

ASOCIACIÓN  
COLOMBIANA  
DE  
CIRUGÍA

TRABAJOS LIBRES, CASOS CLÍNICOS,  
VIDEOS Y PÓSTERES

40° CONGRESO NACIONAL “AVANCES EN CIRUGÍA”  
LATINAMERICAN AND INTERNATIONAL CHAPTERS MEETING  
AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS

28 A 31 DE JULIO DE 2014  
CENTRO DE CONVENCIONES JULIO CÉSAR TURBAY  
CARTAGENA, COLOMBIA





---

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

---

## COMITÉ EDITORIAL

GABRIEL CARRASQUILLA, MD, PhD (Bogotá)	ENRIQUE MORENO, MD, MSc, PhD (España)
RODOLFO DENNIS, MD, MSc, PhD (Bogotá)	GUSTAVO PRADILLA, MD, MSc (Bucaramanga)
JOHN DUPERLY, MD, PhD (Bogotá)	ÁNGELA RESTREPO, MD, PhD (Medellín)
FABIÁN EMURA, MD, PhD (Bogotá)	DIEGO ROSSELLI, MD, MEd (Bogotá)
GABRIEL HORTOBAGYI, MD, MSc (Estados Unidos)	ÁLVARO SANABRIA, MD, MSc, PhD (Medellín)
FABIÁN MÉNDEZ, MD, MSc, PhD (Cali)	GUSTAVO VALBUENA, MD, PhD (Estados Unidos)
ÁLVARO MONCAYO, MD, MPH (Bogotá)	

---

## COMITÉ CIENTÍFICO

JUAN ASENSIO, MD, MSc (Estados Unidos)	CARLOS PELLEGRINI, MD, PhD, MSc (Estados Unidos)
ITALO BRAGHETTO, MD, MSc (Chile)	PATRIZIO PETRONE, MD MSc (Estados Unidos)
JORGE CERVANTES, MD, MSc (México)	MIGUEL RODRÍGUEZ-BIGAS, MD, MSc (Estados Unidos)
Atila Csendes, MD, MSc (Chile)	RICARDO ROSSI, MD, MSc (Chile)
JAIME ESCALLÓN, MD, MSc (Canadá)	

# ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA

## JUNTA DIRECTIVA 2013 - 2015

---

**Presidente**

WILLIAM SÁNCHEZ, MD - Bogotá

**Vicepresidente**

JESÚS VÁSQUEZ, MD - Medellín

**Fiscal Médico**

CARLOS HERNANDO MORALES, MD - Medellín

**Secretaria**

LILIAN TORREGROSA, MD - Bogotá

**Secretaria suplente**

ADRIANA CÓRDOBA, MD - Bogotá

**Tesorero**

GUSTAVO LANDAZÁBAL, MD - Bogotá

**Tesorero suplente**

ÁLVARO GRANADOS, MD - Bogotá

**Vocales principales**

FERNANDO QUIROZ, MD - Cali

JOSÉ EDMAR REAL, MD - Barranquilla

ROOSEVELT FAJARDO, MD - Bogotá

GILBERT MATEUS, MD - Ibagué

RAMIRO GÓMEZ, MD - Cúcuta

**Vocales suplentes**

JULIÁN MORALES, MD - Armenia

JOSÉ CARLOS POSADA, MD - Cartagena

HÉCTOR LÓPEZ, MD - Pasto

LUIS E. SANABRIA, MD - Neiva

EDUARDO VALDIVIESO, MD - Bucaramanga

**Revisor Fiscal**

JORGE ANTONIO MONTERO - Bogotá

---

**Consejo Asesor (ex presidentes)**

HERNANDO ABAÚNZA, MD - Bogotá

JOSÉ FÉLIX PATIÑO, MD - Bogotá

CAMILO CABRERA, MD - Bogotá

ERIX BOZÓN, MD - Bogotá

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

OSWALDO BORRÁEZ, MD - Bogotá

---

## COMITÉS CONSULTIVOS

---

### COMITÉ EJECUTIVO

WILLIAM SÁNCHEZ, MD - Presidente  
JESÚS VÁSQUEZ, MD - Vicepresidente  
LILIAN TORREGROSA, MD - Secretaria  
GUSTAVO LANDAZABAL, MD - Tesorero  
CARLOS HERNANDO MORALES, MD - Fiscal Médico  
HERNANDO ABAÚNZA, MD - Director Ejecutivo

### COMITÉ DE RECERTIFICACIÓN

OSWALDO BORRÁEZ G, MD - Bogotá  
HUMBERTO ARISTIZABAL, MD - Medellín  
ÁLVARO SANABRIA, MD - Medellín

### 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 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

LUIS IGNACIO LONDOÑO, MD - Medellín (Coordinador)  
SERGIO ADOLFO HERNÁNDEZ, MD - Medellín  
HÉCTOR ADOLFO POLANÍA, MD - Neiva  
RAFAEL POLO, MD - Santa Marta  
JOSÉ HUMBERTO BÁEZ, MD - Bogotá  
JESÚS RODRÍGUEZ, MD - Bogotá

### 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

### COMITÉ DE METABOLISMO QUIRÚRGICO

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

### COMITÉ DE TRAUMA

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



# CONTENIDO

---

Presentación .....	8
01 - Trabajos libres .....	9
02 - Casos clínicos .....	40
03 - Videos.....	86
04 - Pósteres.....	105
Índice de autores .....	117

# PRESENTACIÓN

---

## **Presentación del foro quirúrgico**

El continuo avance de la ciencia y la tecnología en el campo de la medicina exige una renovación constante de conocimientos por parte de los cirujanos en práctica y en entrenamiento. Por tal motivo, el “Foro Quirúrgico Colombiano” continúa siendo una de las actividades científicas más importantes del Congreso Nacional de Cirugía de Colombia.

En esta ocasión especial, el 40° Congreso Nacional “Avances en Cirugía” recibe como huésped de honor al *American College of Surgeons* para realizar en conjunto en este 2014 la reunión quirúrgica más importante de Latinoamérica, el *Latin American and International Chapter Meeting*.

La presentación en el congreso de la productividad científica colombiana, enriquecida con los aportes internacionales, es el reflejo de que en nuestra América quirúrgica persiste el espíritu investigativo y se continúa hacia la búsqueda de la excelencia médica. En esta importante edición, los aportes científicos y educativos de nuestros residentes, jóvenes cirujanos y profesores es invaluable en el proceso de educación médica continua, por lo que invito a todos los asistentes a esta fiesta del conocimiento quirúrgico a que no se pierdan esta oportunidad de oro. Los temas tocan diferentes aspectos del vasto campo de la cirugía general (trauma, cirugía gastrointestinal, oncología, cirugía vascular, laparoscopia, trasplantes, infecciones, etc.) y, seguramente, serán de gran interés para todos.

