signos de taponamiento. Se inició manejo médico y se obtuvo una adecuada evolución. Se practicó gastrostomía para manejar la estenosis, la cual era irresecable por fibrosis importante.

Conclusión. Los procedimientos endoscópicos constituyen una gran ayuda para el cirujano, pero no están exentos de complicaciones. La gran mayoría de ellas, si no todas, deben ser manejadas por el cirujano, por lo que es necesario estar atentos y tener siempre en cuenta las presentaciones atípicas de estas complicaciones,

HÍGADO, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

02-009

Bilhemia, una complicación fatal de la colangitis

Germán Gómez, Dinimo Bolívar, Marco Quintero, David Baquero
Universidad del Rosario - Hospital Universitario Mayor Méderi, Bogotá, D.C., Colombia

dinimobolivar@gmail.com , ggomezsa@gmail.com

Introducción. La bilhemia es una entidad muy rara, con elevada mortalidad. Es causada por una fístula de la vía biliar a un vaso sanguíneo venoso, con presencia de bilis en el torrente sanguíneo. Esta entidad no debe confundirse con la hemobilia.

Objetivo. Presentar un caso manejado en el Hospital Universitario Mayor de la Universidad del Rosario y revisar la literatura científica.

Materiales y métodos. Se describe el caso de un paciente con bilhemia y sus imágenes. Se revisa la literatura científica.

Resultados. Se trata de un paciente con cuadro clínico de colangitis de grado III y abscesos hepáticos en quien se demostró una fístula de la vía biliar izquierda a la vena cava inferior, durante una colangiografía transparietohepática. Es de anotar que nuestro caso no es secundario a trauma, ni a procedimientos diagnósticos o terapéuticos, que son las causas más frecuentemente descritas.

Conclusión. Esta es una enfermedad muy poco frecuente, con una mortalidad elevada, cuyo manejo en la literatura científica aún no se ha establecido.

02-021

Neoplasia sólida pseudopapilar de páncreas

Mary García, José Támara, Juan Vega, Mario Prada
Hospital San Rafael, Tunja, Colombia

mary.garcia00@hotmail.com

Introducción. La neoplasia sólida pseudopapilar de páncreas es un raro tumor, que representa 1 a 2 % de los tumores pancreáticos exocrinos, más frecuente en mujeres, principalmente jóvenes. Generalmente, se presenta con dolor epigástrico y masa abdominal. Es de bajo potencial maligno y tiene un buen pronóstico con la resección quirúrgica. Se caracteriza por presentar áreas de extensa necrosis, con reacción para marcadores de inmunohistoquímica CD10, CD56, receptor de prostagénos, betacateninas y Ki67.

Objetivo. Describir un caso desde el punto de vista clínico e imagenológico, y hacer la correlación histopatológica. Se compara con hallazgos de la literatura científica internacional.

Materiales y métodos. Se presenta el caso de una paciente de 16 años con neoplasia sólida pseudopapilar de páncreas, manejada en el Hospital San Rafael de Tunja, y se revisa la literatura relacionada con esta enfermedad. Se encontraron reportes de 10 casos en Colombia, se compararon los cuadros clínicos de presentación y los hallazgos imagenológicos. Posteriormente, se hizo la revisión del tema.

Resultados. La paciente de 16 años consultó por dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio derecho, asociado a múltiples episodios

de vómito. En la tomografía axial computadorizada se reportó una imagen quística dependiente de la cabeza del páncreas y dilatación del conducto pancreático; en la ecografía abdominal se reportó quiste de colédoco Todani de tipo II y dilatación del conducto de Wirsung, por lo que se decidió someterla a hepato-yeyunostomía y colecistectomía. Hubo hallazgo intraoperatorio de tumor quístico de páncreas y la histopatología informó una neoplasia pseudopapilar de páncreas. Se practicó una cirugía de Whipple. Actualmente, la paciente presenta una adecuada evolución clínica.

Conclusión. La neoplasia sólida pseudopapilar de páncreas es una lesión de difícil diagnóstico debido a su baja prevalencia; debe hacerse diagnóstico diferencial con otras neoplasias pancreáticas. Afecta predominantemente a mujeres jóvenes. La cirugía de resección es la mejor opción terapéutica, por su bajo potencial maligno.

02-024

Pancreatitis traumática en un paciente adulto

Patricia Olarte, Diego Aponte, Germán Jiménez
Clínica Universitaria Colombia - Organización Sanitas Internacional,
Bogotá, D.C., Colombia
patriciaolarte26@hotmail.com

Introducción. La pancreatitis traumática es una entidad infrecuente en adultos; tiene una mayor incidencia en la población infantil. Esta entidad cuenta con una morbimortalidad significativa. El páncreas es un órgano retroperitoneal que comparte su irrigación con el duodeno y se encuentra rodeado de estructuras vasculares, lo que plantea un reto quirúrgico, ya que una lesión no percibida o subestimada puede conducir a complicaciones de gran magnitud. Su manejo es aún, en la actualidad, un tema muy controvertido.

Objetivo. Establecer la importancia del diagnóstico y tratamiento del traumatismo pancreático en la población adulta, y conocer sus múltiples complicaciones y las técnicas endoscópicas involucradas en su manejo.

Materiales y métodos. Se presenta el caso de un paciente de 21 años que ingresó al servicio de urgencias por un cuadro clínico de traumatismo contundente abdominal (con bolillo) con dolor, distensión abdominal, fiebre no cuantificada y amilasaemia de 3.544 U/L.

Resultados. El paciente fue llevado a laparotomía exploratoria de urgencia. Se encontró un trauma pancreático de gran tamaño con zonas de esteatonecrosis pancreática, hemoperitoneo de 1.000 ml y necrosis de menos de 10 % de la cabeza del páncreas. No se observó compromiso del proceso uncinado. Desarrolló pseudoquistes postraumáticos. Requirió catéter de drenaje a la altura del cuello del páncreas. Se encontró dilatación del conducto de Wirsung en la cola y el cuerpo del páncreas (4,2 mm), truncado a nivel del cuello. Había colecciones en la cabeza del páncreas de 50 mm, en el cuello, de 26 mm, y en la cola, de 50 mm. Fue necesario colocar un *stent* en el conducto pancreático.

Conclusión. Las lesiones traumáticas del páncreas se han asociado con tasas de morbilidad que se aproximan al 45 %. Si el tratamiento se retrasa, estas tasas pueden aumentar al 60 %. La integridad del conducto pancreático principal es el factor determinante más importante de los resultados en la lesión del páncreas. Si no se diagnostican las alteraciones del conducto, pueden producirse infecciones secundarias, fístulas, colecciones líquidas y prolongadas estadías intrahospitalarias.

02-025

Pancreatitis necrosante posterior a pancreato-duodenectomía

Patricia Olarte, Jaime Muskus, Óscar Padrón
Clínica Universitaria Colombia - Organización Sanitas Internacional,
Bogotá, D.C., Colombia
patriciaolarte26@hotmail.com

Introducción. En varias series, la incidencia global de la infección del páncreas, incluyendo necrosis infectada, absceso pancreático y pseudoquistes pancreáticos infectados, como complicaciones de la pancreatitis aguda, es de 1,2 a 9,5 %. Para la pancreatitis aguda necrosante se ha informado 30 % de mortalidad.

La necrosis pancreática o peripancreática tiende a organizarse y delimitarse sobre el curso de tres a cuatro semanas; esta demarcación facilita substancialmente la necrosectomía. Esta organización de la necrosis pancreática se puede reseca con mayor facilidad, y la posibilidad de hemorragia o perforación intestinal se reduce, así como la probabilidad de propagación intraabdominal de la infección. Las necrosectomías retroperitoneales mínimamente invasivas han cobrado importancia en los últimos 10 años, entre ellas, la necrosectomía transgástrica endoscópica.

Objetivo. Diagnosticar la presencia de pancreatitis necrosante en una paciente con pancreato-duodenectomía (operación de Whipple), a los tres meses de operada.

Materiales y métodos. Se presenta el caso de una paciente de 48 años sometida a pancreato-duodenectomía por un adenoma túbulo-veloso en la ampolla de Vater, que consultó tres meses después por dolor abdominal en mesogastrio y fiebre. En los estudios de imaginología con tomografía axial abdominal se observó una colección adyacente a la cola del páncreas.

Resultados. Se hizo una derivación percutánea, obteniéndose material biliar oscuro con muchos detritus. La evolución clínica fue tórpida, por lo que se decidió hacer un drenaje quirúrgico de la colección retroperitoneal. Posteriormente, la evolución clínica fue satisfactoria, con resolución completa de su enfermedad.

Conclusión. El tratamiento de la pancreatitis necrosante infectada ha cambiado considerablemente en los últimos 20 años. Inicialmente, la sola presencia de pancreatitis necrosante se consideraba una indicación para una intervención quirúrgica. Con el transcurso de los años, sin embargo, quedó claro que la mayoría de los pacientes con necrosis estéril deben tratarse de forma conservadora, y la infección de la necrosis pancreática o peripancreática se convirtió en el requisito previo fundamental para la intervención quirúrgica.

02-027

Cinco años de experiencia de la Clínica Universitaria Colombia en pancreato-duodenectomía

Patricia Olarte, Jaime Muskus, Óscar Padrón, William Salamanca
Clínica Universitaria Colombia - Organización Sanitas Internacional,
Bogotá, D.C., Colombia
patriciaolarte26@hotmail.com

Introducción. Durante un periodo de cinco años, la Clínica Universitaria Colombia ha presenciado una importante evolución en la experiencia con pancreato-duodenectomías. Del conjunto de operaciones de cirugía general, la resección del páncreas se encuentra entre las más complejas; requiere una amplia disección de un órgano retrope-

ritoneal en relación con numerosas estructuras vasculares mayores. Las resecciones pancreáticas, ya sea en la cabeza o en la cola, por lo tanto, siguen siendo uno de los procedimientos quirúrgicos más desafiantes, técnicamente hablando.

Objetivo. Establecer la experiencia de la Clínica Universitaria Colombia en un periodo de cinco años en el manejo de pacientes con pancreato-duodenectomía, incluyendo la técnica laparoscópica.

Materiales y métodos. Se analizó de manera retrospectiva una serie de 56 pacientes con enfermedades pancreáticas que incluyeron adenocarcinomas ampulares, neoplasia mucinosa intraductal, neoplasia quística mucinosa y tumores neuroendocrinos, que fueron sometidos a pancreato-duodenectomía en el periodo de enero 2007 a mayo 2012. Se incluyó una paciente con pancreatolitiasis a la que se practicó un procedimiento de Puestow.

Resultados. Hemos tenido valiosos avances, entre ellos el más destacado ha sido la disminución de los índices de morbimortalidad; también, disminución de fístulas pancreáticas posoperatorias, reducción de la estancia hospitalaria y una invaluable experiencia que ha permitido disminuir el tiempo quirúrgico con la técnica mínimamente invasiva.

En el 2007 se hicieron 5 procedimientos; en el 2008, 14; en el 2009, 5; en el 2010, 12; en el 2011, 7, y en cinco meses del 2012, 13. En total, se practicaron seis pancreatomectomías distales por laparoscopia en los últimos 10 meses.

Conclusión. Es evidente que la pancreato-duodenectomía y las técnicas mínimamente invasivas requieren una significativa experiencia y conocimientos técnicos. Si la practican cirujanos expertos y se hace con las indicaciones adecuadas, es definitivamente posible. Así como los avances tecnológicos en endoscopia y robótica, el uso de la laparoscopia en la cirugía pancreática seguirá avanzando.

02-050

Malignant masquerade, compresión extrínseca benigna de la vía biliar que simula un colangiocarcinoma

Guillermo Aldana, Juan Villate

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

Introducción. La expresión *malignant masquerade* fue inicialmente utilizada por Blumgart, *et al.*, en 1985, para describir un proceso fibroinflamatorio benigno en el hilio hepático, clínicamente indistinguible del colangiocarcinoma hiliar. Varios estudios han demostrado que, aproximadamente, 5 a 10 % de los pacientes con obstrucción de la vía biliar proximal, inicialmente con diagnóstico de colangiocarcinoma, presentaban finalmente estrecheces benignas en la revisión histopatológica.

Objetivo. Presentar el caso y revisar la literatura científica de esta enfermedad poco común en cirugía general, con el fin de dar a conocer su difícil diagnóstico y presentación.

Materiales y métodos. Se expone el caso de un paciente de 59 años de sexo masculino, con un cuadro clínico de seis días de dolor en hipocondrio derecho, ictericia, acolia y coluria.

Resultados. El perfil hepático fue de patrón colestásico, sin colangitis. La ecografía mostró colelitiasis y dilatación de la vía biliar. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica sugiere un tumor de Klatskin y con la tomografía axial computadorizada no

se descarta un proceso neoplásico de la vía biliar. Los exámenes paraclínicos mostraron elevación de la fosfatasa alcalina y CA19.9 normal. Se sometió a una hepato-yeyunostomía y se diagnosticó un síndrome de Mirizzi de tipo IV. La biopsia por congelación fue negativa para neoplasia maligna, al igual que la revisión final de la histopatología.

Conclusión. No siempre es posible obtener con medios no quirúrgicos un diagnóstico preciso en casos de obstrucción de la vía biliar. La prueba histopatológica de una naturaleza maligna es difícil de obtener y muchas veces no se considera necesaria cuando el manejo paliativo es el paso que se debe seguir. Por estas razones, muchos pacientes con estrecheces de la vía biliar son tratados asumiendo una neoplasia con base en los hallazgos clínicos y radiológicos. El diagnóstico y abordaje terapéutico en pacientes con obstrucción o estrechez del árbol biliar termina, en algunas ocasiones, siendo una decisión final en la sala de cirugía.

02-052

Hematoma hepático secundario a ruptura espontánea de metástasis hepática colorrectal

Guillermo Aldana, Juan Villate

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

Introducción. El hematoma hepático contenido, al igual que el hemoperitoneo, como resultado del sangrado espontáneo de metástasis hepática, es una condición infrecuente pero clínicamente seria. El riesgo de ruptura espontánea está presente en tumores de hígado, benignos y malignos. Las condiciones más frecuente son el carcinoma hepatocelular (10 a 15 %) y el adenoma hepatocelular (30 a 50 %). Aproximadamente, 50 % de los pacientes con cáncer de colon pueden desarrollar metástasis hepáticas; sin embargo, la ruptura espontánea y el sangrado posterior no son una manifestación frecuente.

Objetivo. Presentar el caso y revisar la literatura científica sobre esta condición poco común en cirugía general, con el fin de dar a conocer su difícil diagnóstico y su presentación.

Materiales y métodos. Se trata de un paciente de 67 años de sexo masculino, remitido a nuestra institución con un cuadro clínico de dolor en hipocondrio derecho, e imagenología indicativa de hematoma hepático subcapsular de 18 x 14 x 11 cm, con sospecha de adenoma hepático.

Resultados. Se llevó a cirugía y se encontró un hematoma antiguo, y una lesión sólida, posible adenoma. El hematoma se drenó y la lesión se resecó. El posoperatorio fue normal y se dio de alta el paciente. En la histopatología se interrogó si se trataba de una metástasis gastrointestinal. En una colonoscopia posterior, se demostró una lesión tumoral de 5 cm, a 20 cm del reborde anal. Por histopatología e inmunohistoquímica, se confirmó una lesión metastásica.

Conclusión. Este tipo de complicación no es infrecuente en pacientes con hepatocarcinoma, así como en mujeres jóvenes en edad fértil, con lesiones hepáticas y antecedentes de consumo de anticonceptivos orales. Sin embargo, hay reportes de hematoma o hemoperitoneo secundario a metástasis de cáncer primario de pulmón, páncreas, estómago, riñón, vesícula biliar, próstata, testículo y, mucho menos frecuente, de adenocarcinoma colorrectal, por lo que lo hace una revisión del caso.

02-055**Hamartoma de vía biliar que simula colangiocarcinoma**

Germán Gómez, Juan Linares, René Burgos, Alejandro Moscoso, John Celis

Universidad del Rosario - Hospital Universitario Mayor Mederi, Bogotá, D.C., Colombia

juanlinaresmd@gmail.com, ggomezsa@gmail.com

Introducción. El hamartoma de vías biliares intrahepáticas es una lesión rara, que en la mayoría de los casos se descubre de forma incidental.

Objetivo. Presentar un caso manejado en el Hospital Universitario Mayor de la Universidad del Rosario y revisar la literatura científica.

Materiales y métodos. Se describe un paciente cuya presentación inicial semejó un colangiocarcinoma intrahepático, el cual fue llevado a cirugía. Se revisó la literatura.

Resultados. El paciente ingresó con un cuadro clínico de colangitis de grado I. En su estudio se demostró dilatación de la vía biliar izquierda, hepatolitis izquierda, masa a nivel de la vía biliar izquierda y CA19-9 anormal. Fue llevado a cirugía con diagnóstico de colangiocarcinoma intrahepático. Se practicó hepatectomía Izquierda. El resultado definitivo de histopatología demostró un hamartoma de la vía biliar intrahepática.

Conclusión. Esta es una enfermedad benigna muy poco frecuente. En este caso, la presentación semejaba una neoplasia maligna.

02-064**Manejo de trauma pancreático-duodenal complejo**

Jorge Augusto Herrera, Marcela Tascón

Universidad del Cauca - Clínica La Estancia, Popayán, Colombia

marcelatascon@gmail.com, jherrera@unicauca.edu.co

Introducción. Es un dilema la reconstrucción del conducto pancreático y del biliar común posterior a las lesiones traumáticas del páncreas con compromiso de dichos conductos, y la indicación puede ser la práctica de una duodenopancreatectomía. En un paciente estable pediátrico es razonable practicar un procedimiento quirúrgico menos invasivo con desbridamiento, drenaje e instalación de cánula en el conducto y exclusión pilórica.

Caso clínico. Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 13 años de edad, que fue remitido del nivel II en posoperatorio de 24 horas de laparotomía exploradora por trauma abdominal penetrante por explosión con hallazgos intraoperatorios de lesión de estómago y se le practicó sutura de las lesiones.

Ingresó al nivel III inestable y con abdomen agudo. Se le practicó reanimación y se hizo revisión de la cavidad abdominal. Se evidenció biliperitoneo con salida de bilis por la lesión de cabeza de páncreas, hubo alta sospecha de lesión del conducto pancreático (clasificación intraoperatoria tipo IV por lesión en la segunda porción, con laceración de tipo II).

Se practicó colecistectomía con paso de sonda a través del conducto cístico hasta el yeyuno, desbridamiento de la cabeza de páncreas, se colocó drenaje custodio, se suturó el duodeno con exclusión pilórica, y se practicó gastroyeyunostomía. Según el plan quirúrgico posoperatorio para las 48 horas, se practicó revisión de la cavidad y se observaron colecciones purulentas, con posterior aislamiento de *Enterobacter cloacae*. Se inicia manejo de abdomen abierto mas

un sistema de presión negativa conocido como VAC (*Vacuum assisted closure*). Se continuó el manejo de abdomen según lo planeado. Se le dio de alta el día 14 con sonda transcística que se retiró 8 semanas después.

Conclusión. En la duodenopancreatectomía por trauma, la mortalidad en algunas series es mayor del 30 % por lo que se debe practicar en sangrado incontrolable y o desvitalización duodeno-pancreática. Con un procedimiento menor se logra disminuir la mortalidad.

02-067**Quiste del colédoco en paciente adulto**

Jesus Díaz, Julián Andrés Meza, Juan Acosta, Víctor Vivas, Adriana Ruiz

Universidad del Cauca, Popayán, Colombia

drjamezaro@gmail.com

Introducción. El quiste de colédoco es una condición que frecuentemente se diagnostica en la población infantil; en los adultos es más frecuente en el sexo femenino, y se presenta con dolor abdominal, ictericia y, en ocasiones, con masa en el hipocondrio derecho, que llevan a la práctica de estudios imaginológicos para su diagnóstico, con posibles complicaciones como pancreatitis, colangitis o peritonitis biliar y riesgo de transformación maligna que aumenta con la edad.

Objetivo. Describir un caso de quiste de colédoco que se manejó en marzo del presente año en el Hospital Universitario San José de Popayán.

Materiales y métodos. Se trata de un paciente de sexo masculino de 32 años de edad con un cuadro clínico de 20 días de evolución consistente en dolor abdominal de tipo cólico localizado en el hipocondrio derecho, no irradiado, asociado a ictericia y sin otros síntomas. En la ecografía hepatobiliar y en la tomografía axial abdominal se observó imagen de lesión quística sobre el colédoco o la cabeza de páncreas y con la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica se demostró lesión quística del colédoco. Se decidió dar manejo quirúrgico.

Resultados. En la cirugía se encontró quiste del colédoco, clasificado como de tipo III. Se resecó y se hizo reconstrucción con hepato-yeyunostomía. El paciente fue dado de alta a los 6 días, con buena evolución posquirúrgica.

Conclusión. Los quistes del colédoco son poco diagnosticados en la edad adulta y en la mayoría de los casos requieren cirugía. En este caso se presentó en un paciente de 32 años y se hizo la reconstrucción con hepato-yeyunostomía, ya que es la cirugía con la que se describen menos complicaciones.

GASTROINTESTINAL**02-007****Trasplante de intestino delgado: reporte del primer paciente colombiano con supervivencia mayor de cinco años**

Carlos Guzmán, Álvaro Mena, Sergio Hoyos, Sandra Alzate, Carolina Echeverri

Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia

cguzman@hptu.org.co

Introducción. Desde 1987, el trasplante de intestino ha tenido un desarrollo progresivo en el mundo, ofreciendo hoy una supervivencia

similar a los de hígado y riñón: 92 % a un año, 82 % a cinco años y 65 % a diez años.

Objetivo. Reportar la evolución de nuestra primera paciente, con trasplante de intestino delgado, en alcanzar una supervivencia mayor de cinco años.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio descriptivo de la evolución de una paciente de 37 años de edad, que recibió un trasplante de intestino delgado el 30 de enero de 2006 como tratamiento de un síndrome de intestino ultracorto secundario a una trombosis mesentérica masiva.

Resultados. El tiempo quirúrgico fue de 7 horas y 35 minutos. La estancia en la unidad de cuidados intensivos fue de tres días, el retiro de la nutrición parenteral total fue al séptimo día del trasplante y la estancia hospitalaria fue de 25 días. La única complicación que ha presentado fue un rechazo agudo leve el día 24 posterior al trasplante, que mejoró con un bolo de 1 g de metilprednisolona y aumento de la medicación inmunosupresora de base (tacrolimus y prednisolona). La supervivencia actual es de 5 años y 4 meses, con una completa autonomía nutricional y un retorno completo a sus actividades sociales y laborales.

Conclusión. El obtener una supervivencia mayor de cinco años en esta paciente, nos estimula para compartir con los demás cirujanos colombianos que el trasplante de intestino delgado ya es una realidad en el mundo y en nuestro país, con resultados cada vez más satisfactorios.

02-008

Trasplante multivisceral modificado: reporte del primer paciente colombiano con supervivencia mayor de dos años y medio

Carlos Guzmán, Álvaro Mena, Sergio Hoyos, Sandra Alzate, Carolina Echeverri

Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia
cguzman@hptu.org.co

Introducción. Desde 1987, el trasplante de intestino y multivisceral ha tenido un desarrollo progresivo en el mundo, ofreciendo hoy una supervivencia similar a los de hígado y riñón: 92 % a un año, 82 % a cinco años y 65 % a diez años.

Objetivo. Reportar la evolución de nuestro primer paciente, con trasplante multivisceral modificado, en alcanzar una supervivencia mayor de dos años y medio.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio descriptivo de la evolución de un paciente de 23 años, que recibió un trasplante multivisceral modificado (estómago, páncreas e intestino delgado en bloque) el 19 de agosto de 2009, como tratamiento de una alteración de la motilidad generalizada del aparato gastrointestinal.

Resultados. El tiempo quirúrgico fue de 6 horas y 25 minutos. La estancia en la unidad de cuidados intensivos fue de tres días, el retiro de la nutrición parenteral total fue el día 19 posterior al trasplante y la estancia hospitalaria fue de 35 días. Como complicaciones, hubo obstrucción intestinal por bridas (día 74 después del trasplante) y un herpes zóster en hemitórax derecho (mes 8 después del trasplante). La supervivencia actual es de 2 años y 9 meses, con una completa autonomía nutricional y un retorno completo a sus actividades sociales y laborales.

Conclusión. El obtener una supervivencia mayor de dos años y medio con este paciente, nos estimula para compartir con los demás cirujanos colombianos que el trasplante multivisceral ya es una realidad en el mundo y en nuestro país, con resultados cada vez más satisfactorios.

02-015

Enfermedad diverticular del intestino delgado, Clínica El Bosque, Bogotá 2011

Karent Giraldo, Ricardo Villarreal, Carmen Roa, Carlos Luna, Carlos Leal, Ernesto Villamizar

Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia
kalegipem@yahoo.es

Introducción. La enfermedad diverticular del intestino delgado es una enfermedad poco común y de difícil diagnóstico prequirúrgico, ya que la mayoría de los casos se diagnostican en laparotomías exploratorias por abdomen agudo de etiología no clara. En nuestra institución se presentó un caso en el último año con perforación del íleon terminal. El paciente había presentado cuadro clínico séptico pero sin un foco aparente, por lo que fue llevado a cirugía.

Objetivo. En la literatura científica no existe una amplia revisión sobre esta condición, por lo que se desconoce claramente el abordaje y manejo indicados en los pacientes que la presentan. Es importante describir estos casos con el fin de ir esclareciendo y consolidando conceptos sobre esta infrecuente patología.

Materiales y métodos. Se trata de un paciente de sexo masculino de 68 años de edad, con cuadro de sepsis abdominal sin etiología clara, por lo que se le practicó laparotomía y se evidenció un divertículo del íleon terminal, perforado y con plastrón.

Se practicó hemicolecotomía derecha y resección de 10 cm de íleon terminal, anastomosis latero-lateral de íleon terminal a colon transverso, omentectomía parcial y empaquetamiento (tres compresas) por sangrado en capa. Fue llevado a cirugía nuevamente al segundo día para desempaquetamiento; se encontró hemoperitoneo de 700 ml, aproximadamente, se hizo lavado quirúrgico, se revisó la hemostasia y se cerró la cavidad.

Resultados. La evolución fue satisfactoria con normalización de los exámenes de laboratorio y mejoría clínica significativa, sin deterioro durante el resto de la hospitalización. Egresó 20 días después de su ingreso en buenas condiciones generales.

Conclusión. La enfermedad diverticular del intestino delgado es una enfermedad poco frecuente y hay pocos casos reportados en la literatura. Se presenta en 90 % de forma asintomática y tan solo en 10 % con complicaciones (sangrado, perforación, obstrucción). Por lo tanto, es indispensable tener un alto grado de sospecha clínica y saber que, aunque es poco frecuente, no es inexistente y se debe manejar oportunamente.

02-019

Fístula entero-protésico-atmosférica

Alejandro Moscoso, Camila de Ureña, Laura Cardozo, Angie Torres
Hospital Universitario Mayor Méderi, Bogotá, D.C., Colombia
moscoso.luis@ur.edu.co

Introducción. Es cada vez más claro el papel y las indicaciones de mallas biológicas en el manejo de eventraciones abdominales, aunque todavía no se sabe mucho de sus posibles complicaciones y manejo.

Objetivo. Presentar un caso de una fístula entero-protésico-atmosférica, manejada en el Hospital Universitario Mayor con excelentes resultados.

Materiales y métodos. Se trata de un paciente de sexo masculino de 67 años de edad con antecedentes de dos eventraciones previas, llevado a un tercer procedimiento y con complicación al décimo día posoperatorio por fístula a través de la malla biológica.

Resultados. Quirúrgicamente, se convirtió la fístula de entero-protésico-atmosférica a entero-cutánea y se dio tratamiento médico por seis semanas. Este consistió en drenaje, control de la infección, soporte nutricional avanzado (nutrición parenteral total) y disminución del débito de la misma con loperamida y somatostatina. La hospitalización se acortó a siete días, completando el manejo por extensión domiciliaria para disminuir el riesgo de infecciones hospitalarias asociadas. A la sexta semana, se hicieron estudios de tránsito intestinal, encontrándose buena respuesta clínica al tratamiento, sin evidencia clínica o paraclínica de fístula.

Discusión. Aún no está claro el manejo de las complicaciones presentadas después de la colocación de mallas biológicas, posiblemente por falta de experiencia con estas técnicas. En pacientes selectos, la organización del tipo de fístula puede cambiar su curso clínico, disminuyendo la morbilidad y mortalidad.

Conclusión. En algunos casos selectos, el cambio del tipo de fístula puede ayudar al manejo y a tener mejores resultados. Aún no hay en la literatura científica suficientes estudios sobre el manejo de las complicaciones de las mallas biológicas.

02-023

Intususcepción intestinal en el adulto

Carlos Perdomo, Roosevelt Fajardo, Daniela Cleves, Paola Mayorga, Awnuar Medellín
Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C., Colombia
pipeperdomocirujano@gmail.com

Introducción. La intususcepción intestinal es infrecuente en el paciente adulto. En la mayoría de los casos existe una causa mecánica identificable, usualmente un tumor benigno o maligno. Al encajarse un segmento del tubo gastrointestinal con su mesenterio (*intususceptum*) dentro de la luz de un segmento contiguo (*intususcipiens*), se produce la llamada intususcepción.

El 90 % de los casos ocurre en el intestino delgado y grueso, y el 10 % restante son intususcepciones gastro-duodenales o en estomas quirúrgicos. Los síntomas son los mismos que acompañan un cuadro clínico de obstrucción intestinal. Su manejo es quirúrgico.

Objetivo. Describir los tumores del intestino delgado como causa de intususcepción en el paciente adulto. Exponer el uso de la laparoscopia en esta entidad.

Materiales y métodos. Se presenta el caso clínico de una paciente con un cuadro clínico de obstrucción intestinal por intususcepción debida a un pólipo fibroso de 5 cm de diámetro. Se practicó una tomografía abdominal que mostró claramente las características radiológicas y anatómicas de esta enfermedad. Se expone un videoclip de la pieza quirúrgica y el manejo laparoscópico.

Resultados. Se presenta la evolución clínica de esta paciente con el fin de describir y discutir el manejo de esta enfermedad con las tecnologías actuales.

02-028

Manejo de la lesión de Dieulafoy

Carlos Perdomo, Laura López, Roosevelt Fajardo, Jhonny Fuentes
Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C., Colombia
pipeperdomocirujano@gmail.com

Introducción. En 1884, Gallard describió un paciente con una lesión de Dieulafoy. El nombre de la lesión proviene de Paul Georges Dieulafoy (1839-1911), un profesor de Patología de la Facultad de Medicina de París. En 1898, Dieulafoy describió varios pacientes con hemorragia gastrointestinal fatal asociada a un vaso sanguíneo gástrico sin una úlcera asociada. Nombró a esta lesión *exulceratio simplex*. Esta lesión es una causa rara de sangrado gastrointestinal, pero los pacientes, generalmente, presentan choque hemorrágico a su ingreso de urgencias. Se debe sospechar en casos de sangrados masivos con hallazgos endoscópicos mínimos. En muchas ocasiones se requieren múltiples endoscopias para llegar al diagnóstico y, aunque el manejo inicial se hace por esta vía, la consulta quirúrgica se considera fundamental en estos sangrados potencialmente letales.

Objetivo. Revisar una de las causas de sangrado digestivo alto poco frecuentes, pero potencialmente letales aun en población joven, y discutir la pertinencia de una intervención quirúrgica temprana en estos pacientes.

Materiales y métodos. Se presenta en forma breve y concisa el caso clínico de un adulto joven que consultó al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de la Fundación Santa Fe con un sangrado digestivo alto masivo por esta enfermedad. Requirió todas las modalidades terapéuticas descritas, como endoscopia, radiología intervencionista y, finalmente, cirugía. Se hace una corta revisión de esta entidad.

Resultados. Se presenta la evolución clínica y el desenlace de este paciente, para describir y discutir las diferentes modalidades terapéuticas que actualmente se encuentran disponibles para el manejo de esta condición.

02-029

Manejo quirúrgico de la fístula gastroatmosférica

Alexei Bernardo Rojas, José Fernando Guitarrero
Universidad del Cauca, Popayán, Colombia
jguitarrero@unicauca.edu.co

Introducción. La fístula gástrica es una entidad poco común descrita por Beaumont en 1822. El advenimiento de la cirugía bariátrica ha hecho que las fístulas gastro-cutáneas sean más frecuentes. Sin embargo, la fístula gastro-atmosférica sigue siendo una entidad poco frecuente y desafiante para el cirujano.

Objetivo. Presentar el caso complejo de una fístula gastroaérea en abdomen abierto, congelado y bloqueado, secundaria a trauma por arma de fuego.

Materiales y métodos. Se trata de una paciente de 42 años, con herida por proyectil de arma de fuego, en quien se practicó sutura gástrica y de la primera porción del duodeno, y control de daño del colon, en una primera cirugía. Después de múltiples intervenciones y en el contexto de un abdomen abierto, con ileostomía y cavidad congelada y bloqueada, desarrolló una fístula gastroaérea en el vértice de la laparostomía.