Por último, la Junta Directiva de la Asociación Colombiana de Cirugía, el *American College of Surgeons* y el Comité Científico organizador del congreso le extienden a todos los autores una cordial felicitación por el esfuerzo y el trabajo realizado, y los invitan a seguir investigando por el bien del desarrollo médico y de la cirugía continental.

WILLIAM SÁNCHEZ, MD, FACS  
Presidente, Asociación Colombiana de Cirugía  
Governor, American College of Surgeons, Colombia Chapter



# TRABAJOS LIBRES

## CABEZA Y CUELLO

01-020

### Técnica ROLL en recaída de cáncer de tiroides. Experiencia en el Hospital Universitario San Ignacio

Andrey Moreno, Aníbal Ariza, Samuel Rey  
Hospital Universitario San Ignacio  
Bogotá, D.C., Colombia  
anibal\_ariza@hotmail.com

**Introducción.** El cáncer diferenciado de tiroides es una neoplasia común en nuestro medio. Hasta un 60 % de los pacientes pueden presentar recaída ganglionar y el examen clínico solo detecta hasta un 30 % de estas lesiones. La reoperación en tejido previamente manipulado, es una intervención técnicamente demandante con alto riesgo de lesiones de estructuras nerviosas y vasculares. Existen varias técnicas para facilitar la escisión de ganglios comprometidos por enfermedad tumoral, la técnica ROLL ha demostrado grandes beneficios.

**Objetivo.** Describir la experiencia del Hospital Universitario San Ignacio en el manejo de recaídas tumorales ganglionares de cáncer de tiroides y evaluar los beneficios de la técnica ROLL en cuanto a éxito de resección de lesiones, tiempo quirúrgico y disminución de complicaciones quirúrgicas.

**Material y método.** Serie de casos del Hospital Universitario San Ignacio, de pacientes llevados a linfadenectomía por técnica ROLL por recaída tumoral por cáncer de tiroides en los últimos 2 años.

**Resultados.** Se han realizado 40 procedimientos con técnica de ROLL por recaída de carcinoma papilar de tiroides con lesiones entre 5 y 12 mm, únicas o múltiples todas positivas para compromiso tumoral, sin presencia de lesiones asociadas a la re exploración cervical.

**Conclusión.** La técnica ROLL es una intervención para revaciamiento ganglionar por recaída de cáncer de tiroides segura, con disminución de complicaciones y comorbilidades asociados al acto quirúrgico, menor tiempo operatorio y adecuado tiempo libre de enfermedad tumoral.

01-035

### Resección laringo-traqueal segmentaria para manejo del cáncer de tiroides invasor a la vía aérea. Reporte de caso

Luis Fernando Tintinago, Julián Andrés Molano, William Victoria, Efraín Andrés Revelo, Federico Espinosa, Marcela Lucía Tascón  
Fundación Clínica Valle del Lili  
Cali, Colombia  
marcelatascon@gmail.com

**Introducción.** El cáncer tiroideo invasor a la vía aérea es una entidad poco común y es un reto para el equipo quirúrgico, su hallazgo es generalmente intraoperatorio. La elección de la técnica quirúrgica depende de la experiencia del cirujano y de esta, el impacto positivo en la sobrevida de los pacientes.

**Material y método.** Estudio descriptivo retrospectivo: Diciembre/2008 – Diciembre/2013, 104 resecciones laringotraqueales: 15 casos por invasión de cáncer tiroideo.

**Resultados.** Promedio de edad: 58,3; 13 mujeres y 2 hombres; biopsias por congelación: negativas en 10 pacientes, informes de patologías finales: positivos 27 % (4) y negativos 73% (11), histologías: Carcinoma papilar bien diferenciado multifocal 52% (8), Carcinoma papilar tipo clásico 20 % (3); promedio de centímetros traqueales resecados: 2,5; 66 % (10) recibieron dosis de I131 posterior a cirugía, 4 no recibieron por persistir con trastornos de deglución; seguimiento mayor a un año: un hombre fallece por carcinoma escamocelular bronquio izquierdo como segundo primario, una mujer con imágenes compatibles con cáncer de esófago como segundo primario y dos mujeres presentaron imágenes compatibles con recidivas paratraqueales; 73% (11) presentaron síntomas respiratorios: 4 (27%) disfonía por compromiso tumoral al nervio laríngeo recurrente, 2 (13%) con disnea por compresión e invasión del tumor a tráquea.

**Conclusión.** Los carcinomas de tiroides invasores a la vía aérea se convierten en un reto para los cirujanos, la resección laringotraqueal parcial puede ser un método adecuado para el control de la enfermedad que en manos expertas no repercute en la calidad de vida, con recuperación pronta y corta estancia hospitalaria.

## VIAS BILIARES Y PANCREAS

01-001

### Piocollecisto y terapia antibiótica: necesidad de terapia antibiótica posoperatoria en pacientes con colecistitis complicada

Helena Facundo Navia, Jorge Hernán Trujillo  
Hospital Santa Clara E.S.E, Universidad El Bosque  
Bogotá D.C., Colombia  
helefacus@gmail.com; jorgito20@gmail.com

**Introducción:** La patología biliar litiasica es un motivo de consulta frecuente. Para el caso de la colecistitis complicada, definida así por el cirujano con los hallazgos quirúrgicos, existe discusión sobre la necesidad de mantener la terapia antibiótica postoperatoria y el tiempo ideal.

**Objetivo.** Conocer la relación entre la infección del sitio operatorio (ISO), en pacientes con colecistitis complicada (piocollecisto, plastrón, gangrenosa y perforada) y la terapia antibiótica postoperatoria

en el servicio de cirugía general del hospital Santa Clara en los últimos 5 años.

**Materiales y métodos.** Estudio observacional descriptivo retrospectivo.

**Resultados.** Se analizaron 91 pacientes; 45 (49.4 %) hombres y 46 (50.5 %) mujeres con edad promedio 57 años. La mayoría clasificados como ASA II 33 (36.26 %) o III 32 (35.16 %). Intervenido por vía laparoscópica 61 (67 %), abierta 15 (16.4 %) y convertida 15 (16.4 %). El hallazgo más frecuente fue píocolecisto 72 (79.12 %), seguido por plastrón 47 (51.64 %), gangrenosa 24 (26.37 %) y perforada 10 (10.98 %). 87 (95.60 %) recibieron antibiótico posoperatorio y 4 (4.39 %) no. A la mayoría se le administró ampicilina sulbactam 78 (85.71%). El tiempo de antibiótico osciló entre 1 y 10 días, con promedio de 4,25 días. Todos fueron seguidos al menos durante un mes y se documentaron 6 ISO (6.59 %), 4 superficiales (4.39 %) y 2 de órgano espacio (2.19 %). Todos los casos de ISO habían recibido antibiótico posoperatorio.

**Discusión y conclusiones.** Los hallazgos sugieren que la duración de la terapia antibiótica posoperatoria en colecistitis complicada no previene la ISO. Los ciclos de terapia antibiótica utilizados en esta serie son menores comparados con otras instituciones y con la literatura mundial. Consideramos necesario realizar estudios aleatorizados para confirmar dicha hipótesis, pero evaluando estos resultados y los reportes previos se puede considerar como recomendación la utilización de ciclos cortos de terapia antibiótica, lo que permite disminución en estancia hospitalaria y costos.

#### 01-002

### Manejo de quistes hepáticos por monpuerto, experiencia en los primeros casos

*Diego Dávila, Marlon Anaya, Juan Esteban Botero, Óscar Palacios, Juan David Martínez*  
Universidad CES, Medellín  
Medellín, Colombia  
jbotero@uces.edu.co

**Introducción.** Los quistes hepáticos no parasitarios suelen ser asintomáticos. Se ha descrito que están presentes en al menos 5 % de la población. Cuando son de gran tamaño, pueden causar síntomas, como dolor, náuseas, vómito, saciedad temprana, ictericia, entre otros. Se han descrito varios tipos de manejo, como drenaje percutáneo, destechamiento abierto o laparoscópico, y resección hepática.

**Objetivo.** Con el presente trabajo pretendemos analizar y dar a conocer la experiencia en el manejo laparoscópico convencional y con técnica monpuerto en la Clínica CES.

**Material y método.** Se hizo un análisis descriptivo, retrospectivo de los pacientes con diagnóstico de quistes hepáticos no malignos, que fueron llevados a manejo quirúrgico laparoscópico en la clínica CES, entre el enero de 2012 y abril de 2014.

**Resultados.** Fueron analizados 6 pacientes con quistes hepáticos sintomáticos, con edad media de 65 años. 66 % consultó por dolor, 4 pacientes fueron manejados con técnica monpuerto y 2 con laparoscopia convencional. No hubo complicaciones ni mortalidad.

**Conclusión.** La enfermedad quística del hígado es una entidad no muy común, pero que se presenta con cierta frecuencia. El manejo quirúrgico ha mostrado ser el más eficaz, y cada vez más el manejo

mínimamente invasivo demuestra buenos resultados, con baja tasa de complicaciones.

#### 01-009

### Manejo quirúrgico de los Tumores Neuroendocrinos del Páncreas: de la cirugía preservadora de parénquima a la resección multiorgánica

*Oscar A. Guevara, Iván Martín, Raúl Pinilla, María E. Manrique Ricardo Oliveros*  
Instituto Nacional de Cancerología; Universidad Nacional de Colombia  
Bogotá, D. C., Colombia  
oaguevarac@yahoo.com

**Introducción.** Los tumores neuroendocrinos del páncreas no son muy frecuentes y su manejo difiere de manera importante de otras neoplasias del páncreas. Se presenta la experiencia de un centro de referencia con grupo interdisciplinario de manejo de tumores neuroendocrinos.

**Objetivo.** Caracterizar la población de tumores neuroendocrinos del páncreas, los tipos de cirugías realizadas así como sus resultados.

**Material y método.** Se recolectaron los datos pre, intra y posoperatorios de los pacientes operados consecutivamente con diagnóstico final patológico de tumor neuroendocrino del páncreas, entre el 1 de enero de 2010 y el 31 de diciembre de 2013.

**Resultados.** Se operaron 26 pacientes, con edad mediana 48 años (RIQ 39-63), 54 % mujeres, 35 % tumores funcionantes, 15 % MEN I/Neurofibromatosis. Se realizó pancreatoduodenectomía en el 38 %, resección laparoscópica 23 %. En el 38 % cirugía preservadora de parénquima y en 35 % hubo resección de órganos asociada. Los tumores fueron grado I (OMS 2010) en 68 %. La mediana de tamaño del tumor fue de 2.5cm (rango 0.4 a 11). De la clasificación ENETS, fueron Estado I-II 64 %, III-IV 36 %. El 23 % tuvo fistula pancreática grado B, 4 % hemorragia Grado B; 7 % requirió reoperación y un caso de mortalidad posoperatoria. La mediana de hospitalización fue de 10 días (RIQ 9-17) y de 14 días para los pacientes con resección asociada de órganos (p 0.2).

**Conclusión.** Los tumores neuroendocrinos del páncreas requieren un manejo individualizado, por grupos multidisciplinarios, ya que se pueden realizar desde cirugías con preservación de parénquima hasta resecciones con órganos asociados.

#### 01-011

### Experiencia y resultados en cirugía de cáncer de vesícula en el Hospital Pablo Tobón Uribe

*Sergio Hoyos, Álvaro A Duarte, Jaime Chávez*  
Hospital Pablo Tobón Uribe  
Medellín, Colombia  
shoyos@hptu.org.co

**Introducción.** El cáncer de vesícula es una patología de alta agresividad generalmente diagnosticado a nivel mundial con enfermedad avanzada y sin opción curativa. Sin embargo, aquellos pacientes con estadios tempranos tienen como única opción curativa la resección quirúrgica con hepatectomía central y vaciamiento ganglionar.

**Objetivo.** Mostrar la experiencia obtenida por el grupo de cirugía Hepatobiliar del HPTU en los pacientes con Cáncer de vesícula con intención curativa en los últimos 10 años y la evolución histórica de los resultados en diferentes variables.

**Material y método.** Es un estudio descriptivo que recoge los pacientes llevados a hepatectomía central con vaciamiento ganglionar con intención curativa desde el año 2004 a 2014 en el Hospital Pablo Tobón Uribe.

**Resultados.** Se encontraron 44 pacientes, 32 mujeres, edad promedio 63 años, tiempo quirúrgico 155 minutos promedio, con una estancia hospitalaria de 4.6 días y un sangrado de 253 cc promedio, este último disminuyó a 177 cc en los últimos 24 pacientes. Solo el 11 % requirió transfusión de glóbulos rojos, máximo 2 unidades. De los últimos 24 pacientes solo 1 requirió UCI. Ningún paciente con mortalidad a los primeros 30 días y una morbilidad del 22 %. Al momento 23 pacientes vivos sin enfermedad, 6 vivos con enfermedad y 15 fallecidos por enfermedad.

**Conclusión.** Se obtuvieron unos resultados comparables con los observados en la literatura actualmente, rescatando la mejoría en ciertas variables que demuestran la intención de mejorar cada vez más los resultados quirúrgicos del grupo de cirugía hepatobiliar en conjunto con un grupo multidisciplinario del HPTU.