Resultados. Después de estabilizar la paciente y localizar anatómicamente la fístula, se dio tratamiento médico con mejoría parcial. Finalmente, se sometió a tratamiento quirúrgico, se orientó y exteriorizó la fístula a la piel, para transformarla en una gastrostomía; la contaminación se controló generando un trayecto fistuloso que, finalmente, permitió el cierre espontáneo. Actualmente, la paciente se encuentra asintomática, con fístula cerrada y esperando programación para un cierre de ileostomía.

Conclusión. La fístula gástrica, a pesar de tener una mortalidad menor que en otras localizaciones anatómicas, tiene mayor morbilidad y su cierre suele ser complejo. En este caso, se logró un adecuado control de la contaminación y el cierre mediante una técnica poco común.

02-035

Rotación intestinal anómala

Juan Enrique Seba, Horacio Garzón, Paulo Andrés Cabrera, Hernando Martínez

Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D.C., Colombia
horacio.garzon@hotmail.com

Introducción. La rotación intestinal anómala es una entidad en donde la rotación y fijación del segmento medio de intestino primitivo es anormal. Existe un amplio espectro de alteraciones de la rotación del intestino medio, que pueden suceder de forma aislada o asociarse a otras alteraciones congénitas.

Objetivo. Documentar y describir una condición que puede manifestarse en cualquier época de la vida, siendo más frecuente en la edad pediátrica, y exponer de manera cronológica y con ayudas visuales el proceso diagnóstico y terapéutico realizado.

Materiales y métodos. Se presenta una paciente de 9 años con un cuadro clínico de tres meses de evolución, de dolor abdominal tipo cólico, distensión abdominal, vómito posprandial y estreñimiento.

Resultados. Consultó a urgencias por dolor abdominal y, por sospecha de apendicitis aguda, fue sometida a cirugía. Se encontró el apéndice sano, sin evidencia de rotación intestinal; por persistencia de los síntomas, se practicó laparotomía exploratoria y se encontró rotación intestinal anómala. En el mismo acto quirúrgico se manejó esta entidad.

Conclusión. La verdadera incidencia de rotación intestinal anómala se desconoce. La mayoría de los pacientes cursan asintomáticos, y 40 a 50 % de ellos presentan síntomas en los primeros días de vida. Es una entidad que se asocia a diversas complicaciones, como desnutrición, mala absorción y vólvulos de intestino delgado; en algunas ocasiones, requiere manejo quirúrgico de urgencia. En pacientes con dolor abdominal crónico recurrente, debe sospecharse la presencia de esta entidad, dándole importancia crucial al conocimiento de su fisiopatología, presentación, diagnóstico y tratamiento.

02-038

Manejo no quirúrgico en caso de neumoperitoneo secundario a neumatosis quística intestinal

Carolina Restrepo, Nelson Niño, Elio Sánchez
Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C., Colombia
departamentocirugia@husi.org.co, crestrepo@husi.org.co

Introducción. La neumatosis quística intestinal es una entidad rara de etiología desconocida, caracterizada por la presencia de quistes

subserosos o submucosos en el tubo digestivo, principalmente en intestino delgado y colon. Ocasionalmente, se asocia a neumoperitoneo por la ruptura de un quiste.

Objetivo. Describir un caso clínico con fines académicos, con respecto al manejo de una entidad poco frecuente, haciendo una revisión de la literatura científica disponible al respecto.

Materiales y métodos. Se presenta una paciente de 54 años con antecedentes de enfermedad del colágeno en estudio, sin dolor abdominal, en quien la tomografía axial abdominal demostró neumoperitoneo y retroneumoperitoneo, con sospecha de perforación intestinal.

Resultados. Dada la ausencia de signos clínicos de perforación visceral, se decidió dar un manejo médico adecuado, no quirúrgico, por el diagnóstico de neumoperitoneo secundario a neumatosis quística intestinal.

Conclusión. La neumatosis intestinal es una enfermedad poco frecuente, que se presenta con mayor frecuencia en adultos que en niños y, en ellos, es más prevalente en hombres. Se asocia a diferentes enfermedades gastrointestinales, pulmonares, infecciosas, tumorales, del colágeno y traumatismos, y en 15 % de los casos puede ser idiopática. La mayoría de pacientes son asintomáticos y se asocia con neumoperitoneo hasta en 30 % de los casos, el cual no necesariamente pone en riesgo la vida del paciente.

02-041

Síndrome de Chilaiditi: reporte de caso y revisión de la literatura científica

Camilo Medina, Ángela Mariño, Carolina Malaver
Hospital de Suba, Bogotá, D.C., Colombia
camilomedina83@hotmail.com

Introducción. La interposición de un segmento intestinal entre el diafragma y el hígado, asociado a síntomas clínicos como dolor abdominal, anorexia, vómito, distensión abdominal o estreñimiento, se denomina síndrome de Chilaiditi. No es una entidad patológica frecuente y predomina, sobre todo, en varones mayores de 65 años. Se ha relacionado fuertemente con el estreñimiento crónico y también puede observarse en casos de rotación congénita anómala, elongación del colon y síndrome de adherencias, entre otros. Por otra parte, el signo de Chilaiditi consiste solo en el hallazgo radiológico de gas interpuesto entre el hemidiafragma derecho y el hígado, sin que se relacione con ningún tipo de sintomatología.

Objetivo. Reportar un caso clínico y hacer la revisión de la literatura científica sobre el síndrome de Chilaiditi.

Materiales y métodos. Se presenta un paciente que consultó por un cuadro clínico de dolor abdominal agudo sugestivo de apendicitis aguda, con hallazgos quirúrgicos e imaginológicos de síndrome de Chilaiditi.

Resultados. Se reporta el caso clínico y se revisa la literatura científica sobre el síndrome de Chilaiditi, analizando su presentación clínica, métodos diagnósticos, factores de riesgo, manejo y pronóstico.

Conclusión. El síndrome de Chilaiditi se diferencia clínicamente del signo de Chilaiditi. El tratamiento es conservador y consiste fundamentalmente en analgesia y recomendaciones dietéticas. Solo en caso de complicaciones, como obstrucción intestinal, perforación o vólvulo, está indicado el tratamiento quirúrgico. El pronóstico de esta condición es muy favorable.

02-042**Obstrucción intestinal por fitobezoar***María Rizo, Anwar Medellín, Juan Hernández*

Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C., Colombia

Introducción. La obstrucción intestinal es una urgencia producida, principalmente, por adherencias peritoneales. Otra causa son los bezoares (0,4 a 4 %), una cirugía gástrica previa, problemas de la masticación, alteraciones en la motilidad gástrica o intestinal, ingestión excesiva de fibra, hipotiroidismo o problemas psiquiátricos. Los bezoares son aglomerados de material vegetal, animal o textil, que quedan retenidos en el tubo digestivo. Se presentan con dolor abdominal, distensión y vómito. La tomografía muestra dilatación de las asas intestinales y una masa ovoide con densidad de tejidos blandos. El manejo inicial es conservador, pero, en ocasiones, requiere tratamiento quirúrgico. La laparoscopia se ha convertido en la elección inicial por sus ventajas.

Objetivo. Mostrar la clínica, el manejo y la evolución de dos pacientes que ingresaron a la Fundación Santa Fe de Bogotá por obstrucción intestinal por fitobezoares.

Materiales y métodos. Se evaluaron dos pacientes, una mujer de 40 años y un hombre de 53, con dolor abdominal sospechoso de obstrucción, y tomografía axial computadorizada de abdomen que mostró dilatación intestinal y zona de transición del íleon.

Resultados. Estos pacientes requirieron manejo quirúrgico para resolver su enfermedad obstructiva. Sometidos a laparoscopia, se encontró una masa en el íleon distal que no podía fragmentarse y fue necesaria la enterotomía. La evolución posoperatoria fue adecuada.

Conclusión. La obstrucción intestinal por fitobezoar es un diagnóstico difícil que puede tener complicaciones importantes; el método diagnóstico de elección es la tomografía axial computadorizada. El manejo depende de la clínica y la localización de la obstrucción. Siempre debe intentarse el manejo laparoscópico.

02-043**Gastrostomía endoscópica oculta***Brenda Lamadrid, José Salcedo*

Universidad de Cartagena - Clínica Universitaria San Juan de Dios, Cartagena, Colombia

blamadridm@gmail.com , jguille68@hotmail.com

Introducción. La gastrostomía endoscópica percutánea se ha convertido en una herramienta vital como forma de alimentación en pacientes con disfagia funcional y mecánica. La gastrostomía endoscópica oculta o *buried bumper syndrome*, consiste en la migración del tope interno de la sonda hacia la pared abdominal por una excesiva tensión entre los topes interno y externo de la sonda; se presenta como una complicación excepcional de la gastrostomía endoscópica percutánea.

Objetivo. Presentar un caso de gastrostomía endoscópica oculta y revisar la literatura científica sobre el manejo de gastrostomías endoscópicas ocultas y su impacto en la morbimortalidad de los pacientes.

Materiales y métodos. Estudio de historia clínica del paciente, observando enfermedades concomitantes, estado nutricional y resultados de la intervención terapéutica seguida. Posterior a esto, se revisó la literatura médica con respecto al tema.

Resultados. Se presenta el caso de paciente femenina de 69 años con disfagia grave secundaria a miastenia gravis, que requirió gastrostomía endoscópica percutánea para alimentación. Después de cinco meses, reingresó a la clínica por presentar disfunción de la gastrostomía, con infección paraestomal asociada. La endoscopia mostró un tope interno subcutáneo por lo que fue necesario remover la sonda de gastrostomía y diferir la nueva gastrostomía endoscópica percutánea, por desnutrición grave. Seis meses después, se practicó nueva gastrostomía sin complicaciones, con buena evolución a largo plazo.

Conclusión. La gastrostomía endoscópica oculta es una complicación excepcional de la gastrostomía endoscópica percutánea. Sin embargo, es de vital importancia su rápida identificación y diagnóstico, ya que podría acarrear consecuencias nefastas en la morbimortalidad del paciente.

02-047**Gastritis enfisematosa***Germán Gómez, David Baquero, Alejandro Moscoso, Trinidad**Plata, Aura Rivera, Dinimo Bolívar*

Universidad del Rosario - Hospital Universitario Mayor Mederi, Bogotá, D.C., Colombia

baquero.david@ur.edu.co , ggomezsa@gmail.com

Introducción. La gastritis enfisematosa es una enfermedad muy poco frecuente, de etiología infecciosa y con elevada mortalidad. Hay escasas publicaciones en la literatura científica mundial (88).

Objetivo. Presentar tres casos manejados en el Hospital Universitario Mayor de la Universidad del Rosario y revisar la literatura científica.

Materiales y métodos. Se describen tres pacientes con diagnóstico de gastritis enfisematosa, sus imágenes, seguimiento y los resultados obtenidos con el manejo instaurado.

Resultados. Se describen dos pacientes en posoperatorio de resección anterior baja de recto y uno por trauma cerrado de abdomen. Debido al cuadro séptico, y con base en las imágenes, se hizo el diagnóstico de gastritis enfisematosa. La relación con trauma no la hemos encontrado descrita en la literatura científica. Ningún paciente tenía neumatosis quística intestinal. El manejo instaurado fue no operatorio, ya que no tenían indicación quirúrgica y se basó en la antibioticoterapia.

Conclusión. Esta es una enfermedad muy poco frecuente, con una mortalidad elevada, cuyo manejo en la literatura aún no se ha definido. En nuestra serie de casos tenemos una supervivencia del 100 % con el manejo médico basado en antibioterapia.

02-053**Melanoma esofágico primario, desenlace poco común***Ricardo Jurado, Diego Aponte, Raúl Guevara, Edwin Medina,**Jaime Téllez*

Fundación Universitaria Sanitas, Bogotá, D.C., Colombia

ric_jurado@hotmail.com

Introducción. El melanoma esofágico es una enfermedad rara, con pocos casos descritos en la literatura, y corresponde, aproximadamente a 0,1 a 0,2 % de los tumores primarios del esófago. Su comportamiento es agresivo.

Objetivo. Presentar un caso poco frecuente, su manejo y desenlace.

Materiales y métodos. Se trata de un hombre de 78 años, que asistió a consulta externa por cuatro meses de disfagia progresiva y pérdida de tres kilogramos de peso. Era diabético e hipertenso, no fumador. En la endoscopia se halló una masa tumoral exofítica ulcerada de color negro, que ocupaba el 60 % de la luz del esófago. El estudio histopatológico convencional y avanzado con inmunohistoquímica, indicó reacción de células tumorales para proteínas s100, HMB-45 y Melan-A, lo que confirmó el diagnóstico de melanoma epiteliode. Se hizo una búsqueda de casos similares en las bases electrónicas de datos.

Resultados. Para el manejo de la disfagia se le insertó una prótesis esofágica plástica recubierta, sin complicaciones y con mejoría de los síntomas. Ante la ausencia de extensión de la enfermedad, establecida por tomografía por emisión de positrones (PET), se decidió practicar esofagectomía toracoscópica, vaciamiento cervical, gastrectomía subtotal, ascenso gástrico y anastomosis esófago-gástrica. Una fístula esofágica fue manejada exitosamente con nutrición entérica. En la evolución tardía, ha presentado dos estenosis leves de la anastomosis esófago-gástrica, que se resolvieron con dilataciones neumáticas. Actualmente se encuentra asintomático.

Conclusión. El melanoma esofágico primario es infrecuente, con una tasa de mortalidad alta debido a su diagnóstico tardío. Se han descrito pocos casos de supervivencia prolongada. El manejo quirúrgico es el tratamiento de elección en pacientes con enfermedad temprana y ausencia de metástasis.

02-073

Abdomen agudo quirúrgico: perforación intestinal espontánea en paciente con VIH por *Candida krusei*

Jonathan Liendo, Ricardo Silgado, Marcos Cardozo, Jairo De la Peña, Iván Barrio

Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia

jonathanliendo@hotmail.com

Introducción. En el paciente inmunosuprimido por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el dolor abdominal se ha convertido en un reto para el cirujano. El aumento en la supervivencia de estos pacientes gracias a la terapia HAART ha incrementado enfermedades poco frecuentes, lo que nos obliga a considerar aspectos etiológicos antes poco sospechados. Esto nos lleva a investigar estas relativamente nuevas causas de abdomen agudo quirúrgico y tenerlas en cuenta al momento de evaluar a pacientes positivos para VIH.

Objetivo. Presentar un caso clínico de abdomen agudo quirúrgico en un paciente con VIH, demostrando una enfermedad poco frecuente como causa de perforación intestinal.

Materiales y métodos. Se presenta un paciente que ingresó al servicio de urgencias con cuadro clínico de abdomen agudo quirúrgico.

Resultados. Se sometió a laparotomía exploratoria con hallazgos de perforación de íleon distal. En la muestra enviada a estudio anatomopatológico se encontró perforación intestinal por proceso inflamatorio agudo y crónico granulomatoso asociado a infección por *Candida krusei*.

Conclusión. El abdomen agudo quirúrgico en el paciente positivo para VIH sigue siendo un reto para el cirujano, con una alta tasa de morbilidad y mortalidad. Es indispensable tener en cuenta otro tipo de causas en la adecuada valoración de estos pacientes. La candidiasis

intestinal debe tenerse entre las consideraciones diagnósticas. El sitio de perforación más frecuente es el íleo distal sin importar cuál sea la etiología del abdomen agudo con perforación.

02-078

Sangrado digestivo oculto, caso clínico

Oswaldo Alfonso Borráez, Leonardo Herrera, Bernardo Alfonso Borráez, Jorge Andrés Azuero, Mario Alfonso, Guillermo Villa, Edgar Mateus, Saúl Ardila

Universidad Nacional - Universidad El Bosque - Hospital San Blas, Bogotá, D.C., Colombia

oborraezg@gmail.com

Introducción. El sangrado gastrointestinal oculto representa el 5 % del total de casos de sangrado gastrointestinal. Puede ser de presentación crónica y caracterizarse por sangre oculta en heces o anemia crónica inexplicable; la forma aguda de presentación es la más grave, ya que puede comprometer la vida del paciente, debido al choque hipovolémico secundario. Existen muchas alternativas diagnósticas y terapéuticas para este tipo de condición pero, en la actualidad, debido a los avances endoscópicos, se proponen algoritmos más claros en busca de menor morbilidad con mejor rendimiento.

Objetivo. Presentar un caso de sangrado gastrointestinal oculto y su manejo.

Materiales y métodos. Se trata de un paciente de 42 años con hemorragia digestiva alta caracterizada por hematemesis y melenas. Durante la hospitalización presentó choque hipovolémico, con falla respiratoria que requirió asistencia mecánica. La endoscopia de vías digestivas altas no demostró sangrado activo y en la colonoscopia se encontraron restos de sangre digerida. Estos dos estudios se repitieron en las salas de cirugía y fueron negativos.

Se llegó al diagnóstico de sangrado gastrointestinal oculto, por lo que se practicó laparotomía exploratoria y enteroscopia intraoperatoria; se encontró una lesión vascular en el yeyuno, la cual se trató exitosamente con resección intestinal del segmento comprometido. El reporte de histopatología fue negativo para neoplasia maligna y correspondió a vasculitis.

Conclusión. El sangrado gastrointestinal oculto, aunque poco frecuente, siempre debe ser evaluado por el cirujano, sobre todo en los casos de hemorragia masiva que siempre es potencialmente de manejo quirúrgico. El cirujano debe estar plenamente informado de las diferentes opciones diagnósticas y terapéuticas.

CIRUGÍA BARIÁTRICA

02-020

Fístula broncogástrica como complicación de gastrectomía en manga laparoscópica

María Medina, Douglas Ortiz, Viviana Parra

Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá, D.C., Colombia
andremed2@yahoo.com

Introducción. La gastrectomía en manga laparoscópica es un procedimiento bariátrico restrictivo para el tratamiento de la obesidad mórbida, que surge de la modificación del procedimiento de derivación biliopancreática más *switch* duodenal (Mangestrasse y Mill). Las complicaciones posoperatorias están representadas, principalmente, por fístulas gástricas con una tasa de incidencia de 0 a 5,1 % en la

literatura científica. Esta complicación es de difícil manejo y requiere de estudios e intervenciones multidisciplinarias.

Objetivo. Exponer el caso de una paciente con fístula bronco gástrica como complicación tardía de una manga gástrica laparoscópica.

Materiales y métodos. Se expone el caso de una paciente de 25 años con obesidad mórbida, a quien se le practicó una manga gástrica por laparoscopia y, posteriormente, desarrolló una fuga gástrica por la línea de engrapado, la cual se manejó de manera intervencionista con *stents* endoscópicos autoexpandibles. Cinco meses después presentó cuadros recurrentes de reflujo y síntomas respiratorios indicativos de neumonía, para lo cual se hicieron estudios que documentaron la persistencia de la fuga y comunicación de la misma con el espacio pleural, y foco de consolidación pulmonar basal izquierda.

Resultados. Se le practicó una cirugía de revisión, evidenciándose *stents* esófago-gástricos en posición, fístula bronco gástrica de 4 cm sobre la curvatura mayor con comunicación al espacio pleural y al lóbulo inferior izquierdo del pulmón, y comunicación peritoneal posterior de la cara diafragmática de dicho lóbulo. Se practicó gastrografía y *bypass* gástrico en Y de Roux, neumorrafia y cierre primario de la comunicación bronco-pleuro-peritoneal, con reparación diafragmática.

Conclusión. Se ha demostrado que la manga gástrica laparoscópica es un procedimiento bariátrico efectivo y relativamente seguro para pacientes con obesidad mórbida. El manejo idóneo y oportuno de sus complicaciones requiere una intervención multidisciplinaria muy cuidadosa para que su desenlace no sea fatal.

02-026

Trombosis de la vena porta posterior a manga gástrica

Patricia Olarte, Andrés Ospina, Álvaro Valencia, Humberto Jiménez, Liliana Suárez

Organización Sanitas Internacional - Clínica Universitaria Colombia - Clínica Reina Sofía, Bogotá, D.C., Colombia
patriciaolarte26@hotmail.com

Introducción. Casi el 25 % de la población en los países desarrollados sufre de obesidad. La manga gástrica (*gastric sleeve*) es una gastrectomía vertical que surge como herramienta para el tratamiento de la obesidad mórbida; fue descrita por primera vez por Marceau y Hess, como una mejora de la gastrectomía distal.

La trombosis venosa de la porta se ha descrito como una de las complicaciones de este procedimiento. Aunque es poco frecuente, es potencialmente grave; solo comprende del 5 al 15 % de las isquemias mesentéricas y es una complicación muy rara de la cirugía laparoscópica.

Objetivo. El Grupo de Cirugía Bariátrica de la Organización Sanitas Internacional, en la Clínica Reina Sofía y la Clínica Universitaria Colombia, ha realizado más de 1.000 procedimientos de cirugía bariátrica. El objetivo de esta publicación es presentar un caso de trombosis de la vena porta en los pacientes sometidos a manga gástrica en esta importante muestra.

Materiales y métodos. Se presenta el caso de una paciente de 25 años en su sexto día posoperatorio de manga gástrica, con cuadro clínico de dolor abdominal, náuseas y lipotimia.

Resultados. La paciente, con trastornos de hipoperfusión, fue llevada a cirugía para drenaje de hemoperitoneo (4.000 ml) y esplenectomía.

En la angiotomografía se encontró una extensa trombosis de la vena porta y de la mesentérica superior. Se inició un esquema de anticoagulación plena, con evolución clínica satisfactoria.

Conclusión. La anticoagulación debe iniciarse con heparina a dosis de 80 unidades por kg: 1 bolo intravenoso seguido de 18 U/kg, una infusión titulable con el objetivo de lograr una PTT de 55 a 70 μ segundos. La anticoagulación se recomienda a pesar del riesgo de sangrado gastrointestinal, ya que el beneficio de la prevención del infarto intestinal es mayor que el riesgo de sangrado.

La anticoagulación debe continuarse en pacientes con un factor de riesgo persistente. En ausencia de tales factores de riesgo, la anticoagulación puede suspenderse en 6 a 12 meses.

02-056

Gastroplastia vertical ¿motivo de recuperación de peso?

Ricardo Nassar, Juan Hernández, Fernando Arias, Juan Linares, Ángela Ospina

Hospital Universitario Fundación Santafé de Bogotá, Bogotá, D.C., Colombia
juanlinaresmd@gmail.com , rnassarmd@gmail.com

Introducción. La recuperación de peso en pacientes sometidos a cirugía bariátrica es un motivo de amplio debate; técnicas, como la banda gástrica, el *minibypass* gástrico y la gastroplastia vertical con anillo han caído en desuso por sus malos resultados en el manejo del paciente con obesidad mórbida.

Objetivo. Presentar un caso manejado en la Fundación Santafé de Bogotá y revisar la literatura científica.

Materiales y métodos. Se describe un paciente con antecedentes de gastroplastia vertical y anillo 10 años antes, con recuperación de peso y obesidad mórbida. Se revisa la literatura científica.

Resultados. Se trata de una paciente con recuperación de peso luego de haber sido sometida a gastroplastia vertical con anillo en su país de origen. Se llevó a cirugía programada, en la cual se halló el estómago con los cambios por el antecedente quirúrgico y presencia de anillo de silastic con cierre incompleto. Se practicó un *bypass* gástrico con Y de Roux. La evolución de la paciente ha sido satisfactoria en su seguimiento.

Conclusión. Las técnicas de cirugía bariátrica puramente restrictivas, como la gastroplastia vertical con anillo, están hoy en desuso por los malos resultados ofrecidos a largo plazo. Evidencia de ello es la recuperación de peso. Frecuentemente requieren una nueva intervención y reemplazar la cirugía previa por técnicas de cirugía metabólica, como la gastrectomía vertical o el *bypass* gástrico, obteniéndose mejores resultados en la reducción de peso y regresión del síndrome metabólico.

02-057

Fístula gastro-gástrica y recuperación de peso

Ricardo Nassar, Juan Hernández, Fernando Arias, Juan Linares, Ángela Ospina

Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C., Colombia
juanlinaresmd@gmail.com , rnassarmd@gmail.com

Introducción Dentro del manejo quirúrgico del paciente con obesidad mórbida, la técnica de *bypass* gástrico se considera el método

estándar porque ha mostrado buenos resultados a largo plazo en la reducción y mantenimiento de peso. Una de las complicaciones que puede llevar a la recuperación de peso es la fístula gastro-gástrica, que es poco frecuente.

Objetivo. Presentar un caso manejado en la Fundación Santa Fe de Bogotá y revisar la literatura científica.

Materiales y métodos. Se describen el método quirúrgico y el abordaje clínico de una paciente, que presentaba recuperación de peso al momento de su consulta, con antecedente de *bypass* gástrico. Se documentó, por estudios imaginológicos y endoscopia la presencia de dos fístulas gastro-gástricas. Se procedió a hacer un cierre laparoscópico de las fístulas, con identificación intraoperatoria de las mismas por endoscopia, comprobando su cierre completo.

Resultados. Al final de la intervención, se logró una adecuada estabilidad clínica y funcionalidad de la paciente, sin complicaciones asociadas. Se pudo reiniciar un proceso de pérdida de peso de manera segura.

Conclusión. Es fundamental tener en cuenta que los pacientes sometidos a cirugía bariátrica de cualquier tipo, pueden presentar complicaciones asociadas con la intervención. Las fístulas gastro-gástricas son raras y son motivo de recuperación de peso. Se destaca el abordaje multidisciplinario de esta complicación y el resultado clínico satisfactorio en la evolución de la paciente.

COLON Y RECTO

02-032

Apendicectomía por monpuerto como manejo para el plastrón apendicular

Andrés Salazar, Julián Gómez

Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D.C., Colombia
drjuliangomez@gmail.com

Introducción. El tratamiento actual del plastrón apendicular ha migrado de la cirugía abierta al manejo laparoscópico, con beneficios claros como son la disminución del la estancia hospitalaria y de la infección del sitio operatorio, además del obvio resultado estético. La laparoscopia es una herramienta vital en el arsenal terapéutico del cirujano actual. Actualmente, se cuenta con escasa literatura científica nacional sobre el tema.

Objetivo. Describir un caso de apendicetomía laparoscópica por monpuerto umbilical, a través de un guante quirúrgico.

Materiales y métodos. Se expone una modificación de la técnica clásica de apendicetomía laparoscópica, con el uso de un separador Alexis, un guante quirúrgico y una pinza *Ligasure* Atlas.

Resultados. Se logró la resolución exitosa de un plastrón apendicular por vía transumbilical, con evolución adecuada de la paciente. Se logró reproducir de manera satisfactoria la técnica descrita en la literatura científica a través de un monpuerto con un guante quirúrgico.

Conclusión. La laparoscopia actualmente es el método estándar para múltiples procedimientos quirúrgicos. Es una herramienta de vital aprendizaje en el cirujano moderno, con el advenimiento de nuevas tecnologías y mayor asequibilidad, está convirtiéndose en

una necesidad. Con ventajas indiscutibles con respecto a la estancia hospitalaria, infección del sitio operatorio y disminución del tiempo operatorio, consideramos que es una opción quirúrgica segura, factible y reproducible en nuestro medio, como una alternativa para el manejo de la apendicitis, la cual es la condición quirúrgica más prevalente en nuestro medio.

02-048

Vólvulo del colon transverso

Lukas Ríos, Carlos González, Douglas Ortiz, Carlos Sánchez
Universidad Militar Nueva Granada - Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá, D.C., Colombia
lukasrios@hotmail.com

Introducción. El vólvulo del colon transverso es infrecuente y representa el 2 % de todos los vólvulos del colon. Se asocia a factores anatómicos, fisiológicos o mecánicos. Fue descrito por Kallio en 1932. En 1981, Anderson revisó 66 pacientes reportados en la literatura mundial y encontró una incidencia de 2,6 % de vólvulo a nivel del colon transverso. Su presentación clínica, diagnóstica y tratamiento constituyen un desafío al que se enfrenta el cirujano.

Objetivo. Reportar un caso clínico de vólvulo del colon transverso y revisar las posibilidades diagnósticas y terapéuticas.

Materiales y métodos. Se presenta una paciente de sexo femenino de 42 años de edad, con antecedentes de ligadura de trompas, que presentó obstrucción intestinal con resolución espontánea cuatro años antes. Ingresó por obstrucción intestinal de tres días de evolución, sin signos de irritación peritoneal, que no mejoró con el manejo médico. La radiografía de abdomen y la colonoscopia sugirieron vólvulo del colon sigmoideos, que no se pudo manejar durante esta última.

Resultados. En la laparotomía se evidenció vólvulo del colon transverso a nivel del ángulo esplénico. Se resecó el segmento comprometido y se hizo una anastomosis latero-lateral colon-colon.

Conclusión. El vólvulo del colon transverso es una entidad patológica poco común, por lo que no es fácil el diagnóstico. Se debe tener un alto índice de sospecha y apoyo de métodos diagnósticos, con el fin de hacer el diagnóstico. El tratamiento puede ir desde la resolución del vólvulo mediante endoscopia hasta el manejo quirúrgico, con resección, anastomosis y colostomía.

02-049

Duplicación del apéndice cecal: a propósito de un caso

Maikel Pacheco, John Flechas

Fundación Universitaria Ciencias de la Salud - Hospital de San José, Bogotá, D.C., Colombia
cx_general@hospitaldesanjose.org.co

Introducción. La duplicación del apéndice cecal tiene una incidencia de 0,004 % y, las variantes anatómicas, de 0,009 %, en apéndices cecales extirpadas. El paciente con antecedentes quirúrgicos de apendicetomía es un reto para el diagnóstico y manejo, y para las consecuencias médico-legales para el cirujano.

Objetivo. Reportar un caso clínico de duplicación del apéndice cecal en una reintervención quirúrgica y el manejo realizado.

Materiales y métodos. Se expone un caso de un paciente de 32 años con antecedentes de sigmoidectomía, colostomía y apendicetomía un año atrás, sometido a cierre de colostomía. Se practica apendicetomía y cierre de colostomía.

Resultados. Durante el procedimiento quirúrgico para el cierre de colostomía, se encontró duplicación del apéndice cecal, observándose que el muñón apendicular de la primera intervención era adecuado. Se practicó la nueva apendicetomía, concomitante con el cierre de la colostomía. La evolución clínica del paciente fue adecuada, por lo cual se dio salida al tercer día posoperatorio.

Conclusión. El cuadro clínico, los antecedentes, el examen físico, el diagnóstico y el manejo en la mayoría de los casos es difícil y, sin embargo, hay casos en los que el manejo quirúrgico y los hallazgos intraoperatorios son la única herramienta diagnóstica y terapéutica en este tipo de pacientes.

02-072

Lipohiperplasia de la válvula ileocecal como causa de abdomen agudo en el Hospital Universitario del Caribe

Juan Acevedo, José Posada, César Torres, Lucía Niño, Iván Barrios

Universidad de Cartagena, Hospital Universitario del Caribe, Cartagena, Colombia

juaniaviermd@hotmail.com

Introducción. La lipohiperplasia de la válvula ileocecal es una entidad infrecuente, conocida también como lipomatosis de la válvula ileocecal o hipertrofia lipomatosa, que se caracteriza por exceso de tejido adiposo en la submucosa, manifestado por el engrosamiento valvular y prolapsos en la luz del ciego. La mayoría de los reportes en la literatura son casos aislados en los que se ha encontrado una mayor incidencia entre los 50 y los 70 años, con pocos casos antes de los 40 años, con un ligero predominio en mujeres, con una relación hombre a mujer de 2 a 1.

Objetivo. Describir el hallazgo histopatológico de lipohiperplasia de la válvula ileocecal como causa de abdomen agudo.

Materiales y métodos. Se presenta un paciente de sexo masculino de 38 años de edad que consultó al servicio de urgencias del Hospital Universitario del Caribe con un cuadro clínico de 28 horas de evolución de dolor abdominal de tipo cólico que se localizaba en la fosa iliaca derecha, acompañado de hematoquecia, rectorragia y, en el examen físico, signos de irritación peritoneal, por lo que fue llevado a cirugía con diagnóstico de intususcepción.

Resultados. Los hallazgos intraoperatorios fueron infiltrado edematoso de la válvula ileocecal y gotera parietocólica derecha, más adenomegalias mesentéricas. Histológicamente se evidenció hipertrofia lipomatosa de la válvula ileocecal con inflamación aguda y crónica, necrosis y ulceración de la mucosa.

Conclusión. La hiperplasia de la válvula ileocecal con presentación clínica del abdomen agudo es una enfermedad infrecuente y, generalmente, se diagnostica posquirúrgicamente por histopatología, siendo la hemicolectomía derecha la conducta usualmente realizada por la motivación errónea de tumor maligno.

02-074

Cecosigmoidostomía transapendicular como una medida extrema para la reconstrucción del tubo digestivo

Andrés Falla, Jaime Rey, Natalia Reinoso, William Sánchez, Alejandro Quintero

Hospital Militar Central, Bogotá, D.C., Colombia

Introducción. Las heridas abdominales generadas por el trauma de guerra representan un reto para el cirujano, tanto en su abordaje inicial como en intervenciones futuras para la reconstrucción de las secuelas que ocasionan. Esto se debe a la magnitud del trauma y a las medidas extremas que se deben tomar durante la cirugía de control de daños.