#### 01-032

##### **Colecistitis acalculosa**

*María Elena Velásquez, Roosevelt Fajardo, Eduardo Emilio Londoño, Fernando Arias, Juan David Hernández*  
Fundación Santa Fe de Bogotá  
Bogotá D.C., Colombia  
me.velasquez.acosta@gmail.com

**Introducción.** La colecistitis acalculosa (CAC) tradicionalmente se describe en el contexto del paciente críticamente enfermo, también pacientes con ayuno prolongado o hiperalimentación. La incidencia oscila entre 2-15 % de las colecistitis agudas. Se cree que el pronóstico es peor al de la colecistitis calculosa.

**Objetivo.** Describir las características de los pacientes con diagnóstico de CAC y compararlo con lo descrito en la literatura.

**Material y método.** Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo. Se revisaron reportes de radiología y patología de 397 pacientes llevados a colecistectomía en la Fundación Santa Fe de Bogotá desde Julio-2013 hasta Abril-2014. Se realizó el análisis de la base de datos en EXCEL 2007. Los datos continuos se presentan como rango y promedio y proporciones como porcentaje.

**Resultados.** Se excluyeron 116 pacientes con ecografía extrainsituacional. En 236 pacientes la ecografía reportó colelitiasis y 19 pólipos, se analizaron 26 casos en los cuales la ecografía no reportó cálculos; durante cirugía o en patología se encontraron cálculos en 19/26. Fueron diagnosticadas 7 CAC; la edad fluctuó entre 34 y 85 años (promedio 63), 4 pacientes eran mujeres (57 %). Como comorbilidades encontramos hipertensión, hipotiroidismo, artritis gotosa, dislipidemia y Síndrome de Sjögren. 3 pacientes referían síntomas >1 mes, 4 pacientes con síntomas <4 días.

**Conclusión.** En nuestra revisión, la CAC no se relaciona con pacientes críticamente enfermos o sometidos a TPN. La incidencia

encontrada fue de 2.4 %. La presentación no difiere a la de la colecistitis calculosa. El pronóstico es bueno si se diagnostica y se trata en forma temprana.

#### 01-033

##### **Efectividad de las resecciones metastásico hepáticas, en la supervivencia de pacientes con lesiones secundarias a cáncer colorectal, neuroendocrino, no colorectal, no neuroendocrino**

*Oscar Luis Padrón, Patricia Olarte, Diego Valbuena*  
Clínica Universitaria Colombia  
Bogotá, D.C., Colombia  
patriciaolarte26@hotmail.com - opadronp@gmail.com

**Introducción.** La resección de metástasis secundarias a cáncer colorectal, es hoy en día considerado el manejo de elección, siendo segura y potencialmente curativa. Mostrando a nivel mundial una sobrevida a 5 años con márgenes histológicos negativos del 40 % y a 10 años se aproxima al 20 %.

Las lesiones metastásicas de cáncer no colorectal son la consecuencia de células diseminadas en todo el torrente circulatorio, este hecho hace que la selección de pacientes se haga teniendo en cuenta la biología tumoral, sobrevida global de la lesión primaria, periodo libre de enfermedad, histología de la lesión, resecciones R0, y el sitio de tumor primario. Un ejemplo de estas son las lesiones provenientes del aparato reproductor (ovario, testículo, endometrio, trompa de Falopio); las cuales tienen una sobrevida superior que los tumores no específicos del aparato reproductor.

**Objetivo.** Determinar la efectividad clínica y supervivencia con el manejo quirúrgico de lesiones metastásicas a hígado como tratamiento de elección en pacientes con lesiones secundarias a cáncer colorectal, neuroendocrino, y no colorrectal; no neuroendocrino en una muestra de pacientes de la Organización Sanitas Internacional.

**Material y método.** El presente es un estudio Ambispectivo, longitudinal, de cohorte única; que busca analizar retrospectiva y prospectivamente pacientes con lesiones metastásicas a hígado secundarias a cáncer colorectal, neuroendocrino, y no colorrectal; no neuroendocrino, a quienes se le dio y se les dará manejo quirúrgico, y se evaluará efectividad de la intervención y supervivencia global y libre de enfermedad, en las Clínicas Reina Sofía y Clínica Universitaria Colombia, (En Bogotá – Colombia) entre el 2008 y el 2018.

**Resultados.** Debido a que es un estudio ambispectivo, realizamos una primera evaluación de la cohorte de pacientes a 5 años, encontrando 20 pacientes que se llevaron a hepatectomías mayores (14 pacientes), segmentectomías (2 pacientes), metastasectomías hepáticas (4 pacientes).

Lesiones secundarias a cáncer colorrectal (16 pacientes), tumores neuroendocrinos (1 paciente), cáncer de ovario (1 paciente), cáncer renal de células claras (1 paciente), melanoma en gluteo (1 paciente).

12 pacientes debutaron como lesiones metacrónicas, y 8 pacientes con lesiones sincrónicas.

**Conclusión.** Con el auge de los nuevos quimioterapéuticos para el manejo del cáncer, como las terapias blanco, el conocimiento mayor de la anatomía hepática gracias a los grupos de excelencia, y las nuevas técnicas quirúrgicas de salvamento hepático hemos aumentado

el periodo libre de enfermedad y la sobrevida global. Teniendo en cuenta que la terapia quirúrgica debe garantizar una resección RO.

#### 01-034

### **Experiencia en el manejo con VAC IN VAC en pacientes con pancreatitis aguda necrotizante en la Fundación Santafé de Bogotá**

*Juan pablo Villate, Manuel Cadena, Arturo Vergara*  
Fundación Santa Fe de Bogotá  
Bogotá, D.C., Colombia  
jvillate87@hotmail.com

**Introducción.** La pancreatitis necrotizante comúnmente se manifiesta comprometiendo el páncreas y los tejidos peri pancreáticos. La historia natural de la necrosis pancreática es muy variable, ya que puede permanecer sólida o evolucionar a fase de licuefacción, permanecer estéril o infectarse, persistir o desaparecer con el tiempo.

Se han desarrollado varias estrategias de intervención para la necrosis infectada. Las estrategias mas comunes son 1) desbridamiento abierto, 2) necrosectomía abierta o retroperitoneal y colocación de drenes 3) drenaje percutáneo 4) drenaje endoscópico e híbrido.

El desbridamiento romo, no anatómico del tejido necrótico pancreático y peri pancreático por laparotomía es el método estándar de tratamiento para pacientes con necrosis pancreática infectada. Reconocer que la laparotomía puede añadir morbilidad incrementando el stress posquirúrgico, ha conducido al desarrollo reciente de una serie de métodos alternativos para el desbridamiento.

**Objetivo.** Compartir nuestra experiencia en tratamiento del paciente con pancreatitis aguda severa con necrosis infectada manejado con terapia de vacío (VAC IN VAC).

Comparar los Resultados con este tipo de terapia con los resultados de otros autores de la literatura mundial que emplean desbridamiento abierto, necrosectomía abierta, colocación de drenes o drenaje percutáneo entre otros.

**Material y método.** Estudio observacional descriptivo retrospectivo, donde se toman los casos de pancreatitis aguda severa con necrosis en los últimos 6 años, en los cuales se realiza el manejo con terapia vac ( VAC in VAC) en la Fundación Santafé de Bogotá. Se evaluara aspectos clínicos, paraclínicos e imaginológicos . De igual forma, se compararan dichos resultados con los resultados de las series mundiales en cuanto a características de los pacientes y desenlaces presentados con otro tipo de terapéutica.

**Resultados.** La evidencia actual apunta a un manejo conservador para abordar la necrosis pancreática infectada; este tipo de enfoque se asocia con mejores resultados, tanto en los casos que responden al tratamiento, como a los que no y que posteriormente tendrán que ser operados después de un periodo de espera.

Respecto a la vía de abordaje del manejo quirúrgico, depende de muchas variables, entre ellas: el estado del paciente, su reserva fisiológica, el sitio de la necrosis, disponibilidad de recursos humanos y técnicos, presencia o no de hipertensión abdominal.

**Conclusión.** Consideramos que en los pacientes que no son candidatos a manejo conservador o al manejo mínimamente invasivo, una terapia combinada con la presión negativa puede mejorar el resultado

del paciente, prevenir el síndrome de compartimento abdominal; permitiendo el examen de las secreciones, simplificando el oficio de enfermería y sobre todo reduciendo el tiempo definitivo cierre abdominal

#### 01-046

### **Manejo actual del adenoma de la ampolla de Váter**

*Jaime Solano, Luis Felipe Cabrera, Renzo Pinto*  
Fundación Santa Fe de Bogotá, Universidad El Bosque  
Bogotá D.C., Colombia  
luis.felipe.cabrera@hotmail.com

**Introducción.** El manejo de los tumores periampulares, de forma indiferente malignos o benignos a través de la historia ha sido quirúrgico radical, dando inicio con Alessandro Codivilla en 1898 con la descripción de la técnica quirúrgica de la pancreatoduodenectomía, posteriormente en el año 1899 William Halsted realiza la primera ampulectomía transduodenal, hasta 1909 cuando Walther Kausch llevo a cabo la primera resección de un tumor periampular empleando la técnica de la pancreatoduodenectomía, siendo perfeccionada por Allen Whipple en 1935, sin embargo la gran complejidad del procedimiento, sus complicaciones y el alto índice de mortalidad del mismo hicieron impulsar el desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas, indicadas en la patología benigna ampular, como es el caso del adenoma de la ampolla de váter y la papilectomía endoscópica. Se presenta una serie de casos y revisión de la literatura.

**Objetivo.** Demostrar la seguridad y eficacia del abordaje mínimamente invasivo endoscopico de la papilectomía endoscópica en el adenoma de la ampolla de váter.

**Material y método.** Se revisaron las bases de datos *Pubmed* y *MDconsult*, con los siguientes términos *Mesh: ampullary adenoma, ampullectomy, duodenal papilla, papillectomy*, en los últimos 5 años, y se seleccionaron los estudios aleatorios controlados y revisiones de la literatura más significativas según el factor de impacto de la revista, mostrando nuestra experiencia y comparando los resultados.

**Resultados.** La ampulectomía endoscópica es una técnica posible y que permite dar un tratamiento curativo para los adenomas de la ampolla de váter, como se evidencia en los controles a las 4-6 semanas de las biopsias control.

**Conclusión.** La papilectomía endoscópica es la técnica de elección en el manejo actual del adenoma de la ampolla de váter, pero requiere de habilidad y experiencia en técnicas quirúrgicas endoscópicas.

#### 01-048

### **Situs inversus totalis: manejo laparoscópico de coledocistitis y hernia ventral**

*Evelyn Dorado, Mónica Angarita, Andrés Romero*  
Hospital Universitario del Valle, Universidad CES  
Cali, Colombia  
doradofamilia@gmail.com

**Introducción.** El *situs inversus totalis* es una patología rara que afecta varios órganos y está asociada a poliesplenía, síndrome de *Kartagener*. El manejo de patología biliar es desafiante por el riesgo mayor de lesión de vía biliar.

**Objetivo.** Mostrar el manejo laparoscópico en un *situs inversus* totales de colecistectomía y hernia ventral.

**Material y método.** 63 años diabética con antecedente de histerec-tomía con hernia ventral de 6 cm y dolor en hipocondrio izquierdo, con tomografía que muestra el *situs inversus*, colelitiasis y la hernia ventral.

**Resultados.** Con técnica francesa se realiza colecistectomía identi-ficando conducto cístico a la izquierda y arteria a la derecha del calot. Con los mismos trocares se liberan las adherencias del colon y epiplón al defecto herniario y con técnica del puente se realiza eventrorrafia con malla separadora de tejidos.

**Conclusión.** La colecistectomía en el *situs inversus totalis* es un desafío por el alto índice de lesión de vía biliar y por los cambio anatómicos. El manejo laparoscópico de las dos patologías fue exitoso en este caso.

#### 01-049

### Colecistectomía laparoscópica ambulatoria: primera experiencia en el Uruguay

Mario Almada, Juan Folonier, Fernando Bonilla, Carolina Guarneri, Patricio Vanerio  
Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”. Montevideo, Uruguay.  
Montevideo, Uruguay.  
myalmada@hotmail.com

**Introducción.** La cirugía laparoscópica, tras un período inicial de aprendizaje y de la validación de su eficacia, se encuentra en período de expansión y son numerosos los procedimientos que hoy día pueden realizarse mediante este abordaje.

La necesidad de mejorar la eficiencia del sistema sanitario, los avances tecnológicos, unido a la expectativa de los pacientes, han favorecido cambios en los servicios sanitarios, potenciando modelos de atención alternativos a la internación tradicional. Estos cambios permiten incorporar la cirugía laparoscópica en programas de cirugía mayor ambulatoria (CMA) de una forma efectiva, segura y eficiente.

En la actualidad hay razones que demuestran las ventajas de incluir la colelitiasis por vía laparoscópica en programas de cirugía ambulatoria: buena calidad asistencial con menor interrupción de la vida cotidiana del paciente, menor riesgo de infección nosocomial y menor alteración de las actividades familiares.

**Objetivo.** El objetivo es evaluar un programa de cirugía mayor ambulatoria (colecistectomía laparoscópica) en pacientes con litiasis vesicular sintomática.