Objetivo. Informar nuestra experiencia con dos anastomosis de ciego a sigmoideas a través del orificio apendicular, como alternativa de manejo en un paciente con colectomías extensas posteriores a heridas por arma de fuego.

Materiales y métodos. Se hace una revisión retrospectiva de historias clínicas.

Resultados. Se trata de un paciente de sexo masculino de 27 años de edad, quien sufrió una herida abdominal por arma de fuego en combate dos años antes, con lesión hepática de grado II, gástrica de grado I, renal izquierda de grado V, de yeyuno de grado II y en el colon sobre ángulo hepático, transversos y descendente, de grado IV, con *Injury Severity Score* (ISS) 18.

Inicialmente, se practicó hepatogastrotomía, nefrectomía izquierda, sutura yeyunal y colectomía con colostomía de tipo *divine mixer*; el abdomen lo dejaron abierto y cerró por segunda intención. Después de dos intentos fallidos de cierre de la colostomía practicada en otra institución, se ingresó al programa de recuperación nutricional y se llevó a cirugía, encontrando “remanente sigmoideo de 15 cm, colostomía a expensas del ciego y fístula mucosa sobre el colon descendente”.

A través del orificio apendicular, se hizo una anastomosis del ciego a la cara lateral del sigmoideo con circular número 25 y se cerró el muñón cecal con guía de 100 x 4,8 mm; se reconstruyó la pared abdominal en el mismo tiempo quirúrgico, con malla *Proceed*™.

VASCULAR

02-013

Manejo endovascular de pseudoaneurisma gigante de la aorta torácica

Juan Barrera, Camilo Espinel, Jose Saaibi, Carlos Balestrini, Carlos Gómez

Fundación Cardiovascular de Colombia, Floridablanca, Colombia
drjuangbarrera@yahoo.com

Introducción. Las lesiones del arco aórtico son de difícil manejo y abordaje quirúrgico complejo. Se presenta el manejo endovascular de un pseudoaneurisma postraumático gigante de la aorta torácica.

Objetivo. Resaltar el papel de las técnicas endovasculares en el manejo de las lesiones complejas y de difícil acceso por su localización en el arco aórtico.

Materiales y métodos. Se trata de un paciente de 28 años que sufrió un accidente en motocicleta 10 años atrás, con traumatismo cerrado del tórax. Presentaba dolor torácico de reciente aparición. Se descartaron causas coronarias y en la radiografía simple de tórax se encontró ensanchamiento del mediastino.

Resultados. Se practicó angiogramografía de la aorta torácica y se encontró un pseudoaneurisma gigante del arco aórtico. Fue tratado exitosamente con técnicas endovasculares, mediante endoprótesis biomédica de Braille con acceso por disección de la arteria femoral.

Conclusión. El abordaje endovascular permite el tratamiento de las lesiones torácicas tardías de difícil abordaje, con mayores tasas de éxito y mínima invasión para el paciente.

02-014

Manejo endovascular de las lesiones inadvertidas de la aorta, presentación de dos casos

Juan Barrera, Camilo Espinel, José Saabi, Carlos Balestrini, Carlos Eduardo Gómez, Adriana Murcia

Fundación Cardiovascular de Colombia, División de Cirugía Vascular y Endovascular, Floridablanca, Colombia
drjuangbarrera@yahoo.com

Introducción. Las lesiones de la aorta durante procedimientos mínimamente invasivos son raras. En general, se detectan de inmediato por la inestabilidad hemodinámica de los pacientes. Menos frecuente es que pasen inicialmente inadvertidas y se hagan evidentes de manera tardía, como síndromes agudos de la aorta. El manejo endovascular es una alternativa que permite el diagnóstico y el tratamiento inmediato de estos pacientes.

Objetivo. Destacar la posibilidad de lesiones de la aorta durante los procedimientos médicos de mediana complejidad y su carácter devastador como complicación tardía.

Material y método. Se presenta la experiencia del servicio con el manejo endovascular de lesiones inadvertidas de la aorta. Se presentan dos casos, uno de ruptura tardía de un pseudoaneurisma de la aorta, posterior a colecistectomía laparoscópica, y otro, de ruptura tardía de la aorta posterior a cateterismo cardíaco diagnóstico y terapéutico.

Resultados. Se trataron exitosamente los casos de ruptura tardía de la aorta por lesiones inadvertidas durante procedimientos mínimamente invasivos, con supervivencia de ambos pacientes.

Conclusión. La ruptura aórtica tardía es una devastadora complicación de lesiones no advertidas durante procedimientos, al parecer, de bajo riesgo y mínimamente invasivos. El manejo endovascular permite la resolución de estas complicaciones y constituye la mejor opción terapéutica.

02-044

Manejo endovascular de obstrucción crónica de bypass femoro-poplíteo

Brenda Lamadrid, Efraín Ramírez, Leman Corpus

Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia
blamadridm@gmail.com

Introducción. Las enfermedades cardiovasculares representan el 48 % de todas las causas de muerte, y la enfermedad vascular periférica es una de las menos frecuentes. La aterosclerosis es la principal causa de isquemia en los miembros inferiores. Los pacientes sometidos a revascularización tienen alto riesgo de presentar complicaciones asociadas al procedimiento, que pueden ser tan graves como la trombosis de la prótesis.

Objetivo. Presentar un caso de trombosis tardía de *bypass* femoro-poplíteo con prótesis de teflón (*polytetrafluoroethylene*, PTFE) que fue manejado con técnica híbrida con buena evolución.

Materiales y métodos. Se presenta un paciente de sexo masculino de 71 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia y enfermedad arterial oclusiva crónica, que requirió *bypass* femoro-poplíteo izquierdo con prótesis de teflón

ocho años atrás; consultó por claudicación intermitente del miembro inferior izquierdo.

Resultados. La arteriografía evidenció trombosis del *bypass* con oclusión de la arteria femoral superficial izquierda. Se dio manejo híbrido mediante endarterectomía de la arteria poplítea izquierda, angioplastia con *stent* y dilatación con balón del *bypass* femoro-poplíteo izquierdo. En control, con el estudio angiográfico se corroboró la permeabilidad de la prótesis de teflón, con llenado de la arteria poplítea y la tibial anterior izquierda hasta los lechos distales.

Conclusión. La trombosis tardía de la prótesis vascular es una complicación rara del *bypass* femoro-poplíteo. Sin embargo, podría beneficiarse del manejo endovascular, o el manejo híbrido que acarrea menor morbimortalidad en los pacientes.

02-045

Cierre de fístula arterio-venosa, descripción de la técnica quirúrgica

Mario Enríquez, Luis Tello

Universidad del Valle, Cali, Colombia
unalmed@yahoo.es

Introducción. En el contexto del trauma, la presencia de lesiones arterio-venosas se ha hecho más frecuente. Algunos de los casos se pueden resolver de manera sistemática en el evento agudo. En el caso que presentamos a continuación, se requirió de una serie de estudios y de mejorar las técnicas quirúrgicas, con el fin de reparar una lesión vascular tardía.

Objetivo. Presentar un caso de una fístula arterio-venosa con una novedosa técnica quirúrgica.

Materiales y métodos. Descripción del caso de un paciente de sexo masculino con lesión traumática que produjo una fístula arterio-venosa fémoro-femoral.

Resultados. Con la intervención quirúrgica de logró una adecuada recuperación y evolución en el posoperatorio. Se conservó la funcionalidad.

Conclusión. Se describe una técnica efectiva en el manejo de una fístula arterio-venosa.

02-059

Formación de émbolo intravascular por proyectil, una causa infrecuente de isquemia de extremidades

Fernando Mejía, Eugenia López, Edison Peña, Mauricio Sánchez, Hildebrando Morales

Hospital Militar Central - Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, D.C., Colombia
fugelopez1@yahoo.com

Introducción. La formación de émbolos intravasculares por proyectiles en la circulación pulmonar es una rara presentación de trauma vascular. Puede manifestarse como isquemia aguda de una extremidad con gran riesgo de amputación.

Objetivo. Evaluar el caso clínico de un paciente con émbolo intravascular por un proyectil desde el tórax hacia el miembro inferior izquierdo.

Materiales y métodos. Se revisó la historia clínica del paciente y se hizo una revisión amplia de la literatura científica en relación con el caso descrito.

Resultados. Se trata de un paciente de 19 años que sufrió heridas por proyectil de arma de fuego en tórax y abdomen; fue llevado a cirugía, encontrándose heridas hepáticas, herida pulmonar, hemotórax y hemopericardio, sin otros hallazgos. Se practicó una angiotomografía toraco-abdominal en la que se evidenció un hematoma periaórtico y esquistos en el pulmón derecho cercanas al drenaje venoso. Por ausencia de pulsos y hallazgos en la tomografía se hizo una ecografía dúplex a color arterial de los miembros inferiores que mostró un proyectil alojado en la arteria femoral superficial izquierda. Se sometió a cirugía y se hizo exploración de los vasos femorales, arteriotomía longitudinal y extracción del proyectil, trombo-emblectomía y cierre de la arteriotomía con parche de vena safena. El paciente recuperó completamente la perfusión y los pulsos de la extremidad.

Conclusión. La formación de émbolos intravasculares por proyectiles es una presentación poco frecuente del trauma vascular, que puede ocasionar isquemia aguda de las extremidades. El diagnóstico se basa en los estudios de imagen y los signos clínicos de isquemia, sin lesiones en las extremidades. Se debe hacer un manejo oportuno para evitar el gran riesgo de amputación.

02-063

Manejo endovascular de las lesiones inadvertidas de la aorta

Juan Barrera, Camilo Espinel, José Saabi, Carlos Balestrini, Carlos Gómez, Adriana Murcia

Fundación Cardiovascular de Colombia - División de Cirugía Vascular y Endovascular, Floridablanca, Colombia
drjuangbarrera@yahoo.com

Introducción. Las lesiones de la aorta durante procedimientos mínimamente invasivos son raras. En general, son detectadas de inmediato por la inestabilidad hemodinámica de los pacientes. Es menos frecuente que pasen inicialmente inadvertidas y se hagan evidentes de manera tardía, como síndromes agudos de la aorta. El manejo endovascular es una alternativa que permite el diagnóstico y el tratamiento inmediato de estos pacientes.

Objetivo. Destacar la posibilidad de lesiones de la aorta durante procedimientos médicos de mediana complejidad y su carácter devastador como complicación tardía.

Materiales y métodos. Se presenta la experiencia del servicio con el manejo endovascular de lesiones inadvertidas de la aorta. Un caso de ruptura tardía de pseudoaneurisma de la aorta, posterior a una colecistectomía laparoscópica, y otro de ruptura tardía de la aorta, posterior un cateterismo cardíaco diagnóstico y terapéutico.

Resultados. Se trataron exitosamente los casos de ruptura tardía de la aorta por lesiones inadvertidas durante procedimientos mínimamente invasivos, con supervivencia de ambos pacientes.

Conclusión. La ruptura aórtica tardía es una devastadora complicación de lesiones no advertidas durante procedimientos al parecer de bajo riesgo y mínimamente invasivos. El manejo endovascular permite la resolución de estas complicaciones y constituye la mejor opción terapéutica.

02-065

Manejo endovascular de pseudoaneurisma gigante de la aorta torácica

Juan Barrera, Camilo Ortiz, Jose Saaibi, Carlos Balestrini, Carlos Gómez

Fundación Cardiovascular de Colombia, Floridablanca, Colombia
drjuangbarrera@yahoo.com

Introducción. Las lesiones del arco aórtico son de difícil manejo y de abordaje quirúrgico complejo. Se presenta el manejo endovascular de un pseudoaneurisma gigante postraumático de la aorta torácica.

Objetivo. Resaltar el papel de las técnicas endovasculares en el manejo de lesiones complejas y de difícil acceso por su localización en el arco aórtico.

Materiales y métodos. Se trata de un paciente de 28 años con accidente en motocicleta 10 años atrás, con traumatismo cerrado del tórax. Presentaba en el momento un dolor torácico de reciente aparición. Se descartaron causas coronarias y se encontró ensanchamiento del mediastino en la radiografía de tórax; en la angiotomografía de la aorta torácica se encontró un pseudoaneurisma gigante del arco aórtico que fue tratado exitosamente con técnicas endovasculares.

Resultados. Corrección exitosa del pseudoaneurisma con endoprótesis biomédica de Braille mediante acceso por disección de la arteria femoral.

Conclusión. El abordaje endovascular permite el tratamiento de las lesiones torácicas tardías de difícil abordaje, con tasas de éxito altas y mínima invasión para el paciente.

02-066

Reperusión renoportal en un trasplante hepático

Luis Barrera, Jorge Gutiérrez, Félix Corrales, Germán Lenis, Gonzalo Guevara

Hospital Universitario San Vicente Fundación, Medellín, Colombia
luismanuelbarrera@gmail.com

Introducción. La incidencia de trombosis de la vena porta en pacientes cirróticos varía entre 5 y 25 %. Cerca de 50 % de los casos se diagnostican al momento del trasplante hepático, a pesar de los estudios imaginológicos preoperatorios. En los casos de trombosis de grado 1 y 2, el abordaje se puede resolver con una tromboemblectomía. Sin embargo, las trombosis de grado 3 y 4 implican alternativas que van desde reconstrucciones con puentes sobre la vena mesentérica superior hasta el trasplante multivisceral.

Objetivo. Describir el resultado de una reperusión renoportal exitosa en un paciente con cirrosis hepática y trombosis portal de grado 4.

Materiales y métodos. Se trata de un paciente de sexo masculino de 70 años de edad, con cirrosis hepática por hepatitis C, Child B y Meld 16, ascitis y sangrado digestivo como causas de descompensación. La tomografía axial trifásica de hígado preoperatoria demostró una trombosis portal de grado 2. Se procedió a hacer el trasplante y, ante el hallazgo de trombosis de todo el eje portomesentérico, se realizó reperusión arterial y, posteriormente, se completó con reperusión venosa mediante anastomosis de la vena renal izquierda del receptor con la vena porta del injerto.

Resultados. En el posoperatorio se obtuvo adecuada función del injerto hepático, sin disfunción renal ni sangrado de várices. La única manifestación persistente por cerca de un año fue la ascitis que no fue resistente a los diuréticos.

Conclusión. La reperusión renoportal es una alternativa factible ante hallazgos intraoperatorios no anticipados de trombosis extensas de la vena porta, y su realización no tiene ningún impacto en la función del injerto hepático.

02-069

Migración de filtro de vena cava inferior al ventrículo derecho

Erick Castro, Alexander Fernández, Hernán Fernández, Iván Barrios

Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia
affa1601@hotmail.com

Introducción. La migración de un filtro de la vena cava es una situación poco común. Los filtros temporales de la vena cava inferior confieren protección contra la embolia pulmonar en pacientes con trombosis venosa profunda que, por cualquier circunstancia, tengan contraindicación para la administración de anticoagulación. Hay en la literatura científica pocos casos reportados de migración de filtros temporales de la vena cava inferior que hayan requerido manejo quirúrgico para la extracción del dispositivo, siendo este el primer caso conocido en Colombia y Suramérica.

Objetivo. Revisar la literatura científica sobre las características clínicas, técnicas diagnósticas, manejo y seguimiento de los pacientes con migración de filtros de la vena cava inferior.

Materiales y métodos. Se presenta el caso de un paciente de 45 años con trombosis venosa profunda y episodio de tromboembolia pulmonar con contraindicación para recibir tratamiento anticoagulante, en quien se decidió colocar un filtro temporal de la vena cava inferior. Luego, presentó dolor torácico atípico y el ecocardiograma mostró un cuerpo extraño ubicado en el ventrículo derecho con grave disfunción sistólica del mismo.

Resultados. Ante la imposibilidad de manejo endovascular, se decidió someter a cirugía con circulación extracorpórea; se logró la extracción completa del dispositivo, mejoría de la función ventricular y adecuada evolución posoperatoria.

Conclusión. La intervención quirúrgica continúa siendo el tratamiento de elección para los filtros de la vena cava inferior que migran al corazón. Esta técnica puede llevarse a cabo con la utilización de un *bypass* cardiopulmonar, y ha demostrado ser segura y eficiente.

02-071

Abdomen agudo quirúrgico: ruptura vesical como complicación posterior a arteriografía

Jonathan Liendo, Marcos Cardozo, Jairo De la Peña, Ricardo Silgado, Iván Barrios

Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia
jonathanliendo@hotmail.com

Introducción. Con los avances en el campo de las imágenes diagnósticas se ha intentado disminuir la mayor morbilidad y mortalidad de los procedimientos invasivos. Sin embargo, estos procedimientos no son inocuos y, aunque pocas, pueden presentar complicaciones (morbilidad, 7 %, y mortalidad, 0,3 %). Las series de revisión de las complicaciones de las arteriografías publicadas hasta el momento, no reportan la perforación vesical como complicación.

Objetivo. Presentar un caso clínico de abdomen agudo quirúrgico posterior a una arteriografía, como causa poco frecuente de perforación de vejiga.

Materiales y métodos. Se presenta un paciente que ingresó al servicio de urgencias con un cuadro clínico de abdomen agudo.

Resultados. Se sometió a laparotomía exploratoria y se encontró de perforación de la vejiga urinaria. Se envió muestra de tejido a estudio

anatomopatológico, en el que se informó: “vejiga con hiperplasia urotelial simple, con focos de necrosis hemorrágica y moderado infiltrado inflamatorio agudo transmural representado por polimorfonucleares neutrófilos”.

Conclusión. Aunque los procedimientos diagnósticos arteriales tienen una baja incidencia de morbilidad (7 %) y mortalidad (0,3 %) descritas en la literatura, se deben tener en cuenta algunas complicaciones que pueden llevar a intervenciones quirúrgicas y se deben sospechar ante la presentación de dolor abdominal posterior a este tipo de procedimientos diagnósticos.

02-075

Flebografía gonadal más embolización como método diagnóstico y terapéutico en el síndrome de congestión pélvica, experiencia en el Hospital de San José

José Mercado, Oswaldo Ceballos, Jorge Márquez, Ángela Rodríguez, Ricardo Mora

Hospital de San José, Bogotá, D.C., Colombia
apirolita@yahoo.es

Introducción. El síndrome de congestión pélvica consiste en un aumento de las estructuras venosas intrapélvicas, tanto en número como en calibre. Son venas de morfología varicosa, tortuosas, con ectasia y con un flujo muy retardado; dependen de los ejes gonadales, también dilatados, sin válvulas y con flujo invertido, así como también de las ramas tributarias hipogástricas. Su principal síntoma es el dolor y sus signos son la existencia de várices genitales y atípicas en los miembros inferiores. El diagnóstico se hace mediante una ecografía Doppler transvaginal y transparietal, y se confirma mediante flebografía pélvica, pudiendo realizarse, a la vez, un tratamiento endovascular de embolización.

Objetivo. Describir la experiencia en el Hospital de San José con la flebografía gonadal como método diagnóstico y terapéutico de las várices pélvicas, en el síndrome de congestión pélvica.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes manejados con flebografía gonadal más embolización de las várices pélvicas en el síndrome de congestión pélvica.

Resultados y conclusiones. El síndrome de congestión pélvica de origen venoso es el responsable, frecuentemente, de la sintomatología pélvica y de los miembros inferiores en muchas mujeres que desconocen su origen, como así también las posibilidades de su tratamiento. Los métodos de diagnóstico no invasivos más utilizados son la ecografía Doppler transabdominal parietal y transvaginal, con una precisión diagnóstica de 92 a 96 %; para la confirmación diagnóstica se utiliza la flebografía, que permite el tratamiento mediante embolización en el mismo acto. La flebografía gonadal más embolización se debe considerar como herramienta principal para el diagnóstico y tratamiento de las várices pélvicas, con disminución en las complicaciones intraoperatorias y posoperatorias, morbilidad, estancia hospitalaria y evolución, con respecto a la técnica abierta (ligadura de venas ováricas).

02-076

Aneurisma aislado de arteria iliaca o con compromiso de la bifurcación, manejo endovascular con dispositivo

Oswaldo Ceballos, Ángela Rodríguez, Jorge Márquez, José Mercado, Camilo Bernal

Hospital de San José, Bogotá, D.C., Colombia
apirolita@yahoo.es

Introducción. Los aneurismas de la arteria iliaca son raros, de difícil diagnóstico y, en la mayoría de casos, se encuentran de manera casual o por ruptura, complicación casi siempre fatal. Pueden asociarse a los aneurismas de aorta abdominal infrarrenal en el 20 % de los casos. La localización de estas lesiones en la pelvis hace que la cirugía abierta sea técnicamente difícil, además de la asociación a complicaciones sistémicas, por lo cual ha aparecido la terapia endovascular y, dentro de ésta, los dispositivos que permiten la preservación en la iliaca interna, evitando secuelas como la claudicación glútea, la isquemia pélvica y la del colon, entre otras.

Objetivo. Presentar la experiencia en el manejo endovascular con *Iliac Branch*TM del aneurisma de la arteria iliaca, aislado o con compromiso de la bifurcación.

Materiales y métodos. Se presentan cuatro pacientes manejados en el Hospital de San José, mediante este tipo de tratamiento.

Resultados. Se exponen los casos manejados con este tipo de terapia.

Conclusión. Es importante continuar realizando procedimientos con este dispositivo y, de esta forma, poder evaluar y comparar la técnica quirúrgica abierta con el manejo endovascular de estos pacientes, y controlar los síntomas producidos por isquemia del colon o pélvica y la claudicación glútea, entre otros. Se necesita ver resultados a largo plazo y un mayor número de pacientes, con el fin de comprobar la utilidad de esta nueva técnica en el manejo endovascular de los aneurismas iliacos con las características anteriormente descritas.

TUMORES

02-003

Neoplasia endocrina múltiple MEN I, asociación rara de hiperparatiroidismo, tumor neuroendocrino de páncreas y carcinoma broncogénico

Andrés Chala, Brenda Lucía Arturo, Óscar Jaramillo, Álex Pava, Humberto Franco, Darío De la Portilla

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

Introducción. El diagnóstico de neoplasia endocrina múltiple (*Multiple Endocrine Neoplasia*), MEN I, requiere de, al menos, dos neoplasias endocrinas mayores (adenoma de paratiroides, tumor neuroendocrino de páncreas o tumor de hipófisis anterior). Este síndrome autosómico dominante se presenta en menos de 1 por 100.000 casos y su asociación con carcinoma broncogénico es aún más rara. El adecuado abordaje es fundamental para mejorar la supervivencia y la calidad de vida.

Objetivo. Revisar el abordaje diagnóstico y terapéutico de este raro síndrome de presentación muy ocasional asociado a carcinoma broncogénico.

Materiales y métodos. Se presenta el caso de una paciente de 52 años intervenida siete años atrás por hiperparatiroidismo clásico, encontrándose dos adenomas de paratiroides. En su seguimiento al tercer año, por estudio de títulos altos de paratohormona se encontró un carcinoma broncogénico en estado I.

Resultados. Fue manejada con cirugía, sin complicaciones ni recaída tumoral. Cursó asintomática durante cuatro años y en una

ecografía de abdomen se encontró un “incidentaloma” del proceso uncinado del páncreas. Se evaluó, además, con tomografía axial computarizada, colangiografía resonancia, endosonografía y biopsia, y se sometió a cirugía para resección tumoral por laparotomía, con excelente evolución posoperatoria. El reporte final de histopatología e inmunohistoquímica indicó tumor neuroendocrino de páncreas. Se hizo manejo complementario con somatostatina. En la revisión de la literatura científica se encontró asociación de menos de 3 % entre MEN I y síndrome carcinoide broncogénico.

Conclusión. La neoplasia endocrina múltiple, MEN I, es una neoplasia compleja que puede pasar inadvertida y su diagnóstico suele no ser fácil y requerir diversas herramientas diagnósticas para su adecuada caracterización que permita el óptimo manejo.

02-004

Sarcoma fusocelular infratemporal y malar, reporte de un caso

Andrés Chala, Juan Cardona, Carlos Aguilar

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

Introducción. Los sarcomas de tejidos blandos ocurren en menos de 3 por 100.000 habitantes. En cabeza y cuello se presentan en menos de 10 % de los casos. Son de gran diversidad biológica e histológica. El pilar del manejo es la cirugía asociada o no a quimioterapia o radioterapia. No hay casos descritos de sarcoma fusocelular de localización infratemporal y malar.

Objetivo. Revisar el abordaje diagnóstico y terapéutico de los sarcomas de esta rara localización y de este tipo específico de sarcomas.

Materiales y métodos. Se presenta el caso de una paciente de 66 años con una masa en región malar e infratemporal, de crecimiento lento, progresivo e indoloro, sin síntomas relacionados.

Resultados. La tomografía axial computarizada con contraste y la resonancia magnética revelaron una lesión de tejidos blandos de 8 cm en dicha región. La biopsia sugería un sarcoma fusocelular con cambio mixoide y la radiografía de tórax fue normal. Fue intervenida quirúrgicamente con resección amplia y reconstrucción. La histopatología y la inmunohistoquímica confirmaron el hallazgo previo. La paciente evolucionó satisfactoriamente, recibió radioterapia posoperatoria y en su seguimiento no se encontró actividad tumoral.

En la revisión de la literatura científica no se encontró ningún reporte de sarcoma fusocelular en dicha localización y solo un sarcoma infratemporal, pero de tipo mixofibrosarcoma.

Conclusión. Los sarcomas en cabeza y cuello son infrecuentes y complejos de manejar dado que las resecciones quirúrgicas pueden comprometer aéreas anatómicas que no permiten márgenes de seguridad y suelen dejar secuelas estéticas y funcionales que afectan la calidad de vida. Su adecuado enfoque diagnóstico y terapéutico es necesario en búsqueda de curación con baja morbilidad.

02-022

Sarcoma gástrico gigante en un paciente adulto

Patricia Olarte, Diego Arboleda, Raúl Guevara

Clínica Universitaria Colombia - Organización Sanitas Internacional, Bogotá, D.C., Colombia
patriciaolarte26@hotmail.com

Introducción. Los sarcomas son tumores malignos derivados de células mesenquimatosas. Estos tumores, generalmente, están en el músculo, el tejido celular subcutáneo y el tejido conjuntivo. Los sarcomas gástricos son poco frecuentes. Los sarcomas tienen diferentes cursos clínicos basados en el subtipo histológico, el grado, la localización y el tamaño. Son poco frecuentes; se diagnostican cerca de 9.400 sarcomas de tejidos blandos anualmente en los Estados Unidos, lo que representa menos del 1 % de todos los cánceres recién diagnosticados.

Infortunadamente, el 50 % de los pacientes con diagnóstico de sarcomas sucumben a la enfermedad y el tratamiento se asocia a menudo con una significativa morbilidad aguda, y es a largo plazo y con limitado o ningún beneficio.

Objetivo. Presentar un paciente con sarcoma gigante gástrico y revisar la literatura científica.

Material y método. Se trata de un paciente de 65 años que consultó por una gran masa que comprometía todo el hemiabdomen izquierdo. Se asociaba con pérdida de peso y sintomatología gastrointestinal difusa. Se practicó una angiotomografía de abdomen en tercera dimensión que evidenció una masa con densidad de tejidos blandos y de contornos lobulados, de 164 x 160 x 96 mm, en sus diámetros céfalo-caudal, transverso y antero-posterior.

Resultados. El tumor se resecó por laparotomía; se trataba de una gran masa sólida que comprometía todo el hemiabdomen izquierdo, dependiente de la curvatura gástrica menor, que desplazaba el tronco celiaco y las estructuras vasculares adyacentes. Aunque se pudo resecar toda la masa, fue necesaria la esplenectomía, por la infiltración vascular. La histopatología y la inmunohistoquímica reportaron un sarcoma pleomorfo dependiente de la curvatura gástrica. No hubo complicaciones posoperatorias.

Conclusión. La evolución de las técnicas quirúrgicas se ha traducido en una disminución significativa de la morbilidad de la resección, lo que permite cirugías más agresivas, junto con esquemas de quimioterapia.

02-030

Carcinosarcoma de colon, enfermedad poco común

Rodrigo Molina, Jorge Herrera, María Peña, Andrés Vargas
Universidad del Cauca - Clínica La Estancia, Popayán, Colombia
rodrigomolina22@hotmail.com

Introducción. El carcinosarcoma es una enfermedad rara, poco frecuente y caracterizada por una composición mixta de tejido epitelial y mesenquimatoso maligno, con pobre pronóstico. Se trata de un tipo de tumor de localización habitual en cabeza, cuello y sistema genitourinario femenino. Menos frecuente es su localización en el aparato digestivo, siendo el esófago, el estómago y las vías biliares los órganos de afectación más descritos en la literatura científica. Es muy infrecuente la localización en el colon. Weidner y Zekan lo describieron en 1986; desde entonces, se han informado 25 casos. La mayoría se presenta en mujeres y, sobre todo, en el colon descendente y el sigmoides.

Objetivo. Presentar un caso de una enfermedad poco frecuente en un sitio anatómico no usual.

Materiales y métodos. Se presenta un paciente de sexo masculino, de raza negra, y 33 años de edad que consultó por una masa abdominal, sin etiología establecida por exámenes imaginológicos.

Resultados. Se sometió a exploración quirúrgica y se resecaron los órganos comprometidos por la masa: colon izquierdo y uréter izquierdo. El estudio de inmunohistoquímica informó reacción con citoqueratina y vimentina, lo que confirmó el diagnóstico de carcinosarcoma de colon.

Conclusión. Según la revisión de la literatura científica, no es frecuente encontrar el componente de carcinoma y sarcoma en este tipo de lesiones. Con un promedio de vida de seis meses, el pronóstico es extremadamente malo.

02-033

Linfangioma quístico mesentérico: una causa de dolor abdominal

Andrés Salazar, Fabio Pinzón, Raúl Bernal

Departamento de Cirugía General, Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C., Colombia
departamentocirugia@husi.org.co

Introducción. Los linfangiomas son un grupo heterogéneo de malformaciones vasculares linfáticas, que representan el 6 % de los tumores benignos, y el 5 % son de localización diferente al cuello y las axilas. Los linfangiomas abdominales representan de 2 a 5 % del total de los linfangiomas; el 60 % está presente antes de los cinco años de edad, pero un porcentaje significativo se presenta en la edad adulta. Esta enfermedad abdominal es más frecuente en hombres que en mujeres.

Objetivo. Describir un caso clínico en el ámbito académico, con el fin de hacer una revisión de la literatura científica sobre una enfermedad poco frecuente.

Materiales y métodos. Se presenta el caso de un paciente de 26 años con un cuadro clínico de dolor abdominal de una semana de evolución, con exacerbación en las últimas 24 horas, sin antecedentes de importancia. En la ecografía se reportó una colección con múltiples tabiques que podría corresponder a una malformación del desarrollo linfático.

Resultados. Se sometió a cirugía y se encontró masa dependiente de meso del íleon proximal, y un divertículo de Meckel a 50 cm de la válvula ileocecal. Se practicó resección y anastomosis, con una adecuada evolución. Se trataba de un linfangioma quístico mesentérico, con márgenes de sección libres de compromiso tumoral.

Conclusión. El linfangioma quístico mesentérico es un tumor poco frecuente de etiología desconocida, para el que se han propuesto varias teorías. Se describió el caso de una paciente femenina, sintomática, en la que se resolvió su enfermedad sin complicaciones.

02-062

Tumores mesenquimatosos intraabdominales

Juan Martínez, Asdrúbal Miranda, José Posada, Elsa Martínez, Iván Barrios

Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia
onek17@hotmail.com

Introducción. Los tumores mesenquimatosos son lesiones infrecuentes provenientes de las capas mesoteliales y submesoteliales, que representan 1 a 5 % de las neoplasias vesicales, siendo una mínima parte de ellos benignos. De los tumores mesenquimatosos que afectan a la vejiga urinaria, los leiomiomas son los más frecuentes (46,6 %), con prevalencia de casos en las mujeres durante la tercera a la quinta década de la vida.

Existe escasa literatura a nivel mundial, con solo 250 casos reportados.

Objetivo. Describir el hallazgo histopatológico de tumor mesenquimatoso fusocelular de vejiga urinaria, como neoplasia infrecuente y de difícil diagnóstico.

Materiales y métodos. Se trata de una paciente con cuadro clínico de 9 meses de evolución consistente en sensación de masa abdominal con aumento progresivo de tamaño, asociado en los últimos tres meses a dolor de tipo punzada de carácter intermitente y pérdida de peso de 10 kg.

En el examen físico, se encontró abdomen globoso y masa palpable levemente dolorosa, de consistencia dura, bordes regulares, que se extiende por todo el hemiabdomen inferior. En la imaginología se observó una masa voluminosa, sólida y heterogénea con componentes quísticos, irrigada, según la valoración por ecografía Doppler.

Resultados. En la cirugía se encontró una masa intraabdominal de gran tamaño que desplazaba los órganos intraperitoneales y que estaba adherida a la cúpula vesical. En la histopatología se observó un tumor fusocelular sin criterios histológicos de carácter maligno; la primera opción era que se tratara de un leiomioma gigante originado en el músculo liso y, menos probable, que fuera de origen vascular o neural.