**Material y método.** Estudio prospectivo (Marzo 2011 - Febrero 2014), de pacientes programados para colecistectomía laparoscópica (CL) en régimen ambulatorio. Se evaluaron 20 pacientes que cumplieron criterios de inclusión en el programa de cirugía mayor ambulatoria. Todos recibieron información del procedimiento que recibieron. Se consideró pacientes ambulatorios a una estancia hospitalaria menor o igual a 12 horas.

**Resultados:** Se obtuvieron del total de pacientes, datos epidemiológicos generales (edad, sexo, procedencia). No se registraron complicaciones.

**Conclusión.** Confirmamos que la cirugía ambulatoria laparoscópica es una alternativa adecuada para tratar la litiasis vesicular en nuestro medio.

#### 01-050

### “Rendezvous” laparoscópico y endoscópico secuencial en litiasis biliar

Mario Almada, Juan Folonier, Alberto Sanguinetti, Nicolás González, Roberto Valiñas  
Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”. Montevideo, Uruguay.  
Montevideo, Uruguay.  
myalmada@hotmail.com

**Introducción.** El manejo de colelitiasis con coledocolitiasis tuvo un gran cambio en la década de los 90 con la cirugía mínimamente invasiva. La forma más frecuente de manejo es la papilotomía endoscópica preoperatoria seguida de la colecistectomía laparoscópica a las 24 a 72 horas; sin embargo, se ha cuestionado el hecho de que en un 35 % de estos pacientes, la papilotomía resulta siendo negativa para litiasis, siendo un procedimiento con morbilidad propia. Actualmente una opción es realizar los dos procedimientos en forma secuencial por dos equipos médicos (cirujanos y endoscopistas) en un mismo tiempo anestésico, disminuyendo la morbilidad usando la técnica de “Rendezvous”.

**Objetivo.** Evaluar factibilidad del procedimiento combinado en el manejo de la litiasis biliar.

**Material y método.** Se seleccionaron en un período de 18 meses, 12 pacientes con colelitiasis y coledocolitiasis. Estos pacientes fueron llevados a block quirúrgico y bajo anestesia general, se realizó abordaje laparoscópico, en el cual se disecciona el pedículo cístico y se cateteriza la VBP. Por vía endoscópica se objetiva la salida de la guía a través de la papila, y se canaliza el colédoco directamente. Se realiza papilotomía y extracción de cálculos.

**Resultados.** En todos se lograron realizar el procedimiento completo con éxito. Se logró la extracción de litiasis coledociana en el 100 % de los procedimientos, y no hubo complicaciones mayores.

**Conclusión.** El procedimiento combinado laparoscópico y endoscópico, es una muy buena alternativa para el tratamiento de la litiasis coledociana, siempre que sea realizado por equipos entrenados y con el instrumental necesario.

#### 01-061

### Pancreatectomía distal laparoscópica. Serie de casos

Mauricio Zuluaga, José Omar Zorrilla, IvoV Siljic, Juan Carlos Valencia,  
Clínica de Occidente Cali, Hospital Universitario del Valle  
Cali, Valle, Colombia  
mauriciozuluagaz@yahoo.es

**Introducción.** La cirugía laparoscópica en páncreas, se inició con el manejo de las lesiones quísticas y posteriormente la cirugía del páncreas distal por laparoscopia se convirtieron en el gold estándar con suficiente nivel de evidencia.

**Objetivo.** Realizar el reporte de casos de pancreatectomía distal laparoscópica realizado por un grupo de cirugía gastrointestinal de la ciudad de Cali.

**Material y método.** Revisión de casos de pancreatomecía distal realizados desde enero 2012 hasta abril 2014

**Resultados.** Se realizaron 5 pancreatomecias distales por laparoscopia, no se reportaron mortalidades o fistulas, el tiempo operatorio fue de 200 minutos en promedio, la estancia hospitalaria fue de 10 días en promedio.

**Conclusión.** La cirugía laparoscópica en páncreas distal esta soportada con la suficiente evidencia para la aceptación de este tipo de procedimiento en la resolución de este tipo de patología.

#### 01-063

### **Pancreatoduodenectomía laparoscópica. Experiencia de un grupo, Cali, Colombia**

*Mauricio Zuluaga, José Omar Zorrilla, Eduardo Bolaños, Andrés Mejía, Ivo Siljic, Juan Carlos Valencia, Uriel Ovidio Cardona*  
Clínica de Occidente de Cali, Hospital Universitario del Valle Cali, Valle, Colombia  
mauriciozuluagaz@yahoo.es

**Introducción.** El progreso de la cirugía laparoscopia en páncreas a alcanzado límites incalculables, desde sus inicios para el manejo de patologías locales, ahora su máxima expresión con la pancreatoduodenectomía (*Whipple procedure*). Se presentara la experiencia de un centro de cirugía digestiva en la ciudad de Cali, Colombia.

**Objetivo.** Evaluar los resultados de la experiencia del grupo de cirugía digestiva laparoscópica de una institución nivel iv de la ciudad de Cali.

**Material y método.** Se realizará la revisión de 12 casos de pancreatoduodenectomía laparoscópica realizados entre diciembre 2012 y febrero 2014, evaluando la técnica quirúrgica, morbilidad y mortalidad.

**Resultados.** Tiempo operatorio promedio 200 – 426 minutos (media 316 minutos), no se requirió conversión a cirugía abierta en ninguno de los pacientes realizados. Se presentaron complicaciones mayores intraoperatorias, la mortalidad posoperatoria fue de 3 pacientes (uno por sangrado posoperatorio, el segundo por falla hepática fulminante y el tercero por isquemia mesentérica). Las complicaciones posquirúrgicas se presentaron en 6 de los 12 pacientes, fistula pancreática 6, hemoperitoneo residual 1, fistula biliar 1. La estancia hospitalaria se reporto entre 7 y 28 días (media 17 días).

**Conclusión.** El enfoque mínimamente invasivo en la cirugía de páncreas es cada vez mas feasible, seguro, y ofrece resultados favorables en la evolución de los pacientes expuestos a esta técnica. Se requiere de mejor nivel de evidencia para recomendar este tipo de procedimiento en los pacientes con neoplasias pancreáticas y periampulares.

#### 01-070

### **Colecistectomía laparoscópica por tres puertos. Experiencias después de 600 casos**

*Juan Carlos Valencia, Mauricio Zuluaga, Uriel Cardona, Ivo Siljic,*  
Clínica Farallones de Cali, Clínica Saludcoop de Cali- Norte, Clínica de Occidente  
Cali, Colombia  
percutanea@aol.com

**Introducción.** La colecistectomía por laparoscópica ha sido el abanderado de los procedimientos mínimamente invasivos y prácticamente el único que se desarrolló de forma masiva durante muchos años. A partir de la “colelap” se desarrollaron nuevas técnicas. Para su extracción se inventó el abordaje por puerto único, se idearon técnicas por orificios naturales, se inventaron instrumentos articulados, se disminuyó el tamaño de los puertos, se introdujo la angulación de los instrumentos ópticos, etc. Sin embargo la técnica clásica, ha sido con 4 puertos, 2 de ellos de 10 o 12 mm y dos de 5 mm. Desde hace aproximadamente 5 años decidimos retirar uno de los puertos de 5 mm del hipocondrio derecho y trabajar solo con 3. Hoy queremos mostrar nuestra experiencia.

**Objetivo.** Compartir las experiencias obtenidas después de realizar 600 colecistectomías laparoscópicas con 3 puertos.

**Material y método.** Desde el año 2009 hasta Diciembre de 2013, recolectamos la información de 600 colecistectomías laparoscópicas practicadas a través de solo tres puertos, el primero transumbilical de 10 o 12 mm por técnica de Hasson Modificada (“Técnica de Cali”) y otro de igual tamaño en localización subxifoidea. Un único trocar de 5 mm en hipocondrio derecho se utilizó para la fijación y movilización de la vesícula.

**Resultados.** De los 600 casos se presentaron 2 complicaciones graves que implicaron lesión de la vía biliar. El resto de las complicaciones, tales como sangrado, infección, tasa de reoperaciones, también estuvo dentro de lo esperado. Fue necesario introducir un 4º trocar en el 3.5% de los casos, sin embargo en la mayoría de los casos siempre su inserción fue tardía, después de múltiples intentos de disección difícil con los tres trocarea iniciales. Los resultados estéticos fueron muy satisfactorios, quedando casi rutinariamente solo una cicatriz de 1 cm en epigastrio.

**Conclusión.** Después de 600 casos de Colecistectomía por solo 3 puertos, tenemos la percepción de haber abusado de la técnica y de no haber utilizado oportunamente un 4º trocar en muchos casos. Es probable que los resultados estéticos y la disminución del trauma de un 4º trocar, no compensen la dificultad y el riesgo que implica en muchos casos el no disponer de una exposición óptima.

#### 01-077

### **Manejo laparoscópico de coledocolitiasis complicada**

*Juan Carlos Valencia, Mauricio Zuluaga, Uriel Cardona, Ivo Siljic, Pedro Hurtado, Ana Higueta*  
Clínica Saludcoop Cali, Clínica de Occidente Cali  
urielcardona24@yahoo.com

**Introducción.** La patología biliar complicada que incluye coledocolitiasis que no es posible resolver por métodos endoscópicos puede ser abordada de manera eficaz y segura por vía laparoscópica. En la Clínica Saludcoop Cali norte, que es un Centro de Referencia para el suroccidente del país se atiende una población importante de pacientes con patología biliar complicada que incluye coledocolitiasis que no es posible resolver por CPER.

**Objetivos.** Describir el abordaje Laparoscópico de Coledocolitiasis complicada, así como los resultados del seguimiento clínico posoperatorio.

**Materiales y métodos.** Se recolectan datos de una serie prospectiva de pacientes con coledocolitiasis complicada resuelta por Laparoscopia.

Se realizó coledocotomía, exploración de la vía biliar y extracción de cálculos con coledocolitiasis laparoscópica. En la mayoría de los casos no se dejó tubo en T.

**Resultados.** Se presentan 15 pacientes con coledocolitiasis y CPER fallida, se describen las variables demográficas, así como también, la técnica de abordaje por Laparoscopia y su seguimiento clínico.

**Conclusiones.** El abordaje Laparoscópico representa una opción eficaz y segura con resultados favorables en el posoperatorio en pacientes con Coledocolitiasis que no fue posible resolver por CPER.

**01-078**

### **Fistula biliopleural secundaria a absceso hepático**

*Héctor Hugo Rodríguez, Oscar Eduardo Reyes, Michael Ricardo Sagra*

Fundación Universitaria De La Salud, Hospital San José  
Bogotá D.C, Colombia  
oscareyes123@hotmail.com

**Introducción:** La fistula biliopleural es una comunicación anómala entre el tracto biliar y el espacio pleural. Son múltiples las causas que la originan, siendo la principal el absceso hepático y la enfermedad de hidátides. Otras causas menos frecuentes son congénita, obstrucción del tracto biliar, traumática y iatrogénica (resección hepática, ablación con radiofrecuencia, irradiación, drenaje torácico). La presentación clínica es variable: va desde el espectro de la patología biliar, proceso infeccioso patológico pulmonar, sintomatología crónica hasta su clínica silente, lo que hace difícil un diagnóstico clínico. Al ser una patología poco común los métodos diagnósticos y terapéuticos utilizados para su manejo son variados y con distintos resultados clínicos.

**Objetivo.** Mediante la presentación de un caso clínico y revisión histórica de métodos diagnósticos y de tratamiento se busca aclarar los métodos más valiosos para su adecuado manejo.

**Material y método.** Reporte de caso y revisión de literatura

**Conclusión.** Dentro de los métodos diagnósticos tenemos la CPRE que además aporta para el tratamiento. Cada vez más el manejo quirúrgico ha venido siendo remplazado por manejos no invasivos con buenos resultados. Al ser una patología poco común requiere más estudios para definir el real valor de cada manejo.

**01-079**

### **Empleo y complicaciones de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en pacientes de la unidad endoscópica Andes del Sur, Popayán, Cauca. 2 Diciembre 2011 a 29 Agosto 2013"**

*Guillermo Julián Sarmiento, Jesús Eduardo Díaz, William Oswaldo Romo, Henry Muñoz, Carolina Morales, Andrés Camilo Mosquera, Adrián Moreno*

Universidad del Cauca  
Popayán, Cauca  
gsarmiento@unicauca.edu.co

**Introducción.:** La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), se útil en patologías del árbol pancreatobiliar. En contextos

donde no hay otros métodos de diagnóstico puede ser utilizado con este objetivo.

**Objetivo.** Describir en una serie de casos (CPRE), la experiencia obtenida en diagnóstico, hallazgos, procedimientos y complicaciones.

**Materiales y métodos.** Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo tipo serie de casos, 684 pacientes en el periodo de estudio. Se descartaron los procedimientos realizados pero que no se pudieron seguir.

**Resultados.** 67,1 % (459/684) son mujeres, mayores de 61 años (37,2 %). Se obtuvo un mayor promedio en la relación valor encontrado valor normal TGO 5.72/5.08 y TGP 7.16/ 6.35, en los procedimientos diagnósticos. En la fosfatasa alcalina, previa al procedimiento, fue mayor en CPRE terapéutico/diagnóstico 3,66/3,09. Indicación encontrada: coledocolitiasis 61,54 %, pancreatitis biliar 6,28 % (43-684). CPRE exitosos 92,32 % (650 de 704), en 30 % (212-684) se realiza extracción de cálculos, CPRE normales 16 % (113-684), extracción de barro biliar 13,15 %, 9,7 % corresponde a instalación de endoprótesis. Complicación menor (3,36 %), no se presentó mortalidad en la serie.