Conclusión. Los tumores mesenquimatosos benignos de vejiga urinaria son neoplasias infrecuentes y de difícil abordaje diagnóstico por su comportamiento incipiente en cuanto a sintomatología. Solo se confirman después del procedimiento quirúrgico, con el estudio de la histopatología.

02-070

Abdomen agudo quirúrgico secundario a perforación espontánea en el yeyuno de linfoma primario anaplásico de células T positivo para ALK

Erick Castro, Alexander Fernández, Laura Jaimes, Jaime Iglesias, José Solana

E.S.E Hospital Universitario del Caribe, Cartagena, Colombia
edavid0928@yahoo.com

Introducción. Los tumores de intestino delgado son infrecuentes: de 0,1 a 0,3 % de los tumores malignos y de 1 a 3 % de los tumores malignos gastrointestinales. Los linfomas primarios del intestino delgado tienen presentación clínica, pronóstico y rasgos histopatológicos diferentes a los de otras localizaciones. La relación de hombre a mujer es de 2 a 1, con edad promedio entre los 50 y los 60 años. El linfoma T intestinal es un tipo raro de linfoma extraganglionar derivado de las células T intraepiteliales. Clínicamente, suele cursar con dolor que puede asociarse a perforación intestinal. Se localiza preferentemente en el yeyuno como úlceras. Los no asociados a enteropatía son muy malignos, tienen mayor agresividad y mal pronóstico. Se ha determinado una supervivencia a los cinco años de 13 a 25 %, debido a una alta tasa de mortalidad perioperatoria.

Objetivo. Revisar la literatura científica sobre el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y pronóstico del linfoma primario anaplásico de células T positivas para ALK en yeyuno que se inició con un cuadro clínico de abdomen agudo.

Materiales y métodos. Se presenta un paciente de 40 años con abdomen agudo.

Resultados. En la radiografía se observó la presencia de neumoperitoneo. En la cirugía se encontró perforación de yeyuno que correspondía a un linfoma primario anaplásico de células T positivo para ALK, con peritonitis. Se practicó resección y anastomosis término-terminal. La evolución posoperatoria en la unidad de cuidados intensivos fue tórpida y falleció a los 15 días.

Conclusión. El diagnóstico de esta entidad es un desafío, debido a su baja frecuencia y a que no se asocia con una masa abdominal, es difícil su distinción de otras enfermedades benignas, por mala absorción o ulcerativas.

INFECCIONES

02-002

Equinococosis peritoneal en humanos

Camilo Díaz, Pedro Osejo

Hospital Universitario de La Samaritana, Bogotá, D.C., Colombia
camilodiazmd@hotmail.com

Introducción. La equinococosis es una zoonosis causada por formas larvianas del cestodo equinococo. Hasta el momento, no existen reportes nacionales de implantación peritoneal, sino de presentación hepática como quiste hidatídico.

Objetivo. Presentar el primer caso de equinococosis peritoneal como causa de abdomen agudo, revisar su ciclo vital y las formas de tratamiento.

Materiales y métodos. Estudio descriptivo de la presentación inusual de equinococosis, en una paciente indígena proveniente del Vaupés.

Resultados. Se trata de una paciente de 61 años de edad, de raza indígena proveniente del Vaupés, con cuadro clínico de cuatro días de evolución consistente en dolor abdominal de tipo cólico, vómito y distensión abdominal asociada a deshidratación.

Se practicaron exámenes de laboratorio y radiográficos que evidenciaron un cuadro de obstrucción intestinal asociado a múltiples lesiones calcificadas de diferentes diámetros localizadas en hígado, bazo, útero y anexos, mesenterios y epiplón mayor. No se dispuso de la prueba ELISA para parásitos. Se encontró obstrucción intestinal por brida secundaria al desarrollo de la respuesta inflamatoria crónica en estas lesiones; se produjo laceración intestinal del intestino proximal, la cual fue suturada intraoperatoriamente. Se tomó biopsia de epiplón mayor y se retiraron algunas calcificaciones del abdomen para estudio histopatológico. La paciente evolucionó tórpida y falleció.

Conclusión. La equinococosis es una zoonosis que infecta humanos que conviven con cánidos o bovinos. Solo dos subtipos de equinococo tienen relevancia médica. El manejo es de tipo médico, pero algunas complicaciones pueden requerir de tratamiento quirúrgico.

02-012

Enfermedad de Ménétrier y sarcoma de Kaposi en paciente con VIH

José Posada, Germán Márquez, Jaime Iglesias, Javier Velásquez, Iván Barrios

Universidad de Cartagena - Hospital Universitario del Caribe, Cartagena, Colombia
admisiones@unicartagena.edu.co

Introducción. La enfermedad de Ménétrier es un trastorno raro descrito desde 1888 por el patólogo del mismo nombre. Desde entonces, se han

descrito en el mundo alrededor de 400 casos. En los últimos tiempos, con la emergencia de la infección por VIH-sida, las enfermedades oportunistas han cobrado notable importancia en el manejo médico actual como, por ejemplo, el sarcoma de Kaposi. Se presenta el caso de un paciente inmunocomprometido por infección de VIH, a quien se le diagnosticó sarcoma de Kaposi en enfermedad gástrica de Ménétrier. A propósito, luego de la revisión sistemática de la literatura científica, se encontró que sólo hay dos casos presentados hasta el momento.

Objetivo. Revisar el estado actual de la asociación entre sarcoma de Kaposi y enfermedad de Ménétrier en pacientes con VIH-sida.

Materiales y métodos. Se trata de un hombre de 39 años con síntomas gastrointestinales, pérdida de peso, edemas y lesiones violáceas en la mucosa oral y genital de cuatro meses de evolución, asociados a edemas generalizados, hipoalbuminemia y compromiso del estado general.

Resultados. Se confirmó la enfermedad de VIH-sida por ELISA y *Western Blot*. Se practicó endoscopia de vías digestivas altas y bajas, demostrándose lesiones violáceas en la mucosa gástrica hipertrófica que, asociadas a hipoalbuminemia y confirmación por histopatología, configuró los diagnósticos de sarcoma de Kaposi y enfermedad gástrica de Ménétrier.

Conclusión. Algunas enfermedades consideradas exóticas por su rareza, se han hecho cada vez más frecuentes debido al aumento de la incidencia de VIH-sida, convirtiéndose en un reto diagnóstico y terapéutico al no existir guías claras para estas entidades.

HERNIAS

02-068

Fístula enterocutánea secundaria a herniorrafia de la incisión con malla Proceed™

Jorge Herrera, Liliana Caicedo, Julián Meza
Clínica La Estancia, Popayán, Colombia
drjamezaro@gmail.com

Introducción. El empleo de una gran variedad de materiales protésicos y diferentes tipos de malla, junto con una técnica que permita un cierre de la pared libre de tensión, es el método de referencia en las cirugías de corrección de los defectos de la pared abdominal. Aunque no es un procedimiento inocuo, ya que durante la herniorrafia se presentan complicaciones menores y mayores como el desarrollo de fístula entero-colo-cutánea asociada a una alta morbilidad, y no existe consenso sobre el manejo del campo quirúrgico infectado.

Objetivo. Describir un caso clínico en el cual se presenta una fístula colo-cutánea secundaria a la corrección de hernia de la incisión con malla *Proceed™*.

Materiales y métodos. Se trata de una mujer de 66 años, en la sexta semana posquirúrgica de una corrección de hernia de la incisión con malla *Proceed™*, con salida de material fecaloide por la herida quirúrgica. Se sometió a exploración quirúrgica en la que se evidenció una fístula de colon transversal.

Resultados. Se practicó resección y anastomosis del colon, y corrección del defecto de la pared abdominal contaminada con bolsa *Viaflex™* suturada a la fascia y cierre de piel. La evolución fue favorable, y en el seguimiento de tres meses no hubo complicaciones asociadas.

Conclusión. En la revisión bibliográfica no hay consenso sobre qué material utilizar en los defectos de la pared abdominal contaminada. En Italia hay un estudio de 23 casos de reparo con malla biológica, previo lavado, lográndose beneficio con esta técnica. En este caso se utilizó la bolsa *Viaflex™* como una buena alternativa de reparación ante una pared contaminada.

OTROS

02-006

Tratamiento del rechazo agudo grave del trasplante de intestino delgado: primer paciente colombiano con supervivencia mayor de un año

Carlos Ernesto Guzmán, Alvaro Mena, Sergio Iván Hoyos, Sandra Milena Alzate, Carolina Echeverri
Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia
cguzman@hptu.org.co

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

Objetivo. Reportar la evolución de nuestro primer paciente, con rechazo agudo grave del trasplante de intestino delgado, en alcanzar una supervivencia mayor de un año.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio descriptivo de la evolución de un paciente de 55 años, quien recibió un trasplante de intestino delgado el 1º de marzo de 2011, como tratamiento de un síndrome de intestino ultracorto secundario a una trombosis mesentérica masiva y con rechazo agudo grave el día 91 después del trasplante.

Resultados. El rechazo agudo grave se trató inicialmente con tres bolos de un gramo de metilprednisolona, sin mejoría, por lo que requirió la administración de globulina antitímocítica (dosis total de 5 mg/kg) y aumento de la medicación inmunosupresora de base (tacrolimus y prednisolona). Se formuló profilaxis contra bacterias, hongos y virus oportunistas, y soporte con nutrición parenteral total, y se obtuvo resolución completa del rechazo. La supervivencia actual es de 1 año y 2 meses, con completa autonomía nutricional y retorno total a sus actividades sociales y laborales.

Conclusión. El obtener una supervivencia mayor de 1 año con este paciente, nos estimula para compartir con los demás cirujanos colombianos que el trasplante de intestino delgado ya es una realidad en el mundo y en nuestro país, con resultados cada vez más satisfactorios.

02-036

Rotación esplénica como causa de esplenomegalia

Óscar Rubio, Diego Buitrago, Francisco Rincón, Raúl Bernal
Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C., Colombia
departamentocirugia@husi.org.co, odrubio@husi.org.co

Introducción. La rotación del bazo sobre su hilio por ausencia de fijación ligamentosa a la pared abdominal y que presente un infarto vascular, es una causa poco frecuente de dolor en urgencias y difícil de diagnosticar si no se tiene un alto índice de sospecha.

Objetivo. Documentar y describir una enfermedad poco frecuente, de manera cronológica y con ayudas visuales del proceso diagnóstico y terapéutico, con el fin de presentar en un ambiente académico una

enfermedad inusual, de la cual existen pocos casos reportados en Colombia.

Materiales y métodos. Se presenta una paciente de 21 años con un cuadro clínico de cinco meses de evolución, consistente en dolor en el hipocondrio izquierdo y sensación de masa; se diagnosticó esplenomegalia desde entonces.

Resultados. Volvió a consultar por persistencia del dolor abdominal. La tomografía axial de abdomen con contraste mostró un infarto esplénico con rotación anterior e inferior del bazo. Se practicó esplenectomía por laparotomía.

Conclusión. La isquemia y posterior infarto esplénico por rotación sobre el hilio, es una enfermedad poco frecuente, que necesita un alto índice de sospecha y tiene indicación de manejo quirúrgico.

02-058

Fast Track Surgery en un centro de Cali

Yeimer Uribe, Jaime Rubiano

Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia

yeimeruribe@hotmail.com

Introducción. La *Fast Track Surgery* consiste en la combinación de varias técnicas en la atención de los pacientes sometidos a cirugía electiva con el objetivo de disminuir la respuesta al estrés y la disfunción de órganos, acortando el tiempo de recuperación total.

Esta metodología se ha implementado desde mediados de los años noventa, impulsada por Kehlet.

La *Fast Track Surgery* se asocia a una disminución en las complicaciones totales cuando se compara con el cuidado posoperatorio estándar; además, se asocia con menor estancia hospitalaria y no se asocia con mayor número de ingresos. Su utilidad se ha demostrado en muchos tipos de cirugía, incluyendo coloproctología, gastrectomías, resecciones hepáticas, resecciones pancreáticas y cirugía cardiorábrica, entre otras.

Objetivo. Describir nuestra experiencia en la institución con la implementación de la *Fast Track Surgery* en el cuidado de los pacientes sometidos a cirugía electiva.

Materiales y métodos. La *Fast Track Surgery* consta de 17 componentes: información adecuada, sin preparación del colon, sin premedicación sedante, no requiere de ayuno prolongado, ni anestésicos de acción corta y adecuado manejo perioperatorio de líquidos intravenosos, incisiones pequeñas o laparoscópicas, sin uso de drenajes de rutina, sin sonda nasogástrica de rutina, nutrición entérica temprana, deambulación temprana, retiro temprano de sonda vesical, profilaxis tromboembólica y profilaxis antibiótica. Se recomienda evitar la hipotermia intraoperatoria, no usar opioides y prevención del íleo posoperatorio.

Resultados. Se reportan cuatro casos y se revisa la literatura científica

Conclusión. La *Fast Track Surgery* es una metodología que se puede aplicar con seguridad en nuestras instituciones. Se requiere que haya compromiso por parte de las directivas, se capacite adecuadamente a todo el personal implicado en el cuidado de los pacientes y se forme un equipo multidisciplinario.



VIDEOS

TÓRAX

03-003

Pericardio-pleurofreno-neumonectomía: un video institucional

Rafael Beltrán, Jorge Ramírez, Juan Guardo, Camilo Díaz
Instituto Nacional de Cancerología - Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C., Colombia
jorgeramirezpereira@hotmail.com

Introducción. El mesotelioma maligno difuso es un tumor poco común y muy agresivo que, en el momento del diagnóstico, limita las opciones terapéuticas en la mayoría de los pacientes. Se presenta el caso de un paciente que fue sometido a una intervención pocas veces practicada en el país.

Objetivo. Describir el caso de un paciente con mesotelioma que fue sometido a pericardio-pleurofreno-neumonectomía izquierda y posterior quimioterapia, con éxito.

Materiales y métodos. Mediante el uso de material audiovisual, se presenta un caso, de los pocos intervenidos en la oncología quirúrgica colombiana, que fue manejado en nuestra institución.

Resultados. En el estudio histopatológico se reportó un mesotelioma bifásico (epitelioide y sarcomatoide). Este tipo de tumores se origina de una línea multipotencial mesotelial o subserosa. La presentación clínica es vaga y poco específica. Tradicionalmente, se correlaciona con el grado de infiltración en las estructuras torácicas e incluye disnea, dolor torácico, hemoptisis, debilidad, síndrome constitucional e, incluso, síndrome de Horner.

La biopsia pleural por toracoscopia es el procedimiento diagnóstico de elección ya que permite la estadificación y escogencia de opciones terapéuticas. El abordaje oncológico es multifactorial e incluye cirugía, radioterapia, quimioterapia, inmunoterapia y cuidado paliativo. El tipo y la combinación del tratamiento siempre son individuales, con limitadas opciones según el estadio de la enfermedad y la reserva fisiológica del paciente.

Conclusión. El mesotelioma maligno es una neoplasia maligna muy agresiva. Sin embargo, gracias al avance en las opciones diagnósticas, se ha podido estadificar más tempranamente y ofrecer opciones curativas, como fue el caso de nuestro paciente.

03-019

Lobectomía pulmonar toracoscópica asistida por robot

Miguel Buitrago, Andrés Franco
Clínica de Marly, Cirurobótica, Bogotá, D.C., Colombia
buitrago77us@yahoo.com

Introducción. La cirugía robótica de tórax está dando sus primeros pasos en el mundo. Ofrece ventajas al paciente y al cirujano sobre la cirugía abierta y aún la toracoscópica.

Objetivo. Mostrar el robot controlado a distancia por el cirujano, para practicar una lobectomía pulmonar.

Materiales y métodos. Se trata de un paciente de 52 años con adenocarcinoma pulmonar en estadio I, en el lóbulo inferior izquierdo, estadificado con tomografía de emisión de positrones (PET). Se practicó una resección pulmonar mayor, con vaciamiento del mediastino. Se muestra la posición en decúbito lateral, las incisiones de la toracoscopia, el ensamblaje de disección con robot del mediastino, vena, arterias pulmonares, bronquio y cisura, y la extracción en bolsa del lóbulo. **Resultados.** Se practicó una lobectomía pulmonar robótica en 2 horas y 30 minutos, con mínimo sangrado (menos de 10 ml). El posoperatorio no requirió una unidad de cuidados intensivos, fue de un día y transcurrió sin dolor posquirúrgico. En el estudio de histopatología, los ganglios del mediastino fueron negativos para tumor.

Conclusión. Se efectuó, en forma segura y en tiempo adecuado, una lobectomía pulmonar totalmente toracoscópica y asistida por robot. Es un procedimiento de gran precisión y con claras ventajas para el paciente y también para el cirujano, debido al acceso de mínima invasión, menos dolor, menos trauma, muy poco sangrado y mínima manipulación de tejidos, hecho bajo visión tridimensional, con instrumentos de arcos de movimiento de hasta 540 grados de libertad y filtro del temblor fisiológico. Es la primera vez que se practica este procedimiento en el país.

03-058

Extracción de cuerpo extraño intrapulmonar por toracoscopia

Marco Medina, Alexei Rojas, Juan López, Roger Bonilla
Universidad del Cauca, Popayán, Colombia
marcoantonio281@hotmail.com

Introducción. El trauma penetrante de tórax es una causa importante de morbilidad y, en este tipo de trauma es controversial el manejo del cuerpo extraño intratorácico. La toracoscopia es un método seguro y menos invasivo, que permite la eliminación del elemento bajo visión directa. Cuando es necesario convertir la intervención en una toracotomía, se puede determinar la ubicación correcta, el tamaño y la extensión de la incisión, de acuerdo con la posición y el tipo de cuerpo extraño.

Material y método. Se trata de un paciente de sexo masculino de 52 años de edad, víctima de un artefacto explosivo (bomba), con impacto en el aspecto posterior del hemitórax derecho por una "grapa" metálica, sometido a un procedimiento quirúrgico.

Resultados. En el contexto del trauma penetrante de tórax en el paciente estable, se practicaron inicialmente estudios imaginológicos que confirmaron un hemoneumotórax derecho y un cuerpo extraño intratorácico cercano al pericardio, por lo cual se practicó una toracostomía cerrada con ventana pericárdica negativa. Posteriormente, durante su hospitalización se extrajo el cuerpo metálico mediante toracoscopia que, además, ayudó a liberar adherencias parietopulmonares y a drenar un hemotórax coagulado y un empiema en fase inicial, con evolución ulterior satisfactoria.

Conclusión. No son muchos los estudios que reportan la extracción quirúrgica con asistencia de video de cuerpos extraños intrapulmonares. Algunos autores no lo recomiendan en pacientes estables,

y otros, que se efectuó de acuerdo con la presencia de síntomas, su ubicación, tamaño y forma, el riesgo de lesión de estructuras adyacentes y el riesgo de infección. Se presenta el retiro exitoso de un elemento metálico intrapulmonar, utilizando las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva.

HÍGADO, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

03-002

Resección laparoscópica de insulinoma del proceso uncinado del páncreas

Oscar Guevara, Raúl Pinilla

Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C., Colombia
radipisa@hotmail.com

Introducción. La resección laparoscópica es la técnica ideal en el manejo de los insulinomas esporádicos, pues se trata de lesiones solitarias y encapsuladas y, la mayoría de las veces, no metastásicas. La ubicación preoperatoria de la lesión mediante diversas técnicas, como tomografía axial, resonancia y ultrasonografía endoscópica, es ideal; sin embargo, la utilización de la ecografía laparoscópica intraoperatoria es una herramienta indispensable para la localización o confirmación de la lesión, así como para establecer su relación con el conducto pancreático principal y, de esta manera, decidir el tipo de resección. Usualmente, la imposibilidad de identificar la lesión es la principal causa de conversión, incluso antes que el sangrado, en las distintas series de casos.

Objetivo. Presentar un caso de insulinoma solitario en una ubicación técnicamente exigente, tratado mediante laparoscopia, ofreciendo así los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva.

Materiales y métodos. Se presenta video de resección laparoscópica de la lesión.

Resultados. Paciente de 27 años quien consulta por cuadro de 2 años de evolución de episodios convulsivos manejado con anticonvulsivantes hasta que se documenta glicemia de 27 mg/dl por lo que realizan estudios hipoglicemia con hiperinsulinemia, se realiza resonancia magnética con contraste de tres fases que mostró lesión nodular de 15mm en el proceso uncinado que realza con el contraste. El paciente evolucionó de forma adecuada con mejoría posoperatoria inmediata de los cuadros de hipoglucemia; el drenaje se retiró de forma ambulatoria, al décimo día posoperatorio, previa medición de amilasa similar a la sérica.

Discusión. Los beneficios de la técnica mínimamente invasiva se aplican a la cirugía del insulinoma. La localización preoperatoria es fundamental para evitar la conversión por no identificar la lesión; sin embargo, la ecografía intraoperatoria, no solo ubica lesiones, sino que provee información importante para decidir el tipo de resección.

Conclusión. El abordaje laparoscópico es un método seguro para el tratamiento del insulinoma solitario, con una morbilidad comparable a la de la técnica abierta.

03-005

Coledocoduodenostomía guiada por endosonografía

Elkin Cabrera, Jesús Rodríguez, Héctor Cure, Jesús Cure

Clínica General del Norte, Barranquilla, Colombia
elkincabreramd@hotmail.com

Introducción. El estándar mundialmente aceptado para el manejo de la obstrucción biliar sigue siendo la colangiopancreatografía

retrograda endoscópica. El problema surge en 3 a 12 % de los casos por su fracaso.

El drenaje bilioentérico guiado por ecografía se perfila como un procedimiento seguro, con los beneficios del acceso mínimamente invasivo. Este procedimiento va ganando adeptos alrededor del mundo gracias a su desarrollo durante la última década.

Objetivo. Presentar la coledocoduodenostomía guiada por endosonografía como una alternativa eficaz para la derivación biliodigestiva, en caso de síndrome biliar obstructivo con falla de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica fallida.

Materiales y métodos. Se presenta un paciente de 70 años, diabético y cardiópata, con cuadro clínico de cuatro meses de dolor en hipocondrio derecho, ictericia, fiebre y pérdida de peso. Con los estudios de extensión se documentó un tumor no resecable de la papila. Se intentó una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y *rendezvous* para derivación paliativa, sin éxito.

Resultados. Se practicó una coledocoduodenostomía suprapapilar guiada por ecografía. Mediante endosonógrafo radial, se evidenció el ampuloma con compromiso de la vía biliar distal y duodeno, posterior punción transduodenal del colédoco con aguja 19 (Wilson Cook), colangiografía y avance de guía metálica 0,035, dilatación del trayecto con un *Soehendra* y se insertó un *stent* plástico 10 Fr. No hubo complicaciones inmediatas después del procedimiento.

Discusión y conclusión. La colangiopancreatografía endosonográfica admite nuevos enfoques en el contexto de pacientes con síndrome biliar obstructivo y falla del procedimiento endoscópico, con todos los beneficios del acceso mínimamente invasivo. Se necesitan estudios que evalúen las posibles complicaciones del procedimiento.

03-007

Pancreato-yeyunostomía (Puestow) laparoscópica para tratamiento de pancreatitis crónica

María Arroyave, Sergio Díaz

Clínica SOMER - Universidad CES, Rionegro, Colombia
mariaclara_arroyave@yahoo.com

Introducción. Se presenta una pancreatoyeyunostomía laparoscópica para el tratamiento de una pancreatitis crónica.

Objetivo. Demostrar la posibilidad de cirugía pancreática avanzada por métodos mínimamente invasivos.

Materiales y métodos. Se presenta un paciente de 36 años, con diagnóstico clínico e imaginológico de pancreatitis crónica, con múltiples hospitalizaciones y con necesidad de medicamentos opioides por dolor crónico de difícil manejo.

En la resonancia magnética se observó páncreas hipotrófico, con conducto pancreático de 14 mm de diámetro y calculo intraductal. Se practicó colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, pero no fue posible extraer el cálculo intrapancreático.

Resultados. Se practicó una pancreatoyeyunostomía laparoscópica en un tiempo quirúrgico de 110 minutos, sin complicaciones intraoperatorias. La paciente tuvo una estancia hospitalaria posoperatoria de cuatro días, con mejoría de su dolor crónico.

Conclusión. Se practicó pancreatoyeyunostomía laparoscópica de manera segura y eficaz para un dolor de difícil manejo producido por pancreatitis crónica.

03-032**Colecistectomía por monopuerto**

Andrés Muñoz, Mauricio Basto, Hedda Uribe
Clínica del Country, Bogotá, D.C., Colombia
munozmora1@hotmail.com

Introducción. El advenimiento de las técnicas de invasión mínima ha permitido minimizar el abordaje para la práctica de la colecistectomía laparoscópica, hasta reducirlo a una sola incisión, utilizada para la aplicación de un elemento denominado monopuerto, a través del cual se efectúa toda la cirugía.

Objetivo. Mostrar la utilización de uno de los dispositivos de monopuerto existentes en el mercado, así como sus ventajas, limitaciones y dificultades.

Material y método. Utilización del monopuerto *Ethicon Endo-Surgery™* con una óptica de 5 mm y diferentes elementos de retracción y disección, tales como hilos de polipropileno, pinzas rectas y articulables, para la realización de la colecistectomía por laparoscopia.

Resultados. La utilización del monopuerto requiere una destreza especial con experimentación previa, siendo idealmente aplicable en un comienzo en casos no complejos, y requiriendo de un ayudante con el mismo nivel de entrenamiento y destreza que los del cirujano principal.

Conclusión. La colecistectomía por monopuerto es una técnica en desarrollo que requiere de un nivel de entrenamiento adecuado para evitar complicaciones. No se recomienda en cirujanos que inician su experiencia en la práctica de la colecistectomía por laparoscopia.

03-034**Pancreatoduodenectomía laparoscópica, primera parte: resección**

Andrés Muñoz, Mauricio Basto, Hedda Uribe
Clínica del Country, Bogotá, D.C., Colombia
munozmora1@hotmail.com

Introducción. La pancreatoduodenectomía es una técnica compleja que requiere de experiencia en cirugía oncológica pancreato-biliar y cirugía laparoscópica avanzada. Lo anterior ha limitado la aplicación de la técnica laparoscópica para este tipo de resecciones; sin embargo, esto no ha evitado intentos aislados en distintos países que progresivamente han aumentado la casuística con buenos resultados.

Objetivo. Mostrar la resección laparoscópica pancreato-duodenal haciendo énfasis en algunas modificaciones técnicas propias.

Materiales y métodos. Se muestra la utilidad de la tracción de la vesícula biliar como separador ideal del hígado. Se utiliza una técnica que permite mantener el campo quirúrgico limpio y con buena exposición. Finalmente, se hace énfasis en una aplicación del cierre pancreático que aparentemente puede disminuir las complicaciones de la anastomosis pancreato-yeyunal.

Resultados. Se muestra cómo se logra en forma exitosa una resección pancreato-duodenal por una neoplasia de la cabeza del páncreas, con sangrado escaso, sin dificultades técnicas y con un tiempo quirúrgico igual al que usualmente se gasta en cirugía abierta.

Conclusión. La pancreatoduodenectomía laparoscópica es factible, aunque probablemente no fácilmente reproducible, por lo cual requiere de un camino largo de aprendizaje, el cual debe ser propiciado por la adquisición de experiencia en cirugía pancreato-biliar y técnicas en cirugía laparoscópica avanzada.

03-036**Colecistectomía laparoscópica con reducción de puertos: un paso antes del monopuerto**

Andrés Muñoz, Mauricio Basto, Hedda Uribe
Clínica del Country, Bogotá, D.C., Colombia
munozmora1@hotmail.com

Introducción. A pesar de la satisfacción que la colecistectomía por laparoscopia convencional (4 puertos) ha generado a nivel mundial, el desarrollo de la pericia del especialista, los adelantos tecnológicos y el ingenio del cirujano, han conducido a la disminución progresiva del número de puertos utilizados para la práctica de la colecistectomía por laparoscopia.

Objetivo. Mostrar una técnica alternativa segura, fácil y reproducible, que permite disminuir el número de puertos, con el propósito de adquirir mayor destreza para practicar la colecistectomía por puerto único.

Materiales y métodos. Se ilustran los elementos utilizados para la cirugía, incluyendo la forma de fabricar los elementos de retracción con polipropileno de aguja recta en cuyo extremo distal se anuda un tope de caucho. Se muestra paso a paso la técnica quirúrgica, siendo necesario, además del trocar umbilical, tan solo un trocar epigástrico que puede ser de 5 o 3 mm según la disponibilidad de las ayudas ópticas.

Resultados. Se trata de una técnica viable, de fácil ejecución, con disminución en los costos y gran satisfacción del paciente.

Conclusión. La disminución de trocates debe ser progresiva en manos expertas, siendo siempre conscientes de que, según las dificultades de cada caso, puede ser necesario adicionar uno o dos trocates. Hemos observado las bondades que esta técnica ofrece, especialmente, en los resultados estéticos y de disminución en el dolor posoperatorio, y consideramos que debe ser un paso obligado antes de la utilización del monopuerto.

03-040**Pancreatectomía distal y manejo de colección peripancreática por laparoscopia**

Andrés Muñoz, Mauricio Basto, María Eugenia Manrique, Hedda María Uribe
Clínica del Country, Bogotá, D.C., Colombia
munozmora1@hotmail.com

Introducción. La técnica de pancreatectomía distal por laparoscopia se ha popularizado en una forma más significativa que la pancreatoduodenectomía, dada su mayor facilidad técnica. Sin embargo, este abordaje no ha logrado disminuir la frecuencia de complicaciones como la fístula del muñón pancreático y las colecciones secundarias.

Objetivo. Mostrar la técnica de la pancreatectomía distal por laparoscopia y el manejo posterior, por la misma vía, de una complicación como la colección abscedada del muñón pancreático.

Material y método. Se ilustra la técnica de pancreatectomía distal por laparoscopia aplicada a un caso de adenocarcinoma ductal pancreático, detectado por un incremento del antígeno carcinoembrionario en un chequeo ginecológico rutinario; posteriormente se practicó una tomografía axial computadorizada de abdomen que evidenció la lesión en la unión del cuerpo con la cola. Luego se muestra el

manejo laparoscópico de la colección con su drenaje, lavado y colocación de drenaje.

Resultados. El manejo laparoscópico de la complicación fue óptimo, dado que evitó la morbilidad que conlleva la práctica de una laparotomía, con mayor riesgo de infección del sitio operatorio, dolor y otras limitaciones secundarias. En este caso específico, se practicó una ecoendoscopia con intención de drenaje transgástrico, pero la opinión del examinador fue que había una distancia mayor a la ideal entre la pared gástrica y la colección. Además, se intentó una punción transgástrica sin obtener líquido alguno.

Conclusión. La pancreatometomía distal por laparoscopia es una opción viable en casos bien escogidos. Asimismo, el manejo laparoscópico de las colecciones secundarias a la fístula del muñón es factible, aunque no necesariamente la única opción. Existen otros abordajes como el drenaje transgástrico guiado por ecoendoscopia y el drenaje por laparotomía.

03-041

Síndrome de Mirizzi, manejo laparoendoscópico

Andrés Muñoz, Mauricio Basto, María Eugenia Manrique, Hedda María Uribe

Clínica del Country, Bogotá, D.C., Colombia
munozmora1@hotmail.com

Introducción. Uno de los mayores retos para el cirujano general ha sido el manejo de las complicaciones de la coledolitiasis. Dado lo anterior, aceptar el manejo laparoscópico del síndrome de Mirizzi no ha sido fácil.

Objetivo. Mostrar el diagnóstico y el manejo laparoscópico de un paciente con síndrome de Mirizzi de tipo II concomitante con el manejo endoscópico mediante colangiografía retrógrada endoscópica más colocación de *stent* dentro de una estenosis secundaria de la vía biliar.

Materiales y métodos. Se expone el manejo cuidadoso de la vía biliar, haciendo énfasis en el alto índice de sospecha que se debe tener siempre que se emprende la práctica de una colecistectomía por laparoscopia. En segunda instancia, se muestra el manejo endoscópico de la estenosis secundaria.

Resultados. A pesar de la complicación esperada en un caso de esta complejidad, se considera que el manejo de este paciente fue óptimo y la evolución del paciente satisfactoria.

Conclusión. Es factible la aplicación de recursos como la laparoscopia y la endoscopia avanzada para el manejo de algunos casos de síndrome de Mirizzi.

03-043

Resección laparoscópica del segmento hepático V por adenoma

Guillermo Aldana, Luis Franco, Jaison Rodríguez

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

Introducción. El desarrollo de técnicas quirúrgicas menos invasivas, con todos sus beneficios conocidos, hace parte del arsenal terapéutico en la cirugía hepatobiliar. En la actualidad, existen pocos reportes en el país sobre la cirugía de resección hepática por laparoscopia.

Objetivo. Presentar el caso y revisar la literatura científica nacional e internacional de estos procedimientos.

Materiales y métodos. Se trata de una paciente de 33 años en puerperio tardío, evaluada en otra institución por una masa hepática en el segmento hepático V, remitida con diagnóstico de hepatocarcinoma. Luego de practicársele evaluación clínica, exámenes de laboratorio (α FP normal) y resonancia magnética indicativa de lesión benigna, fue sometida a resección laparoscópica no anatómica del segmento hepático V.

Resultados. Se analiza el manejo, el abordaje quirúrgico y la evolución posoperatoria de la paciente, así como el resultado histopatológico.

Conclusión. El abordaje laparoscópico en cirugía hepatobiliar, está en proceso de desarrollo en nuestro país, poniendo en evidencia las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva ya conocidas.

03-044

Cirugía laparoscópica por puerto único: manejo de lesiones quísticas hepáticas

Guillermo Aldana, William Ríos

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

Introducción. Las lesiones quísticas hepáticas simples son la lesión hepática no tumoral más frecuente en nuestro medio. Aunque es un hallazgo incidental en la mayoría de casos, pueden producir dolor abdominal crónico, sensación de masa abdominal y, en ocasiones, generar cuadros abdominales agudos por ruptura o hemorragia.

Objetivo. Presentar tres casos de lesiones quísticas hepáticas gigantes, manejadas mediante cirugía laparoscópica por puerto único.

Materiales y métodos. Se presentan tres pacientes con lesiones quísticas hepáticas simples, gigantes, sometidos a cirugía por puerto único (SILS®). Se analiza la técnica quirúrgica, en un caso con resección parcial de la glándula suprarrenal derecha, así como la evolución y el seguimiento de los pacientes.

Resultados. Se hace el análisis de la técnica quirúrgica empleada, los dispositivos médicos, la evolución de los pacientes y los controles ambulatorios.

Conclusión. La cirugía mínimamente invasiva ha evolucionado hacia nuevas técnicas y mejores dispositivos para su realización. La cirugía endoscópica transluminal por orificios naturales (*Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery*, NOTES) y la cirugía por puerto único aparecen como nuevas alternativas que se deben considerar.

03-045

Resección laparoscópica hepática, segmentectomía II-III lateral izquierda por hemangioma y colecistectomía

Guillermo Aldana, Juan Villate

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

Introducción. La resección hepática formal abierta o laparoscópica por hemangiomas es cada vez menos frecuente. Algunas condiciones especiales permiten el manejo quirúrgico en estos pacientes.

Objetivo. Presentar el caso clínico, el manejo laparoscópico y la evolución del paciente.

Materiales y métodos. Se expone el caso de una paciente de 42 años con masa hepática mayor de 10 cm, localizada en los segmentos II-III y asociada con colelitiasis. Consultó por dolor abdominal crónico y masa abdominal. Mediante imágenes, se confirmó el diagnóstico de hemangioma. Se decidió practicar resección quirúrgica laparoscópica.

Resultados. Se analiza la técnica quirúrgica utilizada, los dispositivos médicos utilizados, la evolución del paciente y los controles ambulatorios. También se expone la histopatología.

Conclusión. La técnica de resección por vía laparoscópica de lesiones hepáticas, supone las mismas condiciones técnicas, de recurso humano y de infraestructura que la cirugía abierta. El personal entrenado en cirugía hepatobiliar y pancreática dispone de nuevas tecnologías que ofrecen ventajas a los pacientes sometidos a estos procedimientos y que deben ser desarrolladas en el país.

03-046

Colecistectomía laparoscópica por puerto único en situs inversus

Guillermo Aldana, Hedda Uribe, William Ríos
Hospital de San José, Bogotá, D.C., Colombia
galdana@hospitaldesanjose.org.co

Introducción. El *situs inversus totalis* es una rara alteración genética, de etiología no clara.

Objetivo. Presentar un caso de una paciente con diagnóstico de *situs inversus totalis*, colelitiasis y síndrome biliar obstructivo, llevada a cirugía laparoscópica por puerto único.

Materiales y métodos. Se presenta la técnica quirúrgica empleada con acceso por puerto único (SILS®), el estudio preoperatorio, y su evolución temprana y en controles ambulatorios.

Resultados. La evolución fue satisfactoria, con las ventajas demostradas de la cirugía por puerto único, que requiere mayores destrezas, curva de entrenamiento y centros de alto volumen para su desarrollo.

Conclusión. La cirugía mínimamente invasiva ha evolucionado hacia nuevas técnicas y mejores dispositivos para su realización. La cirugía endoscópica transluminal por orificios naturales (*Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery*, NOTES) y la cirugía por puerto único aparecen como nuevas alternativas que se deben considerar.

03-047

Colecistectomía subtotal por laparoscopia para el manejo del síndrome de Mirizzi

Guillermo Aldana, Carolina Rodríguez
Hospital de San José-Centro, Bogotá, D.C., Colombia
galdana@hospitaldesanjose.org.co

Introducción. El síndrome de Mirizzi o de compresión biliar extrínseca, consiste en la obliteración del cuello vesicular por un cálculo, que produce o no fistula colecisto-coledociana. Tiene establecido su manejo quirúrgico, tradicionalmente abierto, pero se plantea la opción de manejo laparoscópico para casos seleccionados.

Objetivo. Presentar pacientes con síndrome de Mirizzi manejados en nuestra institución por vía laparoscópica con colecistectomía subtotal, como una nueva opción y herramienta de manejo, y presentar adecuada evolución.

Material y método. Se presentan casos con hallazgos de síndrome de Mirizzi o compresión biliar extrínseca, en quienes se decide realizar colecistectomía subtotal vía laparoscópica.

Resultados. Se expone nuestra experiencia, la adecuada evolución clínica posoperatoria y la indicación de nuestros casos manejados por laparoscopia con colecistectomía subtotal.

Conclusión. Tradicionalmente, el síndrome de Mirizzi con fístula colecisto-coledociana se ha manejado por vía abierta; sin embargo, se presentan casos manejados por vía laparoscópica con colecistectomía subtotal con un desenlace satisfactorio, estando acordes con el advenimiento de la cirugía de mínima invasión.

03-059

Coledocotomía para exploración biliar por laparoscopia: a propósito de cuatro casos

Guillermo Aldana, Carolina Rodríguez
Hospital de San José-Centro, Bogotá, D.C., Colombia
galdana@hospitaldesanjose.org.co

Introducción. La coledocolitiasis requiere tratamiento, ya sea por endoscopia o por cirugía abierta para resolverla. Somos un país con prevalencia de esta enfermedad y debemos ofrecer a nuestros pacientes modalidades de cirugía mínimamente invasiva, desarrollar nuevas destrezas y tecnologías necesarias para llevar a cabo procedimientos, de no ser posible la resolución por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.

Objetivo. Presentar cuatro casos de pacientes sometidos a coledocotomía y exploración biliar por laparoscopia, analizando los resultados en relación con tiempo quirúrgico, complicaciones, resultados estéticos y dolor posoperatorio temprano.

Materiales y métodos. Los pacientes fueron admitidos, diagnosticados y tratados por el Servicio de Cirugía General del Hospital de San José, por coledocolitiasis no resuelta por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. Se decidió practicar la cirugía tradicionalmente abierta por vía laparoscópica.

Resultados. Se presenta la experiencia en cuatro pacientes sometidos a coledocotomía y exploración de vía biliar por laparoscopia, con resultados satisfactorios, disminución de la estancia hospitalaria y remisión de los síntomas.

Conclusión. Se debe ofrecer a los pacientes un adecuado manejo de las enfermedades biliares para extraer cálculos y evitar complicaciones como fístulas, pancreatitis y colangitis. Se manejan cuatro casos sin complicaciones y con evolución satisfactoria en nuestra institución, mediante cirugía de mínima invasión, ofreciendo día a día a los pacientes disminución de estancia hospitalaria y menos síntomas posquirúrgicos.

03-060

Pancreatoduodenectomía laparoscópica. Segunda parte: reconstrucción

Andrés Muñoz, Mauricio Basto, Hedda Uribe
Clínica del Country, Bogotá, D.C., Colombia
munozmora1@hotmail.com

Introducción. La pancreatoduodenectomía es una técnica compleja que requiere, por una parte, de experiencia en cirugía oncológica pancreato-biliar y, por otra, en cirugía laparoscópica avanzada. Lo

anterior ha limitado la amplia aplicación de la técnica laparoscópica para este tipo de resecciones; sin embargo, no ha evitado intentos aislados en distintos países que progresivamente han aumentado la casuística con buenos resultados iniciales.

Objetivo. Mostrar la reconstrucción laparoscópica pancreato-duodenal, haciendo énfasis en algunas modificaciones técnicas propias del autor.

Materiales y métodos. Se aplican técnicas de laparoscopia avanzada para practicar en primera instancia la anastomosis pancreato-yeyunal en forma término-lateral en dos planos, sumergiendo en el yeyuno un muñón pancreático previamente grapado. En segunda instancia, se practica una anastomosis hepato-yeyunal término-lateral con grapado inicial y se completa con sutura continua en PDS. Finalmente, se procede a efectuar la anastomosis gastro-yeyunal latero- lateral con sutura mecánica completada con sutura manual.

Resultados. Se obtiene un resultado satisfactorio sin presencia de complicaciones, con un buen grado de seguridad en la impermeabilidad de las diferentes anastomosis y con un posoperatorio satisfactorio con pronta resolución del íleo e inicio precoz de la vía oral.

Conclusión. La pancreatoduodenectomía laparoscópica es factible, aunque probablemente no fácilmente reproducible, por lo cual requiere de un camino largo de aprendizaje, el cual debe ser propiciado por la adquisición de experiencia en cirugía pancreato-biliar y técnicas de cirugía laparoscópica avanzada.

03-061

Colecistectomía difícil I

Luis Fernando Álvarez, Diego Rivera

Centro Médico Imbanaco, Cali, Colombia

lfalvarez@imbanaco.com.co

Introducción. La colecistectomía por laparoscopia es uno de los procedimientos más frecuentes que efectúa el cirujano general. Bien distinto es intervenir a un paciente que no tiene inflamación ni aguda ni crónica de la vesícula o alguna otra condición que dificulte el procedimiento o que ponga en riesgo de iatrogenia al paciente. En general, el tiempo quirúrgico de una colecistectomía por laparoscopia está entre 30 y 45 minutos. Pero, cuando aparecen condiciones difíciles por inflamación, infección, alteraciones de la anatomía, etc., el tiempo quirúrgico se prolonga, se pone en riesgo el éxito del procedimiento y aumenta el porcentaje de complicaciones.

Objetivo. Presentar las alternativas de manejo de un paciente con colecistitis aguda y crónica, piocolecisto, adherencias del epiplón, y cístico muy corto y muy ancho.

Materiales y métodos. Se practicó una colecistectomía laparoscópica cuyas condiciones de inflamación, infección y adherencias, la hacían muy difícil y de riesgo de iatrogenia sobre la vía biliar, además de tener un cístico inflamado, corto y ancho, que requirió practicar colecistectomía parcial del 90 %, con disección fondo-cística y sección de la vesícula con endograpadora lineal cortante con carga de 45 mm.

Resultados. Se presenta una colecistectomía por laparoscopia muy difícil y con riesgos de iatrogenia. Se aplicó la técnica fondo-cística y la resección no convencional de la bolsa de Hartman cerca al cístico con endograpadora lineal cortante de uso en cirugía bariátrica.

Conclusión. Se presenta la práctica con éxito de una colecistectomía laparoscópica difícil y con riesgo de iatrogenia, con técnicas no convencionales de disección y resección.

03-062

Colecistectomía difícil II

Luis Fernando Álvarez, Diego Rivera

Centro Médico Imbanaco, Cali, Colombia

lfalvarez@imbanaco.com.co

Introducción. La colecistitis aguda con piocolecisto es una entidad retardora para cualquier cirujano que practique la colecistectomía por laparoscopia y más si durante su transcurso se sospecha una neoplasia de la vesícula, lo que complica aún más el cuadro clínico.

Objetivo. Presentar una alternativa de manejo en un paciente con colecistitis aguda, piocolecisto y sospecha de neoplasia vesicular.

Materiales y métodos. Se practicó una colecistectomía laparoscópica cuyas condiciones de inflamación, infección e infiltración, la hacían muy difícil y de riesgo de iatrogenia sobre la vía biliar, que requirió practicar colecistectomía parcial con resección de la cara anterior, dejando la cara hepática de la vesícula *in situ*.

Resultados. Se presenta una colecistectomía por laparoscopia muy difícil con riesgo de iatrogenia y con sospecha de neoplasia vesicular, que requirió una colecistectomía parcial con resección de la cara anterior de la vesícula.

Conclusión. Se presenta la práctica exitosa de una colecistectomía laparoscópica difícil y con sospecha de neoplasia, con técnicas no convencionales de disección y resección.

03-063

Colecistectomía difícil III

Luis Fernando Álvarez, Diego Rivera

Centro Médico Imbanaco, Cali, Colombia

lfalvarez@imbanaco.com.co

Introducción. La colecistitis crónica con piocolecisto y vesícula con molde de cálculos o en porcelana, es una entidad de difícil tratamiento pues conlleva un riesgo alto de iatrogenia sobre la vía biliar.

Objetivo. Presentar una alternativa de manejo en un paciente con colecistitis aguda y crónica, piocolecisto y vesícula en porcelana.

Materiales y métodos. Se presenta una colecistectomía laparoscópica en un paciente con inflamación aguda y crónica, piocolecisto y molde de cálculos empotrados en las paredes de la vesícula, que requirió una colecistectomía parcial con resección de la cara anterior, dejando la cara hepática de la vesícula *in situ*.

Resultados. Se presenta una colecistectomía por laparoscopia muy difícil por cálculos muy grandes y firmemente adheridos a las paredes de la vesícula, además de gran inflamación aguda y crónica de la *porta hepatis* que no permitió la identificación clara de la anatomía y que requirió una colecistectomía parcial con resección de la cara anterior de la vesícula.

Conclusión. Se presenta la práctica exitosa de una colecistectomía parcial con resección de la cara anterior de la vesícula por cálculos empotrados y gran componente inflamatorio asociado.

GASTROINTESTINAL

03-001

Diverticulectomía esofágica

Hernán Restrepo, Adriana Echavarría, Juliana Restrepo, Pulgarín David

Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia
adriecha@hotmail.com

Introducción. Los divertículos medio-esofágicos son los menos comunes en nuestra época. Tratándose de divertículos verdaderos, su manejo según la sintomatología es la resección quirúrgica. Durante la última década, se ha hecho por laparoscopia, con adecuados resultados.

Objetivo. Mostrar la resección de un divertículo medio-esofágico por técnicas laparoscópicas, en un paciente con hernia hiatal y divertículo medio-esofágico.

Materiales y métodos. Se presenta la diverticulectomía laparoscópica, con sutura mecánica, en un paciente con hernia hiatal y divertículo medio-esofágico gigante, evidenciado por estudio con bario y tomografía axial computadorizada de tórax, que consultó por dispepsia y reflujo gastroesofágico.

Resultados. Se practicó hiatoplastia y diverticulectomía con sutura mecánica. El paciente presentó una adecuada evolución posoperatoria con mejoría de los síntomas.

Conclusión. Los divertículos medio-esofágicos son poco comunes en nuestra época. Su tratamiento depende de la sintomatología que producen. La resección por laparoscopia es una excelente opción para su manejo.

03-024

Esofagomiotomía de Heller en una paciente con acalasia avanzada y alto riesgo

Óscar Gómez, Raúl Pinilla

Hospital Central de la Policía, Bogotá, D.C., Colombia
hocendequi@correo.policia.gov.co

Introducción. La esofagomiotomía de Heller usada en un caso de alto riesgo es una alternativa que produce buenos resultados posoperatorios.

Objetivo. Mostrar la práctica de la esofagomiotomía de Heller en un caso con alto riesgo quirúrgico y los resultados obtenidos.

Materiales y métodos. Se trata de una paciente desnutrida de 69 años de edad con acalasia, disfagia grave y, en ocasiones, afagia, con alto riesgo quirúrgico y cardiopatía, tratada mediante esofagomiotomía de Heller, sin funduplicatura.

Resultados. Se logró recuperación de los síntomas, desaparición de la afagia y la disfagia, y tolerancia a la vía oral, incluyendo sólidos. Después de dos años, no ha requerido dilataciones ni otros tratamientos adicionales por su enfermedad.

Conclusión. Fue posible tratar la paciente con un procedimiento, con menor morbimortalidad y buen tiempo quirúrgico, y se logró una buena evolución clínica.

03-026

Resección laparoscópica en cuña de un tumor carcinoide gástrico

Haylmanrth Contreras, Juan Linares

Hospital Universitario Mayor - Méderi, Bogotá, D.C., Colombia
haylmanrth13@hotmail.com

Introducción. Los tumores neuroendocrinos gástricos son infrecuentes, constituyen el 10 % de los tumores de su tipo en el aparato gastrointestinal y el 1 % de todas las neoplasias gástricas. La resección local de estas lesiones está indicada en tumores de tipo 1.

Objetivo. Mostrar nuestra experiencia en el manejo laparoscópico de este tipo de lesiones, siguiendo las indicaciones y estándares establecidos según la literatura consultada, y demostrar las bondades de la mínima invasión.

Materiales y métodos. Se describe el caso de paciente de sexo masculino de 57 años de edad, con hemorragia digestiva alta recurrente, que requirió múltiples transfusiones y sangró nuevamente después del control endoscópico del sangrado, de una lesión única submucosa y umbilicada en la cara anterior del cuerpo gástrico. Se hizo una resección gástrica en cuña por laparoscopia con tres puertos, con endoscopia intraoperatoria.

Resultados. Se dio de alta el paciente 72 horas después de la cirugía. La histopatología demostró un tumor neuroendocrino bien diferenciado de 2 cm, sin atipia, no funcional, confinado a la submucosa, positivo para cromogranina, sinaptofisina, enolasa, y Ki 67>3 %. En el seguimiento a los seis 6 meses, no se encontró recurrencia. Los niveles de gastrina fueron normales.

Conclusión. El carcinoide gástrico de tipo 1 constituye el 80 % de los carcinoides gástricos, son asintomáticos y raramente sangran; se asocia a hipergastrinemia y aclorhidia. Son bien diferenciados, con bajo grado de proliferación e invasión limitada. La recurrencia es alta, la supervivencia a los cinco años es de 98 %, presentan un curso benigno y se debe hacer seguimiento endoscópico. La endoscopia intraoperatoria garantiza una resección completa y bordes libres de lesión residual. La reducción del trauma quirúrgico, la rápida recuperación y el alta temprana, demuestran las ventajas de la laparoscopia.

03-028

Gastrectomía subtotal distal radical por cáncer por vía laparoscópica

Jorge Bernal, Alexis Manrique, Juan Gómez

Universidad CES - Clínica Las Américas, Medellín, Colombia
manriquemarz@gmail.com

Introducción. Se muestra una gastrectomía subtotal radical laparoscópica por neoplasia maligna.

Objetivo. Demostrar la factibilidad de la resección de este tipo de tumores mediante una técnica mínimamente invasiva.

Materiales y métodos. Se trata de una paciente femenina de 60 años con diagnóstico endoscópico de adenocarcinoma gástrico del antro. Recibió quimioterapia preoperatoria.

Resultados. Se logró practicar una gastrectomía subtotal distal radical, con reconstrucción de Roux en Y. Se extrajo la pieza por

ampliación de uno de los puertos, protegida en bolsa. La paciente se hospitalizó durante cinco días y se dio de alta sin complicaciones. La histopatología confirmó el diagnóstico, con márgenes proximal y distal libres de tumor.

Conclusión. Se demuestra la factibilidad de practicar este procedimiento completamente por vía laparoscópica, sin complicaciones. Se requiere entrenamiento en técnicas avanzadas de laparoscopia para su realización.

03-030

Resección de tumor de intestino delgado por laparoscopia

Leonardo Carrascal, Luis González, Juan Flórez

Hospital Central de la Policía Nacional, Bogotá, D.C., Colombia
carrascal_leonen@hotmail.com

Introducción. Los tumores del intestino delgado son una causa poco común de obstrucción intestinal. Una adecuada historia clínica y un alto nivel de sospecha son indispensables para un diagnóstico acertado. El tratamiento quirúrgico está indicado casi siempre y el abordaje laparoscópico se presenta como una alternativa viable y con excelentes resultados.

Objetivo. Mostrar la utilización de la técnica laparoscópica en el diagnóstico y tratamiento de la obstrucción intestinal causada por tumores del intestino delgado.

Materiales y métodos. Se presenta un video clínico de un paciente con obstrucción intestinal ocasionada por la invaginación de un tumor del intestino delgado. Se resecó el segmento comprometido y se hizo una anastomosis latero-lateral por vía laparoscópica.

Resultados. Por medio de la vía laparoscópica es posible hacer un diagnóstico acertado y efectuar sin ninguna complicación la resección del segmento intestinal comprometido con esta enfermedad. El paciente evolucionó en forma adecuada, recibió dieta en forma temprana y no presentó complicaciones posoperatorias.

Conclusión. Las técnicas actuales de cirugía laparoscópica permiten la realización de múltiples procedimientos con disminución de los tiempos de estancia y de las enfermedades concomitantes. En este caso se muestra que es posible el manejo quirúrgico laparoscópico de condiciones poco frecuentes con excelentes resultados a corto y mediano plazo.

03-033

Revisión laparoscópica en evaluación de isquemia intestinal secundaria a vólvulo intestinal por bridas

Andrés Muñoz, Mauricio Basto, Hedda Uribe

Clínica del Country, Bogotá, D.C., Colombia
munozmora1@hotmail.com

Introducción. La cirugía mínimamente invasora ha abierto un panorama de posibilidades para el manejo de los pacientes con isquemia segmentaria del intestino grueso o delgado.

Objetivo. Mostrar la utilidad de la revisión laparoscópica como herramienta de evaluación de la isquemia intestinal, evitando resecciones intestinales innecesarias o abordajes por laparotomía.

Materiales y métodos. Uso de la laparoscopia convencional para revertir el vólvulo de un segmento de intestino delgado rotado sobre una brida intestinal. El segmento recuperó levemente su coloración normal y permaneció con buena motilidad, por lo que se decidió no practicar resección y hacer una revisión laparoscópica en 48 horas.

Resultados. La evolución del paciente fue satisfactoria, sin que se aumentara la morbilidad secundaria a una laparotomía y una resección intestinal que se pudo evitar.

Conclusión. La laparoscopia se ha convertido en una herramienta útil en el diagnóstico, y el manejo inicial y definitivo de la isquemia intestinal segmentaria, en algunos pacientes adecuadamente seleccionados.

03-050

Resección laparoscópica de un tumor de intestino delgado

Jorge Bernal, Juan Gómez, Alexis Manrique

Clínica Las Américas, Medellín, Colombia
jgomez72@gmail.com

Introducción. Se presenta la resección de un tumor de intestino delgado mediante cirugía mínimamente invasiva.

Objetivo. Demostrar la posibilidad de resecar este tipo de tumores por vía laparoscópica.

Materiales y métodos. Se presenta el caso de un paciente masculino de 50 años, que consultó al servicio de urgencias por dolor abdominal. Se le practicó una tomografía axial computarizada de abdomen con contraste que mostró una masa de 7 x 8 cm, ubicada en el retroperitoneo cerca al ciego. Se programó para laparoscopia diagnóstica, para proceder según los hallazgos. Se encontró un tumor localizado a un metro proximal del fleon terminal, sin zona de transición, con compromiso del meso y sin adenopatías. Se practicó una resección término-terminal por vía laparoscópica.

Resultados. Se logró resecar el tumor por vía totalmente laparoscópica. Se extrajo la pieza por incisión ampliada a nivel supraumbilical con protección de la herida. El paciente evolucionó favorablemente y toleró la vía oral 48 horas después del procedimiento.

Conclusión. Se demuestra la posibilidad de la cirugía laparoscópica, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de esta enfermedad poco común.

03-064

Resección de tumor de estroma gástrico por laparoscopia sin gastrectomía parcial

Luis Fernando Álvarez, Astolfo Franco

Centro Médico Imbanaco, Cali, Colombia
lfalvarez@imbanaco.com.co

Introducción. No es demasiado raro encontrar en algunas endoscopias digestivas altas tumores submucosos que son catalogados como tumores del estroma gastrointestinal (GIST) al hacerles la ecoendoscopia. Generalmente, estos tumores son bien abordados por técnica laparoscópica, practicándose resección en cuña con endograpadora lineal cortante. Cuando estos tumores se localizan en la curvatura menor o por debajo del cardias, se dificulta grandemente la técnica anterior.

Objetivo. Describir una nueva técnica de abordaje por laparoscopia para los tumores del estroma gastrointestinal, sin resección gástrica.

Materiales y métodos. Se hizo la resección de un tumor del estroma submucoso con técnica laparoscópica, abriendo las capas serosa y muscular del estómago, disecando y resecando la masa y luego suturando el área incidida con una sutura intracorpórea de las capas disecadas con endograpadora lineal cortante y sin necesidad de resección en cuña ni parcial del estómago.

Resultados. Se presenta la técnica anteriormente descrita, que permite reseca la lesión sin hacer gastrectomía parcial y, por ende, con menor morbilidad, menores costos y recuperación más rápida del paciente.

Conclusión. Se describe una nueva técnica para reseca lesiones de la pared gástrica, sin necesidad de practicar gastrectomía parcial.

03-067

Gastrectomía después de una resección endoscópica fallida de un GIST

Adriana Córdoba, Juan Camilo Ramírez, Jaison Rodríguez
Hospital de San José, Bogotá, D.C., Colombia
jaessonrm@hotmail.com

Introducción. El tratamiento endoscópico de los tumores submucosos del estómago representa una de las alternativas más atractivas para este tipo de tumores. La perforación gástrica durante el procedimiento es una de las complicaciones que se han reportado en este tipo de procedimientos. Cuando se presenta, el abordaje y el tratamiento definitivo por laparoscopia es una herramienta útil con mínima invasión.

Objetivo. Presentar un paciente con diagnóstico de un tumor submucoso del estómago (GIST) localizado en la unión fondo-corporal del estómago, a quien se le indicó una resección por vía endoscópica del tumor, durante la cual se produjo una perforación gástrica que fue advertida de inmediato por el endoscopista.

Materiales y métodos. Se trata de un paciente de 42 años con diagnóstico de un tumor submucoso localizado en la unión fondo-corporal del estómago, a quien se le indicó una resección por vía endoscópica del tumor. Durante el procedimiento se produjo una perforación gástrica que fue advertida de inmediato por el endoscopista.

Resultados. El paciente fue llevado a cirugía, en donde se le realizó el tratamiento definitivo de la perforación y el tumor con una gastrectomía fundocorporal vertical.

Conclusión. La perforación gástrica es una complicación poco frecuente que puede ocurrir durante la resección endoscópica de lesiones mucosas y submucosas de la pared gástrica. La detección inmediata de esta complicación permite un tratamiento definitivo y seguro, con mínimo riesgo para el paciente. El abordaje por laparoscopia es de gran utilidad para el tratamiento de esta complicación con mínima morbilidad.

03-068

Gastrectomía total por laparoscopia

Juan Ramírez, Adriana Córdoba, Juan Molina
Hospital de San José, Bogotá, D.C., Colombia
juanitocirujano@hotmail.com

Introducción. La cirugía laparoscópica ha presentado grandes avances en los últimos años y es por esto que el abordaje de enfermedades complejas, como el cáncer gástrico, es posible hoy en día.

Objetivo. Se presenta el caso de una paciente con cáncer gástrico sometido a una gastrectomía total por laparoscopia, realizada en el hospital San José en el mes de mayo de 2012.

Material y método. Se presenta un paciente intervenido por el servicio de cirugía general y laparoscopia avanzada.

Resultados. Se trata de un paciente de 55 años, con diagnóstico de adenocarcinoma gástrico mal diferenciado, ulcerado, ubicado en el

antro a nivel de la curvatura menor y sin evidencia de enfermedad metastásica, el cual es llevado a gastrectomía total por laparoscopia con resección ganglionar D2, en el mes de mayo de 2012, sin complicaciones, con una adecuada evolución del postoperatorio, se realiza estudio de vías digestivas altas al quinto día del procedimiento, evidenciando adecuado paso del medio de contraste, se inicia dieta líquida con adecuada tolerancia y se da de alta al día siguiente.

Conclusión. La gastrectomía total por laparoscopia ofrece una opción mínimamente invasiva, con un adecuado margen de resección y de linfadenectomía, con mejores resultados en términos de duración del procedimiento, hemorragia intraoperatoria, necesidad de cuidado intensivo, complicaciones relacionadas con la herida quirúrgica e incapacidad laboral. Desde el punto de vista técnico, es factible llevar a cabo una cirugía oncológicamente satisfactoria con márgenes oncológicos y disección ganglionar adecuada, comparable a la que se logra con las técnicas abiertas. Los resultados a largo plazo en términos de supervivencia y el papel definitivo de la resección laparoscópica en el tratamiento del cáncer gástrico, está por determinarse.

CIRUGÍA BARIÁTRICA

03-008

Conversión de manga gástrica a bypass gástrico en Y de Roux

Camilo Díaz, Alberto Roa
Hospital Universitario de La Samaritana, Bogotá, D.C., Colombia
camilodiazmd@hotmail.com

Introducción. En los últimos cinco años, la frecuencia de la gastrectomía vertical o manga gástrica, como tratamiento de la obesidad mórbida, ha aumentado respecto a la cirugía de *bypass* gástrico, posiblemente porque se considera de menor dificultad técnica y con buenos resultados, al menos, durante el primer año posoperatorio. Sin embargo, pueden presentarse problemas técnicos durante el procedimiento o producirse una nueva ganancia de peso, lo que requiere considerar la conversión a *bypass* gástrico.

Objetivo. Mostrar la conversión de manga gástrica a *bypass* gástrico, la primera como resultado de estómago en reloj de arena con trastorno de la evacuación y la segunda por nueva ganancia de peso después de tres años de haber obtenido un resultado satisfactorio.

Materiales y métodos. Se presentan los estudios preoperatorios y dos videos editados de la cirugía bariátrica de revisión.

Resultados. Las dos pacientes mejoraron de su condición preoperatoria, la primera, por un trastorno grave de la evacuación gástrica y, la segunda, al lograr una pérdida de 80 % del exceso de peso en el seguimiento a dos años.

Conclusión. La gastrectomía vertical es una cirugía compleja que requiere una depurada técnica quirúrgica, pues sus complicaciones pueden ser potencialmente letales o de muy difícil manejo. Deben evitarse las cirugías de tipo restrictivo en pacientes comedores de dulce y que no tengan buen seguimiento por el equipo multidisciplinario, para evitar fracasos en cuanto a la pérdida de peso. Las cirugías bariátricas de revisión tienen una mayor dificultad técnica y deben ser practicadas únicamente por cirujanos muy experimentados y en instituciones con buena experiencia.

03-012

Fístula gastro-gástrica posterior a *bypass* gástrico

Luis Vanegas, Rogelio Matallana, Juan Gómez

Universidad CES, Medellín, Colombia

jpgomez72@gmail.com

Introducción. Se presenta una cirugía de revisión de *bypass* gástrico por una fístula gastro-gástrica.

Objetivo. Mostrar la forma como se resuelve esta extraña alteración.

Materiales y métodos. Se trata de una paciente de 40 años con antecedentes de *bypass* gástrico siete años antes. Consultó por nueva ganancia de peso en los últimos tres años. Al examen físico, presenta un IMC de 36 kg/m². El estudio radiográfico de vías digestivas altas mostró una fístula en la manga gástrica, con paso de medio de contraste al remanente gástrico.

Resultados. Se logró reseca la fístula por vía laparoscópica, utilizando una endograpadora lineal cortante y seccionando el bastón de la anastomosis gastroentérica y la manga ya que se encontraba dilatada. La paciente requirió hospitalización por 24 horas y fue dada de alta sin problemas. Una semana después del procedimiento, se revisó por consulta externa sin ningún hallazgo anormal.

Conclusión Se muestra esta técnica quirúrgica para tratar una complicación sumamente rara con la técnica actual de *bypass* gástrico.

03-023

Secuencia en la cirugía de manga gástrica para disminuir las complicaciones

Óscar Gómez, Germán Piñeres

Clínica Palermo, Bogotá, D.C., Colombia

oscarmago@yahoo.com

Introducción. Entre los procedimientos de cirugía bariátrica, la gastrectomía vertical (*gastric sleeve*) es una buena opción. A pesar de parecer sencilla, debe cumplir todos los principios bariátricos con una buena estandarización de la técnica y ser practicado por un grupo cuyos integrantes se conozcan, para evitar complicaciones.

Objetivo. Mostrar la técnica correcta de la gastrectomía vertical, sin dejar bolsa superior ni inferior.

Materiales y métodos. Se presenta un video realizado en la Clínica Palermo, en marzo de 2012, en el cual se muestra la técnica utilizada en más de 150 casos, sin mortalidad y con escasas complicaciones.

Resultados. Se muestra el procedimiento resumido en 10 pasos, con claves importantes para evitar complicaciones, como sangrado, fístula, desgarro del bazo o del hígado y otras complicaciones posoperatorias.

Conclusión. Los cirujanos generales y los de cirugía bariátrica deben asociarse para usar una técnica estandarizada y mejorar sus resultados. De esta manera, se pueden detectar dificultades, mejorar el procedimiento quirúrgico y estandarizar una técnica que sea efectiva y reproducible.

COLON Y RECTO

03-006

Hemicolectomía derecha laparoscópica para el tratamiento de intususcepción íleo-colon por tumor de ciego

María Arroyave, Sergio Díaz

Clínica SOMER - Universidad CES, Rionegro, Colombia

mariaclara_arroyave@yahoo.com

Introducción. Se presenta una hemicolectomía derecha por laparoscopia para el tratamiento de intususcepción íleo-colon por tumor benigno de ciego.

Objetivo. Mostrar el tratamiento de un paciente con masa cecal e intususcepción íleo-colon.

Material y método Se trata de un paciente masculino, de 48 años, con cuadro de un año de dolor abdominal intermitente, manejado inicialmente como síndrome de intestino irritable. Ante la falta de mejoría se le practicó una colonoscopia total y se encontró una masa de aspecto lipomatoso y de gran tamaño, que comprometía el 90 % de la luz del ciego. Se practicó tomografía axial computadorizada que mostró intususcepción íleo-colon asociada a una masa en ciego. Se muestra la hemicolectomía derecha por laparoscopia.

Resultados. Se practicó el procedimiento sin complicaciones intraoperatorias, en un tiempo quirúrgico de 90 minutos. El paciente tuvo una evolución satisfactoria, con una estancia hospitalaria de cuatro días. El resultado de anatomía patológica confirmó un lipoma de 6 cm de diámetro.

Conclusión. Se practicó hemicolectomía derecha por laparoscopia para el tratamiento de una lesión benigna del colon, de manera segura y eficaz.

03-009

Cierre de colostomía de tipo Hartmann por laparoscopia por único puerto

Rafael García, Francisco Díaz, María Rojas

Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C., Colombia

frankdiazc@hotmail.com

Introducción. La laparoscopia por único puerto, mediante la incisión del estoma, ofrece ventajas cosméticas, además de menor trauma de acceso y menor tasa de complicaciones, en comparación con la cirugía laparoscópica convencional.

Objetivo. Describir la técnica quirúrgica de cierre de colostomía de tipo Hartmann por un solo puerto, a través del sitio de colostomía como acceso.

Material y método. Previa preparación de la piel, la colostomía se libera del borde mucocutáneo y el yunque de una sutura mecánica circular se asegura a la luz distal. Mediante el uso de un dispositivo Alexis y un guante de látex, se crea un sistema de único puerto con tres trocares para disecar las adherencias intraabdominales y movilizar el ángulo esplénico. El muñón rectal se identificó y se llevó a cabo una anastomosis colorrectal libre de tensión mediante la inserción de un dispositivo de sutura mecánica circular transanal. La integridad de la anastomosis se verifica por prueba neumática.

Resultados. Se llevó a cabo el primer cierre de colostomía de tipo Hartmann por laparoscopia por único puerto, en una paciente de 75 años con posoperatorio de hemicolectomía izquierda por diverticulitis perforada nueve meses atrás, con un tiempo quirúrgico de 110 minutos, inicio de dieta a las 24 horas, tránsito intestinal a los dos días y estancia hospitalaria de tres días. No requirió conversión y no se presentaron complicaciones perioperatorias.

Discusión y conclusión. El cierre por puerto único de la colostomía de tipo Hartmann a través del estoma, es factible y seguro, con menor riesgo de infección quirúrgica y menor estancia hospitalaria, y ofrece ventajas cosméticas adicionales sin ocasionar morbilidad agregada.

03-011**Laparoscopia transanal por dispositivo de puerto único**

Jesús Vásquez, Sergio Díaz, Óscar Palacios, Juan Gómez
Hospital Manuel Uribe Ángel, Medellín, Colombia
jpgomez72@gmail.com

Introducción. Se presenta la resección de un tumor rectal no susceptible de resección endoscópica.

Objetivo. Presentar la viabilidad de resección de este tipo de tumores y la de sutura intracorpórea de este método.

Materiales y métodos. Se presenta una paciente de 49 años de edad con rectorragia. Por colonoscopia, se encontró un tumor que ocupaba toda la circunferencia del órgano, entre 5 y 8 cm por encima del borde anal. La biopsia demostró que se trataba de un adenoma vellosos con displasia de alto grado. Fue remitida de la unidad de endoscopia para resección quirúrgica.

Resultados. Se logró la resección completa con colgajo de mucosa y sutura de este a través del dispositivo. La paciente se hospitalizó por 48 horas y se dio de alta sin complicaciones. La histopatología reportó un adenoma vellosos con displasia de alto grado. Se practicó colonoscopia de control dos meses después, en la que se reportó ausencia de lesiones y biopsias de cicatriz sin displasia ni adenoma.

Conclusión. Se muestra esta novedosa técnica quirúrgica de mínima invasión para resección de tumores rectales con sutura a través del dispositivo monopuerto.

03-013**Laparoscopia transanal por dispositivo monopuerto**

Sergio Díaz, Juan Gómez, María Arroyave
Clínica CES, Medellín, Colombia
jjpgomez72@gmail.com

Introducción. Se presenta la resección de un tumor rectal por cirugía transanal mínimamente invasiva, utilizando el dispositivo monopuerto SILS™.

Objetivo. Demostrar esta novedosa técnica quirúrgica que permite la resección total de tumores que no pueden resecarse por vía endoscópica, evitando la resección anterior baja.

Materiales y métodos. Se trata de un paciente de sexo masculino de 93 años de edad con rectorragia y deposiciones con moco. Por colonoscopia se encontró un tumor sésil a 6 cm del margen anal. Se practicó polipectomía endoscópica y la biopsia demostró un adenoma tubular con displasia de bajo grado. Tres meses después se hizo un control endoscópico y se encontró un tumor irregular de 3,5 cm de diámetro, en cuya histopatología se informó un adenoma vellosos con displasia de alto grado (carcinoma *in situ*). Se decidió practicar resección mínimamente invasiva video-asistida con dispositivo monopuerto.

Resultados. Se logró la resección completa, en una sola pieza, por vía rectal y con asistencia de video, mediante un dispositivo monopuerto, en forma ambulatoria. El paciente nunca manifestó dolor y pudo reanudar su actividad diaria dos días después.

Reingresó al tercer día posoperatorio por un síndrome mental orgánico y se diagnosticó hiponatremia. Fue hospitalizado durante dos días, con buena evolución. En el nuevo control endoscópico tres meses después de la resección, no se encontró tumor y en las biopsias de la cicatriz no había adenoma ni displasia.

03-015**Condiciones complejas en apendicectomía por laparoscopia**

Ricardo Villarreal, Carlos Luna, Carlos Leal, Ernesto Villamizar
Universidad El Bosque, Bogotá, D.C., Colombia
kalegipem@yahoo.es

Introducción. La apendicectomía por laparoscopia es un procedimiento que disminuye complicaciones, estancia hospitalaria y tiempo de retorno a trabajo y actividad diaria, por lo que se ha constituido en un procedimiento ampliamente difundido y practicado por los cirujanos. Aunque no requiere grandes destrezas, sí es indispensable que el cirujano tenga presente las posibles y diferentes situaciones complejas a las cuales se puede ver enfrentado, con el fin de detectarlas y resolverlas.

Objetivo. Exponer las diferentes situaciones complejas en la práctica de apendicectomía por laparoscopia.

Material y método. Se incluyeron pacientes a quienes se les practicó apendicectomía laparoscópica en la Clínica El Bosque.

Resultados. Los pacientes a quienes se les practicó apendicectomía laparoscópica, a pesar de tener alguna situación compleja, presentaron evolución satisfactoria en su posoperatorio.

Conclusión. La apendicectomía laparoscópica es un procedimiento que cobra cada vez más importancia en la práctica quirúrgica por las ventajas que ofrece. Sin embargo, puede presentar situaciones difíciles, en las que la destreza y pericia del cirujano pueden marcar la diferencia y hacer del procedimiento un éxito completo.

03-022**Manejo por laparoscopia del tumor mucinoso de apéndice**

Ricardo Villarreal, Manuel Mosquera, Akram Kadamani, Gabriel Sánchez, Carlos Salgar
Fundación Cardioinfantil, Bogotá, D.C., Colombia
carlosunited79@hotmail.com

Introducción. Los tumores del apéndice cecal representan, aproximadamente, el 0,5 % de todas las neoplasias gastrointestinales y se encuentran en el 1 % de las apendicectomías. La mayoría de los pacientes son operados por sospecha de apendicitis aguda y el diagnóstico final se hace en el estudio anatomopatológico. Algunos pacientes requieren tratamiento complementario con hemicolectomía derecha.

Objetivo. Informar un caso de manejo laparoscópico de tumor mucinoso de apéndice.

Materiales y métodos. Se describe el caso de una mujer de 55 años de edad, que consultó por un cuadro clínico de dolor abdominal inespecífico. Por la persistencia del dolor, se solicitó tomografía axial computadorizada de abdomen, en la cual se observó una masa localizada en la fosa ilíaca derecha, indicativa de lesión tumoral, por lo que se decidió practicar cirugía.

Resultados. Mediante laparoscopia diagnóstica, se observó una masa de apéndice cecal de 6 x 6 cm que respetaba la base. Se informó en la histopatología un tumor mucinoso de apéndice. El procedimiento se llevó a cabo sin complicaciones y hubo tolerancia a la vía oral en las primeras 24 horas posoperatorias. Por evolución satisfactoria, se decidió dar salida.

Conclusión. La resección laparoscópica se considera una técnica segura y reproducible para el tratamiento quirúrgico de los tumores del apéndice cecal.

03-029

Resección anterior baja de recto por cáncer, por vía laparoscópica

Jorge Bernal, Alexis Manrique, Juan Gómez

Universidad CES - Clínica Las Américas, Medellín, Colombia
manriquemarz@gmail.com

Introducción. Se presenta una resección anterior baja del recto por cáncer.

Objetivo. Demostrar la factibilidad de la resección de este tipo de tumores mediante una técnica mínimamente invasiva.

Materiales y métodos. Se trata de una paciente de 57 años de edad con diagnóstico endoscópico de adenocarcinoma de recto. Recibió tratamiento neoadyuvante.

Resultados. Se logró practicar una resección anterior baja del recto, con resección de mesorrecto y anastomosis colorrectal con sutura mecánica circular, por vía totalmente laparoscópica; se extrajo la pieza por ampliación de uno de los puertos, protegida en bolsa. Se hizo una ileostomía derivativa. La paciente se hospitalizó durante cuatro días y se dio de alta sin complicaciones. La histopatología confirmó el diagnóstico, con márgenes proximal, distal y circunferencial libres de tumor.

Conclusión. Se demuestra la factibilidad de realizar este procedimiento completamente por vía laparoscópica, sin complicaciones.

03-035

Manejo laparoscópico de perforación de colon por cuerpo extraño

Andrés Muñoz, Mauricio Basto, Hedda Uribe

Clínica del Country, Bogotá, D.C., Colombia
munozmora1@hotmail.com

Introducción. El manejo de la perforación intestinal por cuerpo extraño usualmente ha sido complejo, dada la dificultad en el diagnóstico inicial y, por ende, la tardanza en el tratamiento.

Objetivo. Mostrar el manejo laparoscópico que se le dio a un caso de perforación del colon sigmoidees que generó un plastrón abscedado, que inicialmente fue tratado médicamente, con reaparición del mismo.

Materiales y métodos. El paciente había sido valorado en otra institución y se le había propuesto resección de segmento de colon, previo manejo antibiótico. En nuestra institución se decidió darle tratamiento antibiótico seguido de abordaje laparoscópico del plastrón, con drenaje del absceso, búsqueda y extracción de la espina de pescado, y posterior colocación de drenaje, sin resección intestinal.

Resultados. El paciente evolucionó con inicio precoz de la vía oral y resolución completa del cuadro infeccioso. El tránsito intestinal fue adecuado y no se presentaron complicaciones.

Conclusión. Una de las formas de presentación de la perforación por cuerpo extraño puede ser la del plastrón abscedado, que puede generar dificultades en el diagnóstico y el tratamiento. Aparentemente, en la mayoría de los casos es necesario extraer el cuerpo extraño para lograr la resolución completa del cuadro clínico. También, se demuestra que no siempre es necesario reseccionar el segmento de colon comprometido.

03-037

Apendicitis del muñón largo

Andrés Muñoz, Mauricio Basto, Hedda Uribe

Clínica del Country, Bogotá, D.C., Colombia
munozmora1@hotmail.com

Introducción. A pesar de ser una técnica ampliamente utilizada por los cirujanos en todo el mundo, la apendicetomía por laparoscopia no está exenta de complicaciones, como la de dejar un remanente apendicular (muñón largo) que pueda generar complicaciones posteriores.

Objetivo. Mostrar un caso de nueva apendicetomía después de la práctica de apendicetomía por laparoscopia por un cirujano experimentado, haciendo énfasis en la importancia de la disección hasta la visualización de la cintilla del colon (*tenia coli*), para evitar este tipo de complicación.

Materiales y métodos. En primera instancia, se muestra el manejo de la complicación mediante resección laparoscópica del muñón largo, y enseguida, se expone de manera ilustrativa la cirugía inicial de apendicetomía laparoscópica. Se aplicó este orden para hacer más provechosa la presentación.

Resultados. La herramienta laparoscópica en segunda instancia es muy adecuada en el diagnóstico y tratamiento de una complicación infrecuente, como la que se presenta.

Conclusión. A pesar de la experiencia amplia en la práctica de la apendicetomía por laparoscopia, la confianza no debe superar la seguridad ni conducir a una disección limitada de la base apendicular. Se recomienda, en todos los casos, visualizar la *tenia coli* antes de hacer la ligadura en la base del apéndice y su resección.

03-038

Apendicetomía por monopuerto

Andrés Muñoz, Mauricio Basto, Hedda Uribe

Clínica del Country, Bogotá, D.C., Colombia
munozmora1@hotmail.com

Introducción. La aplicación de un elemento como el monopuerto tiene una historia reciente y no hay duda de que genera un mayor grado de dificultad para la práctica de esta cirugía.

Lo anterior hace que la reproducibilidad de los procedimientos con este dispositivo no sea mayor.

Objetivo. Mostrar el uso de un dispositivo de monopuerto en la apendicetomía, con una técnica que facilita el procedimiento.

Materiales y métodos. Se muestra en detalle la práctica de apendicetomías con un dispositivo de monopuerto existente en el mercado (*Ethicon Endo-Surgery™*), haciendo énfasis en los buenos resultados estéticos.

Resultados. Con esta técnica se obtiene un excelente resultado estético. No hay una valoración del grado exacto del dolor posoperatorio y creemos que la incidencia de hernias de la incisión es mayor que a través de los puertos de entrada de trocares convencionales.

Conclusión. El monopuerto es un dispositivo que no ha tenido un gran despliegue, ya que requiere de mayor pericia para su utilización, pero brinda beneficios considerables, fundamentalmente desde el punto de vista estético.

03-039**Apendicectomía con tres puertos, dos puertos o un puerto: definitivamente por laparoscopia**

Andrés Muñoz, Mauricio Basto, Hedda Uribe
Clínica del Country, Bogotá, D.C., Colombia
munozmora1@hotmail.com

Introducción. El diagnóstico clínico precoz y los resultados cada vez más acertados de las imágenes diagnósticas, están permitiendo detectar la mayoría de apendicitis en fases tempranas, conduciendo a la apendicetomía a través de incisiones pequeñas en la mayoría de los casos, a pesar de lo cual el auge que ha tomado la laparoscopia en el manejo de esta condición no ha sido ajeno al manejo de la apendicitis aguda.

Objetivo. Mostrar las bondades de la técnica laparoscópica en el manejo de la apendicitis aguda con tres, dos o un puerto de entrada, de acuerdo con la disponibilidad de elementos y la pericia del cirujano.

Materiales y métodos. Se ilustra la forma de practicar una apendicetomía: a través de tres puertos de entrada, con óptica de 10 o de 5 mm, según la disponibilidad de instrumental y aplicación de *Hem-o-locks*TM; a través de dos puertos de entrada por técnica video-asistida con extracción del apéndice por el puerto umbilical, completando la resección en forma extracorpórea, y a través de un puerto de entrada con instrumental de 5 o 3,5 mm y la utilización del dispositivo de monopuerto *Ethicon Endo-Surgery*TM.

Resultados. Se demuestra la evidente comodidad y facilidad para llevar a cabo cualquiera de las técnicas con excelentes resultados cosméticos, menor dolor y menor incapacidad posoperatoria.

Conclusión. Tanto desde el punto de vista técnico como por la posibilidad que nos brinda de hacer diagnósticos diferenciales y manejar hallazgos incidentales, consideramos que la apendicetomía mínimamente invasora, independientemente de la técnica y el número de puertos de entrada utilizados, ha llegado para quedarse.

03-051**Aplicaciones de apendicectomía laparoscópica por único puerto en condición compleja**

Ricardo Nassar, Juan Hernández, Fernando Arias, Juan Linares, Ángela Ospina
Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C., Colombia
juanlinaresmd@gmail.com, rnassarmd@gmail.com

Introducción. La apendicitis aguda es el motivo de cirugía más frecuente para el cirujano general. El desarrollo de las técnicas mínimamente invasivas ha permitido el uso de procedimientos laparoscópicos por único puerto, incluyendo el manejo de enfermedades complejas como peritonitis y lesiones malignas.

Objetivo. Presentar tres casos clínicos que fueron sometidos a apendicetomía por único puerto (SILS) en la Fundación Santa Fe de Bogotá y revisar la literatura científica.

Materiales y métodos. Se reportan tres pacientes sometidos a cirugía, en los cuales se practicó apendicetomía formal por único puerto, drenaje de peritonitis y resección parcial de ciego por sospecha de enfermedad neoplásica.

Resultados. Todas las apendicetomías se hicieron por único puerto, no se presentaron complicaciones asociadas con el procedimiento,

los tiempos quirúrgicos fueron comparables con los de la técnica de la apendicetomía por laparoscopia tradicional y la evolución de los pacientes fue satisfactoria.

Conclusión. La apendicetomía laparoscópica por único puerto es un método seguro y eficaz en el manejo de las diferentes presentaciones asociadas con la enfermedad apendicular, incluyendo el drenaje de peritonitis y el manejo de enfermedades neoplásicas tempranas del apéndice.

TUMORES**03-017****Pancreato-yeyunostomía (Puestow) laparoscópica para tratamiento de pancreatitis crónica**

María Arroyave, Sergio Díaz
Clínica SOMER - Universidad CES, Rionegro, Colombia
mariaclarar_arroyave@yahoo.com

Introducción. Se presenta una pancreatoyeyunostomía laparoscópica para el tratamiento de una pancreatitis crónica.

Objetivo. Demostrar la posibilidad de cirugía pancreática avanzada por métodos mínimamente invasivos.

Materiales y métodos. Se presenta un paciente de 36 años, con diagnóstico clínico e imaginológico de pancreatitis crónica, con múltiples hospitalizaciones y con necesidad de medicamentos opioides por dolor crónico de difícil manejo.

En la resonancia magnética se observó páncreas hipotrófico, con conducto pancreático de 14 mm de diámetro y cálculo intraductal. Se practicó colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, pero no fue posible extraer el cálculo intrapancreático.

Resultados. Se practicó una pancreatoyeyunostomía laparoscópica en un tiempo quirúrgico de 110 minutos, sin complicaciones intraoperatorias. La paciente tuvo una estancia hospitalaria posoperatoria de cuatro días, con mejoría de su dolor crónico.

Conclusión. Se practicó pancreatoyeyunostomía laparoscópica de manera segura y eficaz para un dolor de difícil manejo producido por pancreatitis crónica.

03-027**Resección laparoscópica de sarcoma retroperitoneal**

Jorge Bernal, Alexis Manrique, Juan Gómez
Universidad CES - Clínica Las Américas, Medellín, Colombia
manriquemarz@gmail.com

Introducción. Se muestra la resección completa de un tumor retroperitoneal por laparoscopia.

Objetivo. Demostrar la factibilidad de resecar este tipo de tumores mediante una técnica mínimamente invasiva.

Materiales y métodos. Se trata de un paciente de sexo masculino de 70 años de edad, sin síntomas gastrointestinales, en estudio por síntomas urinarios. Durante una ecografía, abdominal se encontró una masa retroperitoneal, confirmada por tomografía axial computarizada.

Resultados. Se logró la resección completa del tumor por vía laparoscópica convencional de cuatro puertos; se extrajo la pieza por

ampliación de uno de ellos, protegida en una bolsa. El paciente se hospitalizó durante 48 horas y se dio de alta sin complicaciones. La histopatología reportó un liposarcoma mixoide.

Conclusión. Se demuestra la factibilidad de practicar este procedimiento por vía laparoscópica, sin complicaciones y con estancia hospitalaria corta.

03-031

Cirugía oncológica sin ligaduras

Jaime Rubiano

Universidad del Valle, Cali, Colombia
jrubuano123@hotmail.com

Introducción. El electrobisturí ha revolucionado el proceso quirúrgico, llegando a demostrar que ahorra tiempo y sangre, además de suturas. Con la electrocirugía se han desarrollado otras formas de hacer lo mismo que con el electrobisturí, como el *Ligasure*TM o el armónico, pero con mayores costos y tiempo quirúrgico.

Objetivo. Demostrar otras formas costo-eficientes (más económicas) de operar con electrocirugía a los pacientes de oncología.

Materiales y métodos. Se presentan varios casos, entre ellos, mastectomía radical modificada, tiroidectomía, vaciamiento de cuello y vaciamiento inguinal, en los que se usó el electrobisturí corriente y ninguna ligadura.

Resultados. En varios casos se muestra la utilización del electrobisturí, para practicar el procedimiento libre de suturas.

Conclusión. El electrobisturí permite practicar cirugías sin ligaduras.

03-049

Suprarrenalectomía derecha e izquierda por laparoscopia

Henry Martínez, Mauricio Chona

Hospital Universitario de La Samaritana - Clínica Palermo, Bogotá, D.C., Colombia
hmartinezb@hotmail.com

Introducción. Los “incidentalomas” cada vez son más frecuentes, gracias al mejoramiento en los estudios de imágenes diagnósticas y a su más frecuente uso, lo que ha generado un aumento en el diagnóstico de masas suprarrenales que requieren manejo quirúrgico.

Objetivo. Presentar dos casos de suprarrenalectomía derecha e izquierda con similitudes en sus características generales.

Materiales y métodos. Se presentan dos casos de pacientes operados por masas suprarrenales de 6 cm de diámetro, del lado derecho y del lado izquierdo, funcionales y de tipo feocromocitoma, por vía laparoscópica, mostrando las diferencias y similitudes que hay en el abordaje según el lado intervenido, los pasos a seguir, las marcas anatómicas que se deben tener en cuenta y los cuidados por resaltar para evitar complicaciones durante el procedimiento quirúrgico.

Resultados. Se demostró que mediante una secuencia de pasos y marcas anatómicas, se logra una disección completa, clara, exangüe y sin lesiones de estructuras vecinas, en tiempos quirúrgicos razonables y con gran seguridad para el paciente con lesiones suprarrenales funcionales que, por descarga de catecolaminas durante el procedimiento, podría llevar a un desenlace fatal.

Conclusión. La suprarrenalectomía laparoscópica es un procedimiento seguro y es la vía de elección para los “incidentalomas”

independientemente del lado afectado, del tamaño o su funcionalidad, con resultados superiores a los de la vía abierta.

03-053

Vaciamiento ganglionar paraaórtico por laparoscopia en un paciente con cáncer de endometrio

René Pareja, Ricardo Londoño, Juan Wolf, Lina Giraldo, María Correa

Universidad CES - Clínica Las Américas, Medellín, Colombia
mariajcorrea12@gmail.com

Introducción. Se practicó una histerectomía radical por vía laparoscópica con vaciamiento pélvico y paraaórtico.

Objetivo. Se expone la técnica utilizada durante un vaciamiento pélvico y paraaórtico por laparoscopia por una patología oncológica.

Materiales y métodos. Se presenta una disección ganglionar pélvica y paraaórtica por laparoscopia en la Clínica Las Américas de Medellín.

Resultados. Se practica un vaciamiento pélvico y paraaórtico en un tiempo quirúrgico de 60 minutos, con una muestra satisfactoria para histopatología por disección de 28 ganglios. No se presentaron complicaciones y la paciente fue dada de alta al día siguiente.

Conclusión. Se demuestra la posibilidad de usar una técnica mínimamente invasiva, en un sitio quirúrgicamente difícil por la cantidad de estructuras vasculares, sus relaciones anatómicas y ubicación retroperitoneal; la disección ganglionar fue extensa y segura para pacientes oncológicos.

INFECCIONES

03-025

Manejo laparoscópico de peritonitis generalizada por apendicitis perforada en la Fundación Santa Fe de Bogotá

Anwar Abueta Medellín, María Rizo, Juan Hernández

Introducción. Actualmente, se ha comprobado la superioridad diagnóstica y terapéutica de la cirugía laparoscópica sobre la abierta para el manejo de la peritonitis. Hay mejores resultados en dolor posoperatorio, incidencia de infección de la herida quirúrgica, disminución de los abscesos intraabdominales, riesgo de hernias, reducción del tiempo de estancia hospitalaria y recuperación. Asimismo, se ha logrado establecer que la respuesta inflamatoria sistémica disminuye relevantemente con la técnica laparoscópica, por lo que se debe considerar como un tratamiento efectivo. Todavía existe el debate sobre su uso en peritonitis por el posible riesgo de que se produzca mayor diseminación bacteriana y dispersión de la peritonitis.

Objetivo. Mostrar que el manejo laparoscópico de la peritonitis generalizada por apendicitis perforada es una técnica efectiva para su tratamiento.

Materiales y métodos. Se evaluaron 15 pacientes entre el 1° de enero del 2011 y el 1° de mayo del 2012 y se escogió el video más representativo del manejo laparoscópico de la peritonitis generalizada por apendicitis perforada, mostrando las ventajas de esta técnica utilizada para el drenaje y el lavado de la cavidad abdominal.

Resultados. Todos los pacientes manejados con laparoscopia tuvieron menos tasas de complicaciones. No hubo mortalidad. Este

procedimiento es una opción para el manejo de los pacientes con peritonitis.

Conclusión. El manejo laparoscópico de la peritonitis generalizada por apendicitis perforada se considera una técnica que ofrece igual o mejores resultados que la técnica abierta, siendo segura y efectiva.

HERNIAS

03-004

Manejo laparoscópico de la hernia inguinal recurrente

Ricardo Villarreal, Manuel Mosquera, Akram Kadamanni, Gabriel Sánchez, Elkin Cabrera

Fundación Cardioinfantil, Bogotá, D.C., Colombia
elkincabreramd@hotmail.com

Introducción. El riesgo estimado de desarrollar una hernia inguinal es de 27 % en hombres y de 3 % en mujeres. La herniorrafia inguinal es uno de los procedimientos quirúrgicos con mayor frecuencia en la historia de la cirugía, con grandes cambios en los últimos dos siglos.

La reparación laparoscópica, introducida en la década de 1990, ha demostrado tener menores tasas de recurrencia, menos dolor posoperatorio, recuperación más rápida y mejores resultados estéticos. Tiene la ventaja, además, de evitar la disección a través del tejido cicatricial durante la corrección de hernias recurrentes, pudiéndose evaluar todo el orificio miopectíneo.

Objetivo. Presentar la herniorrafia preperitoneal transabdominal como una herramienta útil en la corrección de hernias inguinales recurrentes.

Materiales y métodos. Se describe el caso de un paciente de 60 años, con antecedentes de herniorrafia inguinal bilateral preperitoneal por hernias de tipo Nyhus IIIa, que presentó recidiva del lado izquierdo y requirió una nueva exploración inguinal por vía anterior en dos oportunidades.

Resultados. Mediante técnica preperitoneal transabdominal, se avanzaron un trocar umbilical de 10 mm y dos de 5 mm en ambos flancos. Una malla absorbible de baja densidad de 12 x 10 cm fue situada por detrás de los vasos epigástricos y elementos del cordón espermático, anclada mediante grapas (tackers) absorbibles a la rama isquiopúbica, ligamento de Cooper, músculo transverso, arco crural y malla previamente colocada. No hubo complicaciones en el posoperatorio ni en el seguimiento a seis meses.

Discusión y conclusiones. La herniorrafia laparoscópica ofrece una adecuada reparación de la hernia inguinal recidivante y permite la exploración inguinal del lado opuesto, con todas las ventajas del acceso mínimamente invasivo.

03-010

Herniorrafia preperitoneal transabdominal: trocarea de abordaje en posición usual

Andrés Hanssen, Carlos Luna, Ricardo Villarreal, Carlos Leal, Ernesto Villamizar

Universidad El Bosque, Bogotá, D.C., Colombia
kakaroto57a@hotmail.com

Introducción. La hernia inguinal es una de las enfermedades más frecuentes a que se ven enfrentados los cirujanos generales; por lo

tanto, es de vital importancia manejar adecuadamente cada una de las técnicas para su corrección.

Objetivo. Presentar una herniorrafia inguinal bilateral por vía laparoscópica con técnica preperitoneal transabdominal.

Materiales y métodos. Se muestra la herniorrafia preperitoneal transabdominal en un paciente masculino de 68 años de edad con hernia inguinal.

Resultados. Se logró una reparación adecuada de la hernia inguinal.

Conclusión. La reparación de la hernia bilateral o la recidiva después de una herniorrafia preperitoneal transabdominal, son una buena indicación, con una baja tasa de complicaciones y un aceptable posoperatorio, y con la posibilidad de una corta hospitalización.

03-016

Eventrorrafia con técnica in line and on line en un paciente con eventración gigante y ascitis

Ricardo Villarreal, Neil Valentine Vega, Carlos Luna, Carlos Leal, Ernesto Villamizar

Universidad El Bosque, Bogotá, D.C., Colombia
kalegipem@yahoo.es

Introducción. La eventración o hernia de la incisión es una importante complicación posoperatoria de las cirugías de la pared abdominal. La reparación quirúrgica de la eventración, o eventrorrafia, se vuelve de vital importancia para evitar la morbilidad, la limitación física y la laboral.

Objetivo. Mostrar la técnica in line y on line de eventrorrafia en un caso de complicación de cirugía abdominal.

Material y método. Se trata de un paciente de 57 años de edad de sexo masculino, con cirrosis hepática criptogénica, con eventración gigante y ascitis, quien se sometió a eventrorrafia con técnica in line y on line, para reparar el gran defecto de la pared abdominal que presentaba.

Resultados. La evolución posoperatoria fue satisfactoria y se logró la reparación total de la pared abdominal, con importante mejoría de la calidad de vida.

Conclusión. La eventración en un paciente con cirrosis hepática criptogénica con ascitis, podría ser una contraindicación para la eventrorrafia, pero se deben tener en cuenta las repercusiones en la calidad de vida que esta situación puede tener, en especial, en este caso con eventración gigante. Es indispensable sopesar los beneficios con las desventajas del procedimiento.

03-018

Herniorrafia totalmente extraperitoneal con trocarea en la línea media infraumbilical y disección sin balón del espacio preperitoneal

Andrés Hanssen, Carlos Luna, Ricardo Villarreal, Carlos Leal, Ernesto Villamizar

Universidad El Bosque, Bogotá, D.C., Colombia
kakaroto57a@hotmail.com

Introducción. La hernia inguinal es una de las enfermedades más frecuentes a las que se ven enfrentados los cirujanos generales. Por lo tanto, es de vital importancia manejar adecuadamente cada una de las técnicas para su corrección.

Objetivo. Presentar una herniorrafia inguinal bilateral por vía laparoscópica con trocares en la línea media con técnica totalmente extraperitoneal y sin balón.

Materiales y métodos. Se trata de un paciente masculino de 53 años de edad, con hernia inguinal derecha.

Resultados. Se logró la reparación adecuada del defecto herniario.

Conclusión. La ubicación de los trocares en la línea media infraumbilical, sin disección del espacio preperitoneal y sin balón, disminuye el tiempo quirúrgico y da buenos resultados por ser menos traumática. No se requiere incidir el espacio peritoneal.

03-020

Manejo por laparoscopia de la hernia de la incisión

Manuel Mosquera, Akram Kadamani, Gabriel Sánchez, Carlos Salgar
Fundación Cardioinfantil, Bogotá, D.C., Colombia
carlosunited79@hotmail.com

Introducción. La hernia de la incisión es una complicación frecuente de la cirugía abdominal y causa importante de morbilidad. A pesar de las múltiples descripciones de la técnica quirúrgica, no se ha estandarizado su manejo. Actualmente, se describen diferentes técnicas; las laparoscópicas son las que han mostrado las menores tasas de recidiva y la menor estancia hospitalaria posoperatoria y, por lo tanto, se sugieren como las más recomendables.

Objetivo. Informar un caso de tratamiento de la hernia de la incisión por laparoscopia.

Materiales y métodos. Se presenta una mujer de 64 años de edad, con obesidad y antecedentes de herniorrafia umbilical y dos cesáreas, que consultó por un cuadro clínico de protrusión de masa en el flanco derecho y la región periumbilical derecha. Se encontraron dos defectos, uno de 1,5 cm periumbilical derecho, y otro, de 4 cm en el flanco derecho a 3 cm del ombligo, ambos con contenido de epiplón en su interior.

Resultados. Mediante técnica laparoscópica, con incisiones para tres puertos ubicados en hipocondrio izquierdo, flanco izquierdo y mesogastrio paraumbilical izquierdo, se redujeron los defectos descritos mediante el uso de dispositivo *Ligasure*TM y se colocó una malla *Fisiomesh*TM a 5 cm distal hacia cada punto cardinal de los defectos, la cual se fijó a la pared abdominal con dispositivo *Secure Strap*TM. No hubo complicaciones durante el procedimiento y la evolución posoperatoria fue satisfactoria, por lo que se dio de alta.

Conclusión. La eventrorrafia con colocación de malla por laparoscopia es una técnica segura y reproducible para el manejo de las hernias de la incisión.

03-021

Hernioplastia supramesical por laparoscopia

Roosevelt Fajardo, Carlos Perdomo, Jorge Marulanda, Ángela Mariño
Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C., Colombia
pipeperdomocirujano@gmail.com

Objetivo. Mostrar el tratamiento quirúrgico por laparoscopia de un tipo de hernia de rara presentación, con énfasis en la anatomía regional.

Materiales y métodos. Se presenta un paciente adulto mayor con múltiples enfermedades concomitantes y antecedentes de prostatecto-

mía, que presentaba una hernia supramesical sintomática. Se expone la disección completa por laparoscopia del espacio de Retzius y la fijación a los ligamentos de Cooper de una malla de polipropileno con recubrimiento de colágeno.

Resultados. Se discute el manejo laparoscópico de esta rara enfermedad.

Conclusión. Como se describe en la literatura médica y se ilustra en el video, hay clara factibilidad para el manejo laparoscópico de hernias poco frecuentes.

03-042

Hernia inguinal encarcelada: reparo laparoscópico preperitoneal transabdominal

Andrés Muñoz, Mauricio Basto, Hedda Uribe
Clínica del Country, Bogotá, D.C., Colombia
munozmora1@hotmail.com

Introducción. El manejo ideal de la hernia encarcelada es por abordaje laparoscópico. Consideramos indicado el abordaje transabdominal con el fin de descartar y manejar el compromiso por isquemia de aquellas estructuras incluidas en la hernia.

Objetivo. Ilustrar la técnica preperitoneal transabdominal (TAPP) en el manejo de la hernia encarcelada compleja.

Materiales y métodos. Se presentan dos casos de hernia inguinal encarcelada. El primero de ellos tenía el apéndice encarcelado e inflamado. En el segundo, se comprometía todo el epiplón en una hernia inguinal escrotal gigante.

Resultados. Este tratamiento del contenido herniario así como del defecto, es adecuado y técnicamente factible en manos de cirujanos con entrenamiento.

Conclusión. El abordaje de elección para la hernia inguinal encarcelada es laparoscópico por vía transabdominal preperitoneal. Se requiere de suficiente entrenamiento para la resolución adecuada y completa de esta enfermedad.

03-052

Corrección de hernia ventral por laparoscopia

David González, Óscar Henao, Carlos Morales
Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia
dagokool@gmail.com

Introducción. Las hernias traumáticas del abdomen son entidades poco frecuentes, en especial, las hernias de la pared anterior. Su manejo es muy variable pero, en general, sigue los principios del reparo de hernias ventrales de otras etiologías. Se presenta el caso de un paciente con una hernia traumática de la pared anterior del abdomen que fue llevado a corrección laparoscópica con malla.

Objetivo. Mostrar el tratamiento quirúrgico por laparoscopia que aplicamos a un paciente con hernia traumática del abdomen, de presentación tardía.

Materiales y métodos. Se presenta el video tomado en cirugía de un paciente con hernia ventral traumática de diagnóstico tardío.

Resultados. El paciente con hernia ventral traumática diagnosticada tardíamente, fue sometido a cirugía electiva, haciéndose el reparo laparoscópico con malla intraperitoneal, con fijación de suturas

transfaciales y grapas (*tackers*) con técnica de doble corona. Se obtuvo un buen resultado, sin evidencia de recidiva ni complicaciones en el posoperatorio.

Conclusión. El reparo de la hernia ventral traumática por laparoscopia es una opción quirúrgica posible; la técnica y los materiales no son diferentes a los de las hernias ventrales de otras etiologías. No es muy común en nuestro medio la cirugía de hernia por laparoscopia y son pocos los casos reportados en la literatura científica de esta estrategia, motivo por el cual este caso es ilustrativo e importante.

03-055

Técnica de separación de componentes para corrección de eventración gigante

José García, Carlos Calle, Katherine Ortegón, María Correa, Lina Giraldo

Clínica Las Américas - Universidad CES, Medellín, Colombia
mariajcorrea12@gmail.com

Introducción. Se usa la con técnica de separación de componentes para la corrección quirúrgica de una eventración gigante.

Objetivo. Presentar la corrección quirúrgica de una eventración gigante, sin materiales protésicos y con técnica de separación de componentes.

Material y método. Se trata de un paciente masculino de 11 años de edad con antecedentes de trauma cerrado de abdomen, laparotomía exploradora, drenaje de hemoperitoneo y esplenectomía. Presentaba una hernia gigante de la incisión.

Resultados. Se utilizó la técnica de separación de componentes para la corrección quirúrgica de una eventración gigante. El procedimiento fue exitoso y se llevó a cabo en un tiempo quirúrgico de 90 minutos. El paciente fue dado de alta al siguiente día, sin complicaciones.

Conclusión. La técnica de separación de componentes es práctica, útil y segura para el manejo de eventraciones gigantes; evita el uso de mallas y sus complicaciones a largo plazo.

03-056

Corrección laparoscópica de hernia de Morgagni-Larrey con malla separadora de tejidos

Sergio Díaz, María Arroyave, María Correa

Universidad CES, Medellín, Colombia
mariajcorrea12@gmail.com

Introducción. Se muestra la corrección de una hernia de Morgagni-Larrey por laparoscopia.

Objetivo. Presentar el caso de una paciente con hernia diafragmática de Morgagni a quien se le practicó la corrección de la misma con una técnica mínimamente invasiva.

Materiales y métodos. Se trata de un paciente de sexo femenino de 34 años de edad en quien se encontró una hernia diafragmática anterior izquierda al ligamento falciforme, con todo el epiplón en su interior, durante una colecistectomía laparoscópica. Mediante una tomografía axial computadorizada se confirmó el diagnóstico de hernia de Morgagni-Larrey, por lo cual fue remitida y programada para un segundo tiempo quirúrgico para herniorrafia por laparoscopia.

Resultados. El procedimiento quirúrgico se llevó a cabo sin complicaciones, en un tiempo operatorio de 20 minutos. La paciente

fue dada de alta al día siguiente y ha continuado evolucionando en forma satisfactoria.

Conclusión. La hernia de Morgagni-Larrey es una enfermedad poco frecuente (2 % de hernias diafragmáticas) y, generalmente, es asintomática, por lo que su hallazgo es incidental en los adultos. La laparoscopia es una técnica útil, práctica y segura para el tratamiento de las hernias diafragmáticas de diferentes tipos.

03-057

Manejo laparoscópico con malla de hernia de Morgagni

Alexander Obando, Juan Gómez, Verónica Acevedo, Diego Palacio

Universidad CES - Hospital Manuel Uribe Ángel, Medellín, Colombia
veroacevedo@hotmail.com

Introducción. La hernia de Morgagni, un tipo poco común de hernia diafragmática congénita, suele manifestarse en la niñez y su presentación es poco frecuente en la edad adulta. En ocasiones, puede tener una evolución silente o con sintomatología inespecífica y encontrarse como hallazgo incidental durante el estudio de otras condiciones. Entre las opciones terapéuticas, se ha descrito la corrección de la hernia por vía laparoscópica, encontrándose escasos reportes en la literatura científica por su incidencia.

Objetivo. Presentar una paciente de 77 años de edad con cuadros repetitivos de sintomatología respiratoria, los cuales habían sido tratados como neumonía recurrente, en quien se diagnosticó una hernia de Morgagni y se hizo su corrección por vía laparoscópica.

Materiales y métodos. Se muestra la corrección quirúrgica con malla de una hernia de Morgagni por vía laparoscópica; puede apreciarse el abordaje y la técnica quirúrgica utilizada.

Resultados. Se presenta la corrección de una hernia de Morgagni por vía laparoscópica, con buenos resultados, sin complicaciones evidenciadas de forma intraoperatoria ni en el posoperatorio temprano.

Conclusión. La hernia de Morgagni es un hallazgo infrecuente en la edad adulta, pero cuando se diagnostica, una de las opciones terapéuticas es la corrección quirúrgica con malla por vía laparoscópica, con buenos resultados clínicos.

03-066

Extracción de dispositivo intrauterino por laparoscopia

Adriana Córdoba, Juan Camilo Ramírez, Sergio Parra, Jaison Rodríguez

Hospital de San José, Bogotá, Colombia
jacssonrm@hotmail.com

Introducción. La perforación del colon sigmoidees o la vejiga, secundaria a la colocación del dispositivo intrauterino es poco común. En la literatura científica mundial se reporta una frecuencia de perforación de 0,9 por cada 1.000 a 20.000 inserciones. La perforación del intestino grueso se estima en el orden de una de cada 350 a 2.600 perforaciones. Dicha complicación se puede presentarse debido a varios factores, como la posición y dirección del útero, la falta de seguimiento y la inexperiencia de quien realiza el procedimiento.

Objetivo. Presentar un caso tratado en el Hospital de San José.

Materiales y métodos. Se trata de una paciente de 24 años remitida del Servicio de Ginecología por presencia de dispositivo intraute-

rino en la cavidad abdominal, hallazgo incidental detectado en una radiografía de la cadera. El dispositivo fue colocado seis años antes. Se la practicó una laparoscopia diagnóstica por parte de ginecología, en la que se encontró el dispositivo adherido a la pared del colon sigmoides y al trigono vesical.

Resultado. Se llevó a cabo un procedimiento de liberación de adherencias, movilización y retiro del dispositivo, y sutura del colon sigmoides y la vejiga.

Conclusión. La perforación de vísceras huecas secundaria a dispositivos intrauterinos es una complicación rara. Es necesaria la extracción del mismo una vez se identifique la complicación, debido a la gran reacción inflamatoria y a la probabilidad de formación de adherencias que pueden ser causa de obstrucción o perforación intestinal. Una de las opciones de manejo es la cirugía laparoscópica con las ventajas inherentes a este acceso quirúrgico.

OTROS

03-048

Púrpura trombocitopénica idiopática recurrente, manejo laparoscópico de bazo accesorio

Guillermo Aldana, Fanny Acero, John Flechas

Fundación Universitaria Ciencias de la Salud - Hospital San José, Bogotá, D.C., Colombia

cx_general@hospitaldesanjose.org.co

Introducción. En pacientes con púrpura trombocitopénica recurrente o crónica, con antecedentes de esplenectomía abierta, la incidencia de presencia de bazos accesorios es de 20 a 35 %. Presentan síntomas y trombocitopenia persistente, aun con tratamiento médico concomitante. Se plantea la opción de tratamiento quirúrgico; actualmente, con el advenimiento de nuevas tecnologías, la técnica mínimamente invasiva para este tipo de enfermedades es una opción en estos pacientes.

Objetivo. Reportar un caso clínico de púrpura trombocitopénica recurrente, secundario a la presencia de un bazo accesorio, y su manejo por vía laparoscópica.

Material y método. Se trata de un paciente de 25 años con antecedentes de púrpura trombocitopénica idiopática y esplenectomía abierta a los 14 años, que presentaba aún síntomas clínicos y alteraciones de laboratorio, con trombocitopenia persistente a pesar del tratamiento con corticoides. El Servicio de Hematología practicó tomografía axial abdominal con contraste y se observó un bazo accesorio relacionado con la cola del páncreas y el polo superior del riñón izquierdo.

Resultados. El paciente se sometió a resección de bazo accesorio por laparoscopia. Se encontró un bazo accesorio de 3 x 3 cm, en estrecha relación con la cola del páncreas y el polo superior del riñón izquierdo. La evolución fue satisfactoria, sin evidencia de sangrado durante la cirugía ni después de ella. El recuento de plaquetas fue adecuado y se dio salida al tercer día posoperatorio, con controles por parte del Servicio de Hematología.

Conclusión. El manejo inicial es conservador en la mayoría de los casos. Sin embargo, hay casos en los que el tratamiento es quirúrgico. La cirugía abierta había permanecido como el tratamiento ideal. No obstante, con el advenimiento y los avances de la laparoscopia, se ha convertido en una alternativa para el manejo de esta condición.

03-054

Nefrectomía por retroperitoneoscopia

José García, María Correa, Katherin Ortegón, Ricardo Londoño

Clínica Las Américas - Universidad CES, Medellín, Colombia

mariajcorrea12@gmail.com

Introducción. Se presenta una nefrectomía por retroperitoneoscopia.

Objetivo. Presentar el caso de un paciente con nefropatía izquierda y megauréter, a quien se le practicó nefrectomía por retroperitoneoscopia con técnica mínimamente invasiva.

Materiales y métodos. Se trata de un paciente masculino de 11 años de edad con diagnóstico de nefropatía izquierda secundaria a un megauréter. La última gammagrafía con ácido dimercaptosuccínico (DMSA) mostró 8 % de función renal en el riñón izquierdo.

Resultados. El procedimiento se llevó a cabo sin complicaciones, en un tiempo quirúrgico de 80 minutos. El paciente fue dado de alta al primer día posquirúrgico, con excelente evolución posoperatoria.

Conclusión. La nefrectomía por retroperitoneoscopia es una técnica eficaz y segura para la práctica de nefrectomías mínimamente invasivas.

03-065

Extracción de dispositivo intrauterino por laparoscopia

Adriana Córdoba, Juan Camilo Ramírez, Sergio Parra, Jaison

Rodríguez

Hospital de San José, Bogotá, Colombia

jacssonrm@hotmail.com

Introducción. La perforación del colon sigmoides o la vejiga, secundaria a la colocación del dispositivo intrauterino es poco común. En la literatura científica mundial se reporta una frecuencia de perforación de 0,9 por cada 1.000 a 20.000 inserciones. La perforación del intestino grueso se estima en el orden de una de cada 350 a 2.600 perforaciones. Dicha complicación se puede presentarse debido a varios factores, como la posición y dirección del útero, la falta de seguimiento y la inexperiencia de quien realiza el procedimiento.

Objetivo. Presentar un caso tratado en el Hospital de San José.

Materiales y métodos. Se trata de una paciente de 24 años remitida del Servicio de Ginecología por presencia de dispositivo intrauterino en la cavidad abdominal, hallazgo incidental detectado en una radiografía de la cadera. El dispositivo fue colocado seis años antes. Se la practicó una laparoscopia diagnóstica por parte de ginecología, en la que se encontró el dispositivo adherido a la pared del colon sigmoides y al trigono vesical.

Resultado. Se llevó a cabo un procedimiento de liberación de adherencias, movilización y retiro del dispositivo, y sutura del colon sigmoides y la vejiga.

Conclusión. La perforación de vísceras huecas secundaria a dispositivos intrauterinos es una complicación rara. Es necesaria la extracción del mismo una vez se identifique la complicación, debido a la gran reacción inflamatoria y a la probabilidad de formación de adherencias que pueden ser causa de obstrucción o perforación intestinal. Una de las opciones de manejo es la cirugía laparoscópica con las ventajas inherentes a este acceso quirúrgico.



PÓSTERES

CABEZA Y CUELLO

04-004

Carcinoma de paratiroides

Diana Currea, Mónica Torres

Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia

mptorresd@gmail.com

Introducción. El cáncer de paratiroides es una entidad rara. El diagnóstico clínico es difícil y la histopatología es definitiva. Los casos reportados en la literatura científica son pocos. Un diagnóstico temprano es importante. La cirugía debe ser radical.

Objetivo. Presentar dos casos de carcinoma paratiroideo manejados en nuestra institución en el 2011 y relacionar lo encontrado con lo descrito en la literatura científica, en cuanto a signos y síntomas, hallazgos quirúrgicos, seguimiento y supervivencia.

Materiales y métodos. Se presentan dos casos de carcinoma paratiroideo, en forma de póster.

Resultados. Caso 1. Se trata de un hombre de 73 años, asintomático, con antecedentes de falla renal crónica, con calcio sérico de 8,5 mg/dl con paratohormona (PTH) de 1.084 pg/ml. La gammagrafía indicaba un adenoma paratiroideo inferior derecho. Se sometió a cirugía. La histopatología demostró un carcinoma paratiroideo. El paciente se encuentra en seguimiento. Actualmente, se encuentra asintomático y sin evidencia de recurrencia de la enfermedad.

Caso 2. Se trata de un hombre de 50 años, con antecedente de osteoporosis. El calcio sérico fue de 11,3 mg/dl y, la PTH, de 1.469,2 pg/ml. La gammagrafía indicaba un adenoma paratiroideo inferior derecho. Se sometió a cirugía. La histopatología demostró un carcinoma paratiroideo. El paciente se encuentra en seguimiento con niveles de paratohormona y calcio dentro de límites normales, sin evidencia de recurrencia de la enfermedad.

Conclusión. A pesar de la baja incidencia del carcinoma de paratiroides y dado que la resección quirúrgica ofrece el único tratamiento curativo, la cirugía inicial puede ser el factor determinante de la supervivencia. Es importante un alto índice de sospecha de carcinoma, tanto en el examen clínico como durante la operación.

TÓRAX

04-005

Simpatectomía en un paciente con síndrome de Raynaud

Fabio Sánchez, Andrés Jiménez, Juan Varón, Gerardo García

Universidad del Valle, Hospital Universitario Fundación Santa Fe, Cali, Colombia

www.cirurgiaunivalle.edu.co

Introducción. Los pacientes con síndrome de Raynaud se pueden beneficiar al ser sometidos a simpatectomía. Cuando está bien indicada, mejora la sintomatología del paciente.

Objetivo. Valorar la respuesta clínica a la simpatectomía en un paciente con síndrome de Raynaud secundario.

Materiales y métodos. Se presenta un caso de un paciente de sexo masculino operado en la Fundación Santa Fe de Bogotá por un síndrome de Raynaud secundario, con importante sintomatología de cianosis e isquemia distal de los falanges distales, con un área de necrosis que no remitió con el manejo médico establecido.

Resultados. Después del tratamiento quirúrgico de simpatectomía se observó mejoría clínica del dolor y limitación de la zona de necrosis en los dedos; posteriormente, se amputó el área que no mejoró.

Conclusión. La simpatectomía es poco frecuente en el tratamiento del síndrome de Raynaud; cuando está indicada se puede mejorar bastante la sintomatología del paciente.

04-008

Hemoneumotórax espontáneo: reporte de un caso

María Medina, Douglas Ortiz, Viviana Parra

Hospital Universitario Clínica San Rafael - Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, D.C., Colombia

andremed2@yahoo.com

Introducción. De los casos de neumotórax espontáneo, de 0,5 a 12 % corresponden a hemoneumotórax espontáneo, el cual se presenta predominantemente en hombres y en edades tempranas con una media de 19,5 años. Son varias las hipótesis sobre su etiología; sin embargo, el diagnóstico oportuno y las opciones terapéuticas, como la toracostomía cerrada, la toracotomía abierta con ligadura de vasos aberrantes y la toracosopia, son los pilares para un desenlace exitoso.

Objetivo. Exponer el caso de un paciente joven con un primer episodio de hemoneumotórax espontáneo.

Materiales y métodos. Se expone el caso de un paciente de 20 años de edad con cuadro clínico de 24 horas de dolor pleurítico en el hemitórax izquierdo y disnea de inicio súbito y progresivo, que negaba enfáticamente trauma en tórax u otra región corporal. Al ingreso, se encontraba pálido, taquicárdico, con tensión arterial en límites normales, sin signos de trauma en tórax y con hipoventilación en los dos tercios inferiores del hemitórax izquierdo. La radiografía de tórax mostró signos de hidroneumotorax izquierdo.

Resultados. Se sometió a toracostomía cerrada izquierda y se encontró hemoneumotórax de 800 ml al paso del tubo y burbujeo. La tomografía axial computadorizada de tórax no demostró compromiso parenquimatoso pulmonar y se observó un neumotórax residual de menos de 10 %. La evolución fue satisfactoria, con disminución progresiva del drenaje, por lo cual se retiró el tubo de tórax y se dio de alta para continuar seguimiento por el servicio de cirugía de tórax.

Conclusión. El hemoneumotórax espontáneo es poco frecuente en nuestro medio. Sin embargo, su forma de presentación, el examen físico y los estudios imaginológicos, nos ayudan para que su desenlace no sea fatal, siempre y cuando se haga el tratamiento quirúrgico oportuno y apropiadamente.

04-016

Abordaje de clamshell, una opción para tumores del mediastino anterior

Juan Camilo Ramírez, Juan P. Molina

Hospital de San José, Bogotá, D.C., Colombia

juanitocirujano@hotmail.com

Introducción. Los tumores gigantes del mediastino anterior, en especial el timoma, presentan un reto quirúrgico, dada la complejidad de las resecciones y por estar frecuentemente adheridos a estructuras vitales, como pericardio, pulmón y grandes vasos. Teniendo en cuenta lo anterior, se expone el abordaje de *clamshell* como una buena opción quirúrgica, la cual ofrece la posibilidad del control de las estructuras vasculares, así como una resección más precisa y segura.

Objetivo. Analizar y describir la técnica quirúrgica de la resección de un timoma gigante de mediastino anterior, mediante abordaje de *clamshell*.

Materiales y métodos. Se presenta un paciente de 60 años con un timoma gigante de mediastino anterior, clasificación B2 de la Organización Mundial de la Salud, el cual producía compresión sobre las cámaras cardíacas, sin compromiso circulatorio, tratado en el Hospital de San José en mayo de 2012.

Resultados. Se utilizó el abordaje de *clamshell*, sin complicaciones y con una adecuada evolución, en términos de dolor posoperatorio, patrón respiratorio y ausencia de morbilidad. Los tubos de toracostomía se retiraron al segundo día y fue dado de alta al quinto día.

Conclusión. La incisión de *clamshell* se considera una adecuada opción de abordaje, en el tratamiento de tumores gigantes del mediastino anterior. Ofrece la posibilidad del control de las estructuras vasculares, así como una resección precisa y segura de la masa.

GASTROINTESTINAL

04-001

Quiste retroperitoneal de Müller: reporte de un caso

Carlos Zapata, Jorge Ramírez

Hospital Universitario de La Samaritana - Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C., Colombia

jorgeramirezpereira@hotmail.com

Introducción. Los quistes retroperitoneales son lesiones raras. La incidencia de quistes retroperitoneales es de 1 en 100.000 pacientes. Los quistes del conducto de Müller pueden resultar en una regresión anormal del sistema de Müller.

Se presenta el caso de un quiste retroperitoneal benigno con epitelio de Müller, resecado en nuestra institución.

Objetivo. Reportar el caso de un tumor retroperitoneal de baja incidencia en el mundo.

Materiales y métodos. Se presenta un caso manejado en nuestra institución. Se trata de una paciente de 40 años con cuadro clínico de tres meses de dolor y distensión abdominal. Se practicó tomografía axial computarizada de abdomen que reportó un quiste retroperitoneal. Fue valorada por nuestro grupo y se llevó a laparotomía exploratoria. Se evidenció un quiste gigante en el retroperitoneo, situado detrás del mesenterio del ángulo hepático del colon. Se realizó una maniobra de Cattel-Brasch y el quiste fue movilizado y retirado, sin ninguna complicación.

Resultados. Se recibe el reporte oficial del estudio histopatológico, que informó una masa quística a tensión, tapizada por epitelio de Müller con cambios compresivos.

Conclusión. El objetivo principal de la cirugía es retirar todo el quiste, con el menor daño posible a las estructuras vecinas. De no ser posible, se deben resecar en bloque las estructuras comprometidas y, si no es posible técnicamente, se puede plantear la “marsupialización” externa, el drenaje interno o ambos. Esto puede conllevar a una importante elevación de la morbilidad y el riesgo de recidiva.

04-002

Hidronefrosis gigante como causa de abdomen agudo: segundo caso reportado en la literatura científica mundial

Jaime Demner, Jorge Ramírez

Hospital Universitario de La Samaritana - Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C., Colombia

jorgeramirezpereira@hotmail.com

Introducción. La hidronefrosis gigante se ha descrito en varios reportes de caso en la literatura científica como causa de obstrucción intestinal. Se presenta el caso de una paciente que acudió a nuestro servicio con abdomen agudo.

Objetivo. Reportar el caso de una causa de obstrucción intestinal, muy rara en el mundo.

Materiales y métodos. Se trata de una paciente de 50 años con antecedentes de pielonefrosis derecha, que acudió al servicio de urgencias del Hospital Universitario de La Samaritana, por un cuadro clínico tres 3 días de vómito incoercible, distensión y dolor abdominal. Al ingreso, se inició el manejo primario y se practicaron estudios imagenológicos. Fue llevada a cirugía de urgencia, donde se encontró una masa retroperitoneal dependiente de la pelvis renal derecha, sin plano de clivaje y con importante adherencia a las estructuras intestinales proximales (yeyuno) y vasculares (vena cava inferior). Se decidió practicar una nefrectomía derecha radical, con disección de la gerota y disección vascular. Se dio egreso hospitalario a los siete días.

Resultados. El reporte oficial del estudio histopatológico informó pielonefrosis con inflamación mixta de la gerota, sin evidencia de neoplasia maligna.

Conclusión. La hidronefrosis gigante es una condición rara, de la cual solo se ha informado un caso en la literatura científica, el cual produjo obstrucción intestinal, sin ruptura del sistema colector. Se presenta este caso, que sería el segundo reportado de obstrucción intestinal por hidronefrosis gigante, con sobreinfección y sin ruptura.

04-003

Pólipo fibroide intestinal: noveno caso reportado en la literatura científica mundial

Jaime Demner, Jorge Ramírez

Hospital Universitario de La Samaritana - Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C., Colombia

jorgeramirezpereira@hotmail.com

Introducción. La invaginación intestinal es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal en adultos y, particularmente, en la población geriátrica. La cirugía es la única opción terapéutica en esta entidad. Se presenta un caso muy poco frecuente de invaginación intestinal por enfermedad benigna.

Objetivo. Reportar un caso de intususcepción, muy raro en el mundo.

Materiales y métodos. Se trata de un paciente de 69 años sin antecedentes relevantes, que consultó por un cuadro clínico de cuatro días de vómito, ausencia de deposiciones y distensión abdominal. Consultó a una IPS primaria donde lo trataron con hidratación intravenosa, analgesia y sonda nasogástrica, durante cuatro días. Fue remitido a nuestra institución y, dados los hallazgos clínicos y radiológicos, se decidió someterlo a laparotomía exploratoria. Se encontró una intususcepción yeyuno-yeyunal a 120 cm del ligamento de Treitz. Se hizo resección y anastomosis latero-lateral.

Resultados. El reporte oficial del estudio histopatológico informó un pólipo fibroide en el yeyuno.

Conclusión. La intususcepción intestinal en los adultos es una entidad poco frecuente. El diagnóstico de esta condición puede ser difícil cuando no se trata de una urgencia quirúrgica. La tomografía axial computadorizada de abdomen es el estudio recomendado. El tratamiento es quirúrgico y requiere la resección del segmento intestinal involucrado. Se han descrito 20 casos de pólipos fibroides intestinales en el yeyuno en la literatura científica mundial y, de estos, tan solo ocho causaron intususcepción. Se reporta el noveno caso literatura nivel mundial. No se conoce potencial maligno para estas lesiones.

CIRUGÍA BARIÁTRICA

04-009

Manga gástrica laparoscópica con abordaje por cuatro puertos: experiencia inicial

Germán Rengifo, Johan Carvajal

Hospital Federico Lleras Acosta, Ibagué, Colombia
garengifo@yahoo.com

Introducción. El abordaje por cuatro puertos para la manga gástrica laparoscópica, es una técnica segura y eficaz.

Objetivo. Estudio descriptivo observacional, de tipo cohorte prospectiva, de una serie de casos, desde septiembre 2009 a diciembre de 2011, en el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué.

Materiales y métodos. Se recolectó información de datos demográficos, clínicos y quirúrgicos de todos los pacientes incluidos. Se diseñó una base de datos en el programa Excel® (Microsoft Corp). Para el análisis estadístico, las variables continuas se expresaron en promedio y desviaciones estándar y, las variables categóricas, en frecuencias y porcentajes. Las comparaciones entre grupos se hicieron con la prueba de ji al cuadrado, según el tipo de variable. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo. El análisis se hizo con SSPS®, versión 9.0.

Resultados. De 150 casos, 80 % (120) eran mujeres y 20 % (30) hombres. El promedio de edad fue de 41 años, con rango de 23 a 69 años.

El promedio del índice de masa corporal fue 49 kg/m² (38 a 61 kg/m²), del diámetro de la cintura, 138 cm (99 a 186cm) y de la talla, 1,68 metros (1,52 a 1,77). Las enfermedades concomitantes mayores fueron: diabetes mellitus, 10 % (15), síndrome de hipoventilación por obesidad, 2,5 % (4), síndrome de apnea del sueño, 2,5 % (4), hipertensión arterial, 15 % (22), enfermedad cardiovascular, 10 % (15), artropatía, 10 % (15); y las menores: dislipidemia, 2,5 % (4), reflujo gastroesofágico, 2,5 % (4), colelitiasis, 2,5 % (4), hígado graso 100 % (150), y ovario poliquístico, 2,5 % (4).

En cuanto a calidad de vida, se encontró: baja autoestima, 100 % (150), higiene personal disminuida, 50 % (75), aislamiento, 25 % (37), dificultades laborales, 25 % (37), dificultades sexuales, 50 % (75), actividades de tiempo libre, 2,5 % (4). La duración promedio de los procedimientos fue de 60 minutos.

No hubo conversión a técnica abierta (0 %) y hubo: 2 % de reintervenciones, drenaje de absceso subfrénico izquierdo tardío (3), transfusiones (2), necesidad de cuidado crítico (2), necesidad de cirugías asociadas (19), colecistectomía (1), liberación de adherencias (3), herniorrafia diafragmática (15). Los eventos adversos tempranos fueron: hematoma de pared (1), hemorragia digestiva alta (1) e insuficiencia respiratoria aguda (1); hubo uno tardío, de colección subfrénica izquierda (1).

La estancia hospitalaria promedio fue 24 horas. No hubo mortalidad y todos los pacientes se siguieron (6-27 meses). Según el puntaje BAROS (*Bariatric Analysis and Reporting Outcome System*) falló 1,3% (2); regular, 1,3% (2); bueno, 10% (15); muy buena 37,5% (56), y excelente, 50% (75).

Conclusión. El abordaje por cuatro puertos para la manga gástrica laparoscópica es una estrategia segura y eficaz.

COLON Y RECTO

04-006

Apendectomía por monopuerto, como manejo del plastrón apendicular

Andrés Felipe Salazar, Julian Gómez

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

Introducción. El manejo actual del plastrón apendicular ha pasado de la cirugía abierta al manejo laparoscópico, con beneficios claros como son la disminución de la estancia hospitalaria y la infección del sitio operatorio, además del obvio resultado estético. La laparoscopia es una herramienta vital en el arsenal terapéutico del cirujano. Actualmente, se cuenta con escasa literatura científica nacional sobre el tema.

Objetivo. Describir un caso de apendicectomía laparoscópica por monopuerto umbilical, a través de un guante quirúrgico.

Materiales y métodos. Se expone una modificación de la técnica clásica de apendicetomía laparoscópica con un separador *Alexis*®, un guante quirúrgico y pinza *Ligasure Atlas*®.

Resultados. Se logró la resolución exitosa del un plastrón apendicular por vía transumbilical, con evolución adecuada de la paciente, lográndose reproducir de manera satisfactoria la técnica descrita en la literatura científica mediante un monopuerto con un guante quirúrgico.

Conclusión. La laparoscopia actualmente es el método estándar para varios procedimientos laparoscópicos. Es una herramienta de vital aprendizaje para el cirujano moderno; con el advenimiento de las nuevas tecnologías y mayor asequibilidad, está convirtiéndose en una necesidad. Tiene ventajas indiscutibles con respecto a la estancia hospitalaria, infección del sitio operatorio y disminución del tiempo quirúrgico. Consideramos que es una opción quirúrgica segura y reproducible en nuestro medio, como una alternativa para

el manejo de la apendicitis, la cual es la condición quirúrgica más prevalente en nuestro medio.

04-007

Inercia del colon: desafío diagnóstico y terapéutico

Viviana Parra, María Medina, Carlos González, Douglas Ortiz
Hospital Universitario Clínica San Rafael - Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, D.C., Colombia
vivi_850@hotmail.com

Introducción. Existe una gran variedad de condiciones que pueden causar enlentecimiento de la actividad del colon. Algunos medicamentos y enfermedades sistémicas también pueden lentificar la función de los nervios y músculos intrínsecos del colon, dando lugar a un estreñimiento grave. Sin embargo, algunos individuos desarrollan inercia del colon sin causa identificable, por lo cual es llamada idiopática.

Objetivo. Exponer un caso clínico de inercia del colon atendido en el Hospital Universitario Clínica San Rafael y revisar la literatura científica.

Materiales y métodos. Se trata de una mujer de 29 años que consultó en múltiples ocasiones por ausencia de deposiciones, distensión y cólico abdominal. Como único antecedente, presentaba hipotiroidismo. Se descartó obstrucción intestinal y se hicieron múltiples estudios previos al diagnóstico de inercia del colon.

Resultados. Después de hacer el diagnóstico, se inició el tratamiento médico con modificaciones en la dieta, procinéticos, catárticos e incremento en la dosis de hormona tiroidea, con lo cual se presentó mejoría del cuadro clínico hasta la actualidad.

Conclusión. La inercia del colon es una entidad frecuente que representa un desafío para el personal médico, dado que en ocasiones es olvidado o desconocido. Debe tenerse en cuenta en pacientes que presenten un cuadro clínico de estreñimiento de larga data. Su tratamiento debe ser individualizado y, en ocasiones, es necesaria la resección quirúrgica, cuando el manejo médico fracasa.

04-015

Cecosigmoidostomía con preservación de la válvula ileocecal

Andrés Falla, Natalia Reynosa, Alejandro Quintero, Jaime Rey, William Sánchez
Hospital Militar Central, Bogotá, D.C., Colombia
sanchez.william@cable.net.co

Introducción. En las resecciones masivas de colon es vital la preservación de la válvula ileocecal para tratar de mitigar el síndrome de déficit de absorción de líquidos, lo cual permite una mejor funcionalidad y calidad de vida del paciente, sin tener que recurrir a cirugías con conformación de reservorios intestinales.

Objetivo. Describir la técnica quirúrgica con anastomosis de ciego a sigmoides a través del orificio apendicular con la preservación de la válvula ileocecal, como alternativa en pacientes con colectomías extensas.

Resultados. Caso I. Se trata de un hombre de 27 años, que sufrió una herida abdominal por arma de fuego en combate, con lesión hepática de grado II, gástrica de grado I, renal izquierda de grado V, de yeyuno de grado II y, en el colon sobre ángulo hepático, transversal

y descendente, de grado IV; con ISS (*Injury severity score*) de 18. Inicialmente, se practicó hepato-gastrorrafia, nefrectomía izquierda, sutura de yeyuno y colectomía con colostomía; el abdomen lo dejaron abierto y cerró por segunda intención.

Después de dos intentos fallidos de cierre de la colostomía en otra institución, ingresó al programa de recuperación nutricional y se sometió a cirugía encontrándose “remanente sigmoideo de 15 cm, colostomía a expensas del ciego y fístula mucosa sobre el descendente”. Se hizo una colectomía residual segmentaria y anastomosis del ciego a través del orificio apendicular a la pared anterior del colon sigmoides con sutura mecánica circular (Covidien EEA-25), y se cerró el muñón cecal con sutura mecánica lineal cortante (Ethicon Endo-Surgery GIA 80 x 4,8 mm); se reconstruyó la pared abdominal en el mismo tiempo quirúrgico, con malla recubierta con carboximetilcelulosa oxidada.

La evolución es adecuada a los seis meses, con 2 a 3 deposiciones diarias y sin urgencia para defecar.

Conclusión. La técnica descrita es una buena alternativa quirúrgica y se debe considerar aun en segmentos residuales del ciego, para no sacrificar la válvula ileocecal y permitir una buena calidad de vida, al evitar los síntomas por déficit de absorción en el colon.

VASCULAR

04-010

Aneurisma de arteria poplítea

Javier Delgado, Alberto Muñoz
Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C., Colombia
javidelgado2002@hotmail.com

Introducción. La arteria poplítea es la localización más frecuente de los aneurismas de las arterias periféricas; es poco común, aunque es el segundo en frecuencia después del aneurisma de aorta abdominal. Corresponde a 70 % de los aneurismas periféricos y su presencia indica presencia de aneurismas en otros territorios, principalmente, en la arteria poplítea del lado contrario, la femoral, la iliaca y la aorta abdominal. Generalmente, se presenta en hombres mayores de 65 años que padecen de enfermedades concomitantes, como hipertensión arterial, enfermedad coronaria, dislipidemia y tabaquismo. En la mayoría de los casos, se diagnostica en pacientes sintomáticos, principalmente aquellos con complicaciones por tromboembolia. La cirugía abierta sigue siendo el tratamiento de elección y está indicada para aneurismas sintomáticos de la arteria poplítea, aneurismas asintomáticos con más de 2 cm de diámetro y aneurismas con trombo en su interior.

Objetivo. Se revisa la literatura científica hasta el 2012 y se presentan dos casos manejados por el servicio.

Materiales y métodos. Se presentan dos casos de aneurisma poplíteo, diagnosticados y sometidos a cirugía abierta en el Servicio de Cirugía Vascular, con buenos resultados en el periodo posoperatorio temprano y tardío.

Conclusión. La información sobre este tema aún es limitada, con solo reporte de casos, series de casos y un pequeño estudio de asignación aleatoria. La cirugía abierta se mantiene como el tratamiento de referencia para los aneurismas de arteria poplítea, aún en esta era de la cirugía endovascular.

TUMORES

04-011

Cáncer mamario en hombres positivo para HER2

Diego Vanegas, Ángela Díaz, Camilo Bautista
Hospital Militar Central, Bogotá, D.C., Colombia
angelitadiast@hotmail.com

Introducción. El carcinoma de mama en hombres es una neoplasia poco frecuente (1 %), con un pronóstico, por lo general, adverso, dada la presentación avanzada de la enfermedad. Clásicamente, en su variante molecular, la mayoría de los tumores son clasificados como *luminal A* y el HER2 es poco frecuente. Se analiza el comportamiento de estos tumores en cinco pacientes tratados en el Hospital Militar Central.

Objetivo. Evaluar el comportamiento de la expresión de receptores y su correlación clínica en el cáncer de mama en hombres en nuestra población, y comparar si hay variaciones con otras poblaciones estudiadas.

Materiales y métodos. Evaluación de la base de datos de los pacientes operados por cáncer de mama en los últimos cuatro años en el Hospital Militar Central, y análisis de las siguientes variables: clasificación TNM, invasión linfocelular, receptores hormonales y HER2, y supervivencia.

Resultados. De 494 pacientes operados por cáncer de mama, cinco eran hombres (1,01 %), dos correspondían a lesiones T2 y los tres restantes estaban en etapas localmente avanzadas (60 %), incluyendo una lesión T4b que recibió tratamiento neoadyuvante sin mejoría. La histología en todos los casos correspondió a carcinoma ductal infiltrante con invasión linfocelular. Los tumores T2 tenían ganglios linfáticos negativos y los tres avanzados presentaron metástasis axilares. Cuatro casos fueron reportados como *luminal B* (80 %) y uno como Her2 (20 %) y cinco tenían en el tumor expresión positiva para HER 2 (100 %). A todos se les efectuó resonancia magnética y recibieron quimioterapia adyuvante; el caso con T4b, recibió también radioterapia. A la fecha de esta evaluación todos los pacientes están vivos, sin evidencia de enfermedad activa y con un seguimiento medio de 16 meses.

Conclusión. A pesar de que es una serie poco representativa por su número, los hallazgos en esta población masculina difieren de los reportados a nivel mundial, en los cuales hay 20 % de *luminal B* y 21 % de positivos para HER2. Esto puede explicarse por variaciones de la población manifestadas en la carcinogénesis, datos que deben verificarse en estudios con poblaciones más numerosas.

04-012

Cáncer de mama en una paciente con antecedentes de hipoplasia mamaria secundaria

Diego Vanegas, Ángela María Díaz, Alberto Alejandro Quintero,
Nicole Moreno, Eliana Garcés
Hospital Militar Central, Bogotá, D.C., Colombia
dievasil@hotmail.com

Introducción. La hipoplasia mamaria es una alteración del desarrollo mamario que puede ser congénita o estar ocasionada por daño del tejido mamario durante la niñez o la pubertad, bien sea por traumatismo, cirugía, infección o radiación.

Objetivo. Determinar las características relacionadas con el cáncer de mama en una paciente con hipoplasia mamaria.

Materiales y métodos. Se trata de una mujer de 56 años con hipoplasia de mama y de la pared torácica derecha. Había ausencia del complejo areola-pezones derecho, sin alteración del miembro del mismo lado y con presencia de músculos pectorales. Fue expuesta a radiación en sus primeros dos años de vida por un hemangioma congénito en el hemitórax derecho. Se observó un nódulo de un centímetro en la piel de la cara anterior del hemitórax derecho, cuya biopsia demostró un adenocarcinoma de origen mamario. En la ecografía se observó remanente mamario.

Resultados. Se practicó mastectomía simple y escisión de ganglio centinela. La histopatología demostró un carcinoma ductal infiltrante, moderadamente diferenciado de grado II B, con componente de carcinoma ductal, *in situ* y de patrón cribiforme, con receptores positivos para estrógenos y progestágenos Erb2. Se inició quimioterapia.

Conclusión. No existen estudios en los que se determinen la incidencia o el pronóstico del cáncer de la mama hipoplásica secundaria a radiación, por lo cual amerita estudios de mayor profundidad y valor científico.

04-014

Cáncer mamario en hombres positivo para HER2

Diego Vanegas, Ángela Díaz, Camilo Bautista, William Sánchez
Hospital Militar Central, Bogotá, D.C., Colombia
angelitadiast@hotmail.com

Introducción. El carcinoma de mama en hombres es una neoplasia poco frecuente (1 %), con un pronóstico, por lo general, adverso, dada la presentación avanzada de la enfermedad. Clásicamente, en su variante molecular, la mayoría de los tumores son clasificados como *luminal A* y el HER2 es poco frecuente. Se analiza el comportamiento de estos tumores en cinco pacientes tratados en el Hospital Militar Central.

Objetivo. Evaluar el comportamiento de la expresión de receptores y su correlación clínica en el cáncer de mama en hombres en nuestra población, y comparar si hay variaciones con otras poblaciones estudiadas.

Materiales y métodos. Evaluación de la base de datos de los pacientes operados por cáncer de mama en los últimos cuatro años en el Hospital Militar Central, y análisis de las siguientes variables: clasificación TNM, invasión linfocelular, receptores hormonales y HER2, y supervivencia.

Resultados. De 494 pacientes operados por cáncer de mama, cinco eran hombres (1,01 %), dos correspondían a lesiones T2 y los tres restantes estaban en etapas localmente avanzadas (60 %), incluyendo una lesión T4b que recibió tratamiento neoadyuvante sin mejoría. La histología en todos los casos correspondió a carcinoma ductal infiltrante con invasión linfocelular. Los tumores T2 tenían ganglios linfáticos negativos y los tres avanzados presentaron metástasis axilares. Cuatro casos fueron reportados como *luminal B* (80 %) y uno como Her2 (20 %) y cinco tenían en el tumor expresión positiva para HER 2 (100 %). A todos se les efectuó resonancia magnética y recibieron quimioterapia adyuvante; el caso con T4b, recibió también radioterapia. A la fecha de esta evaluación todos los pacientes están vivos, sin evidencia de enfermedad activa y con un seguimiento medio de 16 meses.

Conclusión. A pesar de que es una serie poco representativa por su número, los hallazgos en esta población masculina difieren de los

reportados a nivel mundial, en los cuales hay 20 % de *luminal B* y 21 % de positivos para HER2. Esto puede explicarse por variaciones de la población manifestadas en la carcinogénesis, datos que deben verificarse en estudios con poblaciones más numerosas.

HERNIAS

04-013

Manejo de hernia ventral compleja con separación de componentes y malla biológica

Juan Carlos Ayala, Maikel Pacheco, Mario Barrera

Hospital Universitario Infantil de San José, Bogotá, D.C., Colombia
mariohbl@gmail.com

Introducción. Los defectos complejos de la pared abdominal (hernia ventral) incluyendo aquellos con fístula entero-atmosférica, estoma o infección activa, son una complicación frecuente de la laparotomía en pacientes que se han manejado con abdomen abierto. Su difícil manejo ha llevado a la implementación de nuevos recursos tecnológicos combinados con técnicas antiguas de reconstrucción sin prótesis, que ha demostrado buenas tasas de efectividad. El abordaje de estos pacientes con prótesis de malla biológica en nuestros centros de práctica, es una técnica implementada por primera vez en Suramérica.

Objetivo. Mostrar la experiencia del Hospital Universitario Infantil de San José y el Hospital de San José en el manejo de la hernia ventral compleja mediante la técnica de colocación de malla biológica y separación de componentes.

Materiales y métodos. Se presenta una serie de pacientes con hernia ventral compleja secundaria al manejo con laparotomía por trauma o catástrofe abdominal, llevados de forma electiva a reconstrucción de pared abdominal en un procedimiento simultáneo de corrección de fístula, estoma o drenaje de infección, más colocación de malla biológica y cierre de pared con técnica de separación de componentes.

Resultados. Entre febrero de 2011 y abril de 2012, se operaron 11 pacientes con indicación de colocación de malla biológica en el Hospital Universitario Infantil de San José y un paciente en el Hospital de San José. Las complicaciones fueron fístula entero-cutánea en un paciente (9 %) y dehiscencia de la herida en un paciente (9 %), con cicatrización final adecuada; los demás pacientes tuvieron evolución favorable.

Conclusión. La malla biológica junto a la técnica de separación de componentes, constituye una alternativa terapéutica factible y costo-eficiente cuando se encuentra adecuadamente indicada en pacientes con hernia ventral que presenten un territorio potencialmente contaminado o con infección activa.

OTROS

04-017

Mamografía digital 3D (tomosíntesis): nueva alternativa diagnóstica

Gloria Palazuelos, Javier Romero, Fabio Torres

Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C., Colombia

Objetivo. Dar a conocer la experiencia de la Fundación Santa Fe de Bogotá con la tomosíntesis de seno, las ventajas y limitaciones de esta modalidad, y los aspectos que se encuentran bajo investigación.

Materiales y métodos. Se revisó la literatura científica sobre el conocimiento actual de la tomosíntesis y se presentan las características más relevantes de la tomosíntesis de seno.

Resultados. La tomosíntesis de seno es una modalidad de imagen que utiliza una fuente móvil de rayos X a lo largo de un arco de movimiento limitado. Esto permite obtener múltiples proyecciones que son luego reconstruidas para obtener series de imágenes (cortes) similares a los de la tomografía axial computadorizada.

Las posibles ventajas de la tomosíntesis de seno frente a la mamografía digital incluyen aumento en la sensibilidad en la tamización mamográfica, mejoría en la discriminación del tamaño de las lesiones, mejoría en la caracterización de las lesiones y disminución en la tasa de segundo llamado. Todas estas ventajas aún requieren evaluaciones en circunstancias clínicas que permitan la consolidación de los resultados preliminares.

Entre las limitaciones encontradas en la literatura científica se encuentran la necesidad de un entrenamiento especial por parte de los tecnólogos que obtienen la imagen, los artefactos por movimientos debido a un ligero aumento en el tiempo de exposición y los causados por grandes calcificaciones, las dificultades en la caracterización de las microcalcificaciones agrupadas, el aumento en el tiempo de interpretación por parte de los radiólogos y las posibles diferencias en el aspecto del parénquima y las estructuras normales con respecto a las mamografías en 2D.

Conclusiones. La tomosíntesis de seno es una modalidad diagnóstica de reciente aparición que tiene potencialmente la capacidad de mejorar la detección y la caracterización de ciertas lesiones en el seno. Existen múltiples investigaciones en curso que intentan afianzar los hallazgos de los estudios preliminares y resolver las limitaciones descritas para esta modalidad.



ÍNDICE DE AUTORES

- A**
 Abadía, Mario, 17
 Acero, Fanny, 15, 16, 37, 82
 Acevedo, Juan, 55
 Acevedo, Verónica, 81
 Acosta, Juan, 47
 Acuña, Sergio, 29
 Aguilar, Carlos, 59
 Aguilar, Leydi Johanna, 26
 Aguirre, Beatriz Bibiana, 19
 Aguirre, Gustavo, 23
 Aldana, Guillermo, 15, 16, 29, 37, 38, 46, 68, 69, 82
 Alfonso, Mario, 44, 52
 Alvarado, Fernando, 42
 Álvarez, Andrés, 9
 Álvarez, Luis Fernando, 70, 72
 Alzate, Sandra, 47, 48, 62
 Angarita, Fernando, 29
 Angarita, Mónica, 19
 Aponte, Diego, 45, 51
 Arboleda, Diego Augusto, 13, 59
 Ardila, Diego Alejandro, 29, 32
 Ardila, Esteban, 25
 Ardila, Saúl, 44, 52
 Arias, Carlos, 26
 Arias, Fernando, 14, 22, 28, 43, 53, 77
 Arroyave, María, 31, 66, 74, 75, 77, 81
 Arturo, Brenda Lucía, 59
 Arzuaga, Ana, 20
 Ayala, Juan Carlos, 32, 34, 88
 Azuero, Jorge Andrés, 44, 52
- B**
 Balestrini, Carlos, 55, 56, 57
 Ballestas, Adolfo, 37
 Ballestas, Leonardo, 13, 24, 43
 Barrera, Juan Guillermo, 25, 55, 56, 57
 Barrera, Luis, 57
 Barrera, Mario, 32, 37, 88
 Barrera, Óscar, 16, 17
 Barrios, Cristian, 34
 Barrios, Iván, 23, 28, 35, 39, 55, 58, 60, 61
 Rodolfo Valentín Barrios, 31,
 Baquero, David, 44
 Basto, Mauricio, 67, 68, 69, 72, 76, 77, 80
 Bautista, Camilo, 86
 Bedoya, Álvaro, 18
 Bedoya, Nelson, 27
- C**
 Beltrán, Rafael, 65
 Beltrán, Johnny, 14
 Benedetti, Inés, 28
 Bermúdez, Juan, 24
 Bernal, Camilo, 26, 58
 Bernal, Felipe, 17
 Bernal, Jorge, 71, 72, 76, 77
 Bernal, Raúl, 42, 60, 62
 Betancourt, Akillefs, 19
 Bolívar, Dinimo José, 12, 44, 51
 Bolívar, Luis, 13, 41, 43
 Bonilla, Roger, 65
 Borráez, Bernardo Alfonso, 31, 44, 53
 Borráez, Oswaldo Alfonso, 44, 52
 Botero, María Angélica, 33, 34
 Buitrago, Diego, 62
 Buitrago, Miguel, 65
 Burgos, René, 47
 Bustamante, Luis, 24
- C**
 Cabal, Gilberto, 21
 Cabrera, Eduardo, 29, 30
 Cabrera, Elkin, 9, 33, 34, 66, 79
 Cabrera, Paulo Andrés, 42, 50
 Caicedo, Liliana, 9, 62
 Calvache, José Andrés, 26
 Calle, Carlos, 81
 Capre, Jéssica, 19
 Carrascal, Leonardo, 22, 72
 Cárdenas, Angie, 18
 Cardona, Juan, 59
 Cardozo, Laura, 48
 Cardozo, Marcos, 52, 58
 Carrascal, Leonardo, 22, 72
 Carvajal, Jhoan, 85
 Castillo, José Luis, 24
 Castro, Diana, 22
 Castro, Dolly, 13
 Castro, Erick, 58, 61
 Castro, Mónica, 34
 Ceballos, Oswaldo, 26, 58
 Celis, John Jairo, 12, 47
 Cerón, Edwin, 36
 Cleves, Daniela, 49
 Cocomo, Ronald, 10
 Contreras, Eusebio, 28
 Contreras, Haylmanrth, 71
 Corrales, Félix, 57
- C**
 Córdoba, Adriana, 73, 81, 82
 Corpus, Leman, 56
 Correa, María Juliana, 13, 20, 36, 41, 78, 81, 82
 Cortés, Natalia, 14, 22
 Criollo, Francy, 26
 Cubillos, Claudia, 27
 Cuervo, Francisco, 28
 Cuevas, Virginia, 14
 Cure, Héctor, 66
 Cure, Jesús, 66
 Currea, Diana, 83
- CH**
 Chala, Andrés Ignacio, 9, 39, 59
 Chala, Marco, 22
 Chamorro, Lorena, 18
 Chona, Mauricio, 13, 20, 78
- D**
 Daza, Carmen, 29
 De la Peña, Jairo, 23, 35, 52, 58
 De la Portilla, Darío, 59
 Delgado, Daniel, 41
 Delgado, Javier, 86
 Demner, Jaime, 84
 De Ureña, Camila, 48
 Díaz, Ángela, 87
 Díaz, Camilo, 20, 61, 65, 73
 Díaz, Francisco, 33, 74
 Díaz, Jesús, 29, 32
 Díaz, Sergio, 20, 66, 74, 75, 77, 81
 Domínguez, Andrés Fernando, 11
 Domínguez, Luis Carlos, 9, 34
- E**
 Echavarría, Adriana, 71
 Echeverri, Carolina, 47, 48, 62
 Enríquez, Mario, 28, 40, 56
 Escallón, Jaime, 29, 36
 Escobar, René, 17
 Espinel, Camilo, 25, 55, 56, 57
 Espitia, Erick, 9, 34
 Espitia, Omar, 22
- F**
 Fajardo, Roosevelt, 49, 80
 Falla, Andrés, 18, 23, 55, 86
 Fernández, Alexander, 58, 61
 Fernández, Hernán, 58

Flechas, John, 54, 82
 Flórez, Juan, 19, 72
 Fonseca, Juan, 24
 Franco, Armando, 9
 Franco, Humberto, 9, 59
 Franco, Andrés, 65
 Franco, Armando, 9
 Franco, Astolfo, 72
 Franco, Luis, 62
 Fuentes, Johnny, 49

G

Gallo, Juan, 37
 Garcés, Eliana, 87
 García, Alberto Federico, 24
 García, Diana Catalina, 13, 41, 43
 García, Gerardo, 83
 García, Gustavo, 35
 García, José, 36, 81, 82
 García, Mary, 44
 García, Pablo, 22
 García, Rafael, 74
 Garzón, Horacio, 50
 Giraldo, Karent, 48
 Giraldo, Lina, 13, 20, 25, 36, 41, 43, 78, 81
 Gómez, Carlos, 25, 55, 56, 57,
 Gómez, Carlos Eduardo, 25, 56
 Gómez, Germán, 44, 47, 51
 Gómez, Juan, 71, 72, 74, 75, 76, 77, 81
 Gómez, Juan David, 34
 Gómez, Juan Carlos, 34, 71, 72, 74, 75,
 76, 77, 81
 Gómez, Julián, 54, 85
 Gómez, Óscar, 22, 71, 74
 González, Adolfo, 19, 24
 González, Carlos, 54, 86
 González, David, 80
 González, Gabriel, 22
 González, Luis, 72
 Guardo, Juan, 17,
 Guevara, Gonzalo, 57
 Guevara, Óscar, 17, 66
 Guevara, Raúl, 51, 59
 Guitarrero, José Fernando, 49
 Gutiérrez, Jorge, 18, 26, 57
 Guzmán, Carlos, 48, 62

H

Hanssen, Andrés, 79
 Henao, Óscar, 36, 80
 Hernández, Andrea, 23, 31
 Hernández, Fabián, 40
 Hernández, Juan, 43, 51, 53, 77, 78
 Herrera, Francisco, 39
 Herrera, Gabriel, 18, 22
 Herrera, Jorge, 41, 47, 60, 62
 Herrera, Leonardo, 44, 52
 Hosman, Manuel, 36
 Hoyos, Sergio, 47, 48, 62
 Huertas, Margarita, 14

I

Iglesias, Jaime, 39, 62
 Isaac, Jorge, 13
 Isaza, Andrés, 12

J

Jaimes, Laura, 61
 Jara, Jorge, 10, 11
 Jaramillo, Andrés, 21
 Jaramillo, Óscar, 59
 Jiménez, Andrés, 42, 83
 Jiménez, Germán, 45
 Jiménez, Humberto, 53
 Jiménez, María Fernanda, 12
 Jurado, Ricardo, 51

K

Kadamanni, Akram, 33, 79

L

Lamadrid, Brenda, 51, 56
 Leal, Carlos, 48, 75, 79
 Lenis, Germán, 57
 León, Juana, 34
 Liendo, Jonathan, 23, 28, 35, 52, 58
 Lleras, Juan, 15
 Linares, Juan, 43, 47, 53, 71, 77
 Londoño, Eduardo, 28
 Londoño, Ricardo, 13, 20, 25, 78, 82
 López, Eugenia, 56
 López, Juan, 65
 López, Laura, 49
 López, Lina María, 13
 Luna, Carlos, 48, 75, 79

M

Malaver, Carolina, 50
 Maldonado, Sandra, 9
 Manrique, Alexis, 71, 72, 76, 77
 Manrique, María Eugenia, 17, 67, 68
 Mariño, Ángela, 50, 80
 Marulanda, Jorge, 80
 Márquez, Germán, 61
 Márquez, Jorge, 26, 58
 Martínez, Elsa, 60
 Martínez, Felipe, 10
 Martínez, Henry, 16, 20, 78
 Martínez, Hernando, 50
 Martínez, Juan Sebastián, 24, 60
 Martínez, Luis, 16, 37, 43
 Matallana, Rogelio, 74
 Mateus, Edgar, 44, 52
 Mayor, Natalia, 24
 Mayorga, Paola, 49
 Medellín Abueta, Anwar, 49, 51
 Medina, Camilo, 19, 50
 Medina, Edwin, 51
 Medina, Marco, 65
 Medina, María Andrea, 52, 83, 86
 Mejía, Fernando, 56

Mena, Álvaro, 47, 48, 62
 Méndez, Liliana, 27
 Méndez, Pablo, 10
 Mercado, José, 26, 58
 Merchán, Alejandra, 9
 Messier, Juliana, 43
 Meza, Julián Andrés, 29, 47, 62
 Miranda, Asdrúbal, 35, 39, 60
 Molina, Juan, 16, 43, 73, 84
 Molina, Rodrigo, 60
 Montenegro, Nataly, 36
 Montoya, Kevin, 31
 Mora, Ricardo, 58
 Morales, Carlos, 80
 Morales, Hildebrando, 26, 56
 Moreno, Mauricio, 21
 Moreno, Nicole, 87
 Moscoso, Alejandro
 Mosquera, Manuel, 33, 75, 79, 80
 Mozo, Javier, 36, 37
 Munar, César, 39
 Muñoz, Alberto, 86
 Muñoz, Andrés, 67, 68, 69, 72, 76, 77,
 80, 86
 Muñoz, Juan, 24
 Muñoz, Laura, 24
 Muñoz, Paola, 15
 Murcia, Adriana, 25, 56, 57
 Muskus, Jaime, 45

N

Nassar, Ricardo, 43, 53, 77

Ñ

Niño, Lucía, 55
 Niño, Nelson, 50

O

Obando, Alexander, 23, 81
 Ocampo, Hernán Mauricio, 9
 Ocampo, Pedro, 9
 Okrainec, Allan, 36
 Olarte, Patricia, 45, 53, 59
 Oliveros, Ricardo, 17
 Orozco, Alejandro, 27
 Ortegón, Katherin, 36, 81, 82
 Ortiz, Camilo, 57
 Ortiz, Douglas, 14, 21, 52, 54, 83, 86
 Osejo, Pedro, 61
 Osorio, Camilo, 9
 Osorio, Carlos, 34
 Ospina, Andrés, 53
 Ospina, Ángela, 53, 77
 Ospina, Jairo, 17
 Otero, Jorge, 28

P

Pabón, Manuel Guillermo, 15, 29
 Padilla, Diego, 22
 Padrón, Óscar, 45

Pacheco, Maikel, 24, 29, 32, 38, 54, 88
 Palacio, Diego, 81
 Palacios, Óscar, 75
 Palazuelos, Gloria, 88
 Pareja, René, 25, 78
 Parra, Ricardo, 21
 Parra, Sergio, 81, 82
 Parra, Viviana, 14, 52, 83, 86
 Pava, Álex, 39, 59
 Pava, Rafael, 9
 Peláez, Mauricio, 34
 Peña, Edison, 56
 Peña, María, 60
 Perdomo, Carlos, 49, 80
 Perdomo, Darío, 31
 Pérez, Álix Audrey, 27
 Pérez, Angélica María, 13
 Pinzón, Fabio, 60
 Piñeres, Germán, 74
 Pinilla, Raúl, 17, 66, 71
 Plata, Trinidad, 51
 Polanía, Héctor, 51
 Ponce, Karen, 40
 Posada, José, 23, 28, 55, 60, 61
 Prada, Mario, 44
 Prada, Nubia, 14, 27
 Prieto, Mauricio, 12
 Puerto, Paola, 22
 Pulgarín, David, 71

Q

Quero, Rossi Isabel, 12
 Quintero, Alberto Alejandro, 55, 86, 87
 Quintero, Marco, 44
 Quiroz, Fernando, 21

R

Ramírez, Adonis, 10, 36, 39, 40
 Ramírez, Efraín, 56
 Ramírez, Jorge, 65, 84
 Ramírez, Juan Camilo, 73, 81, 82, 84
 Ramos, Juan Guillermo, 6, 13
 Rendón, Juliana, 17
 Rengifo, Germán, 35, 85
 Restrepo, Carolina, 50
 Restrepo, Catalina, 23, 31
 Restrepo, Hernán, 71
 Restrepo, Juliana, 71
 Rey, Jaime, 55, 86
 Rey, Mario, 17
 Reinos, Natalia, 86
 Rincón, Francisco, 41, 62
 Ríos, Lukas, 54
 Ríos, William, 24, 68, 69

Rivera, Aura, 51
 Rivera, Diego, 70
 Rizo, María, 51, 78
 Roa, Alberto, 12, 20
 Roa, Carmen, 48
 Rodríguez, Ángela, 58
 Rodríguez, Carlos, 10, 11
 Rodríguez, Carolina, 36, 37, 69
 Rodríguez, Jaison, 68, 73, 81, 82
 Rodríguez, Jesús, 66
 Rojas, Alexei, 49, 65
 Rojas, Edgar Julián, 9
 Rojas, Luis, 31
 Rojas, María Fernanda, 28, 74
 Romero, Javier, 27, 88
 Rubiano, Jaime, 19, 29, 30, 31, 40, 63
 Rubio, Óscar, 62
 Rugeles, Saúl, 34
 Ruiz, Adriana, 47
 Russi, Hernando, 41, 42

S

Saaibi, José, 55, 57
 Salamanca, William, 45
 Salazar, Andrés, 54, 60, 85
 Salcedo, José, 51
 Saldarriaga, Carlos
 Salgar, Carlos, 33, 75, 80
 Samboní, Claudia, 36
 Sanabria, Álvaro, 9, 12, 34
 Sanabria, Luis, 13, 31
 Sánchez, Carlos, 54
 Sánchez, Elio, 50
 Sánchez, Fabio, 83
 Sánchez, Gabriel, 33
 Sánchez, Mauricio, 56
 Sánchez, William, 10, 11, 18, 23, 26, 36, 55, 86, 87
 Sandoval, John, 10, 11
 Sanzón, Fernando, 18
 Sarasty, Nathaly, 18
 Seba, Juan Enrique, 50
 Senejoa, Nairo, 29
 Serna, Adriana, 9
 Sierra, Juan, 36
 Silgado, Ricardo, 23, 58
 Silva, Enrico, 13
 Socarrás, Milena, 13
 Solana, José, 61
 Suárez, Liliana, 53

T

Támara, José, 44
 Tarazona, Marcos, 12

Tarazona, Nick, 33, 34
 Tascón, Marcela Lucía, 26, 41, 47
 Téllez, Jaime, 51
 Tello, Luis, 24, 56
 Tinoco, Julián, 16
 Tobar, Ronald, 22
 Tobar, Walther, 22
 Torregrosa, Lilian, 33, 34
 Torres, Angie, 48
 Torres, César, 55
 Torres, Fabio, 27, 88
 Torres, Mónica, 83
 Tovar, Rafael, 12

U

Umaña, Mauricio, 24
 Urbano, Julieth, 18
 Uribe, Hedda, 15, 67, 68, 69, 72, 76, 77, 80
 Uribe, Yeimer, 28, 63

V

Valderrama, Gustavo, 43
 Valencia, Álvaro, 53
 Vanegas, Andrés, 20
 Vanegas, Diego, 87
 Vanegas, Luis, 74
 Van der Werf, Laura, 34
 Vargas, Andrés, 60
 Vargas, Catalina, 36
 Varón, Juan, 83
 Vásquez, Jesús, 75
 Vega, Juan, 44
 Vega, Neil Valentine, 9, 34, 79
 Velásquez, Javier, 39, 61
 Velásquez, Mauricio, 11, 13
 Velásquez, Orlando, 29
 Vergara, Arturo, 17
 Villa, Guillermo, 44, 52
 Villamil, Edwin, 26
 Villamizar, Ernesto, 48, 75, 79
 Villamizar, Jorge, 39
 Villarreal, Ricardo, 48, 75, 79
 Villate, Juan, 15, 16, 46
 Villegas, Juan Guillermo, 21
 Vivas, Víctor, 47

W

Wolf, Juan, 13, 20, 36, 78

Z

Zapata, Carlos, 17, 27, 84
 Zuluaga, Juan David, 20, 25