**Discusión:** En nuestro medio el CPRE es una ayuda terapéutica muy efectiva. Consideramos los normales como diagnósticos (16 %), porcentaje elevado comparado con otros trabajos. El éxito en su realización, las bajas complicaciones y mortalidad se equipara a las mejores series.

**Conclusión.** El CPRE es una invaluable herramienta terapéutica de la patología biliar obstructiva y con gran prudencia en caso de no contar con otras ayudas, puede ser útil como diagnóstico en casos de baja probabilidad de ser terapéutico.

**01-080**

### **Colecistectomía subtotal y factores predictores**

*Carlos Fuentes, Víctor Ramírez, Javier Mozo, William Sánchez*  
Hospital Militar Central, Universidad Militar Nueva Granada  
Bogotá, D.C., Colombia  
Sanchez.william@cable.net.co

**Introducción.** Se estima que alrededor del 30 % de las personas en el hemisferio occidental cursan con coledocolitiasis y un tercio de estas desarrollan colecistitis aguda. La colecistectomía laparoscópica es la cirugía *standart* Cerca del 25 % de los pacientes con colecistitis aguda desarrollan algún tipo de complicación, siendo una de las más temidas las lesiones de la vía biliar principal presentadas durante la disección por lo general en un gran proceso inflamatorio severo, motivo por el cual se han descrito diversas técnicas quirúrgicas profilácticas entre las que se incluye la colecistectomía subtotal que tiene ventajas y desventajas manifiestas.

**Objetivo.** Evaluar los casos de colecistitis aguda que requirieron colecistectomía subtotal, determinar si existen factores predictores clínicos o paraclínicos relacionados con la cirugía realizada y la evolución de sus resultados quirúrgicos.

**Material y método.** Se hizo un análisis retrospectivo entre Mayo de 2011 y Abril de 2014 de las colecistectomías subtotales o parciales, definida como todo aquel procedimiento en el que se secciona la vesícula biliar a nivel del infundíbulo preservando por lo menos la bolsa de Hartmann debido a la imposibilidad de disecar el ligamento

colecistoduodenal por inflamación o fibrosis Se analizaron las variables de edad, sexo, síntomas y signos clínicos y comorbilidades asociadas, paraclínicos de ingreso (cuadro hemático, función hepática completa, PCR), hallazgos ecográficos, antecedente de CPRE, hallazgos intraoperatorios, técnica quirúrgica realizada (abordaje, conversión, tipo de cierre realizado, colangiografía intraoperatoria), y complicaciones posteriores. Se analizaron las variables con programa SPSS y se determinó mediante análisis univariado y multivariado los desenlaces finales relacionados con los factores predictores y el resultado final.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 25 pacientes, 16 hombres y 9 mujeres. La edad promedio fue de 59,4 años. De todas las variables prequirúrgicas evaluadas solo la leucocitosis con valor de 12400 y la PCR con valor de 14.36 fueron en el análisis uni y multivariado predictoras de posible colecistectomía subtotal ( $P < 0.001$ ). 24/25 y 19/25 pacientes respectivamente presentaron como hallazgos operatorios severo engrosamiento de la pared y emplastramiento vesicular. Se convirtieron 9/25 pacientes y hubo fuga biliar del muñón en 3/25 que se manejaron conservadoramente. Con seguimiento promedio de 18 meses el 100 % de los pacientes cursan asintomáticos.

**Conclusión.** La leucocitosis y la PCR elevada son factores predictores asociados a la posibilidad de colecistectomía subtotal. Estos factores sin embargo son comunes a la colecistitis aguda por lo que no son discriminadores. Los demás factores evaluados incluyendo los hallazgos ecográficos no son predictores de la cirugía. El emplastramiento y las paredes engrosadas como hallazgos operatorios están relacionados con la posibilidad de colecistectomía subtotal. Esta cirugía tiene baja morbilidad y omite la posibilidad de lesiones mayores de la vía biliar con una evolución a más de 1 año sin recidivas sintomáticas.

#### 01-081

### Tumor solido pseudopapilar de páncreas

*William Sánchez, Víctor Ramírez, Javier Mozo, Nicole Moreno, Rafael Peña*  
Hospital Militar Central, Universidad Militar Nueva Granada  
Bogotá, Colombia  
sanchez.william@cable.net.co

**Introducción.** El tumor solido pseudopapilar del páncreas fue descrito por Frantz en 1959 en una mujer adolescente. Hasta el año 2001 en la literatura internacional había reportado 322 casos. Este tumor se presenta en el 1 % de las neoplasias del páncreas y afecta por lo general a mujeres menores de 30 años y se manifiesta en la mayoría de los casos con la presencia de masa abdominal o dolor epigástrico sordo.

El tumor se caracteriza por la presencia de áreas sólidas con necrosis y hemorragia, la formación de quistes asociados y pseudopapilas. Su potencial metastásico es bajo y tiene una sobrevida prolongada. La mortalidad quirúrgica es muy baja y la morbilidad es mayor del 40 %. Debido a su infrecuente presentación no hay series grandes en la literatura internacional, por ejemplo *La Mayo Clinic* reporto en toda su historia 14 casos y *Memorial Sloan Kettering* 12 casos. Se ha sugerido al tamaño tumoral como factor de mal pronóstico relacionado con potencial metastásico por lo que nosotros evaluaremos en nuestra serie dicha correlación.

**Objetivos.** Se describen 10 casos como aporte a la literatura internacional y determinar si el tamaño tumoral es un factor asociado de mal pronóstico relacionado con potencial metastásico.

**Materiales y Métodos.** De la base de datos de los últimos 10 años del Hospital Militar Central, se revisó los datos de 10 pacientes operados por tumor de Frantz y se evaluaron los factores demográficos, quirúrgicos y patológicos y se correlacionaron con la evolución clínica.

**Resultados.** En nuestra serie todos los pacientes fueron de sexo femenino. Con un rango de edad entre 12 a 32 años (promedio 15.7 años). El síntoma principal fue el dolor (100 % de los casos) asociado a masa abdominal (90 % de los casos). Una sola paciente presentó ictericia (10 %). El tamaño de la masa en diámetro oscilo entre 5x5 cm a 20x25 cm (promedio 13x13 cm). En 6 pacientes se presentó la lesión en la cabeza y en 4 en la cola del páncreas. Se realizó 4 pancreatectomías distales dos incluyeron esplenectomía. Y 6 pancreatoduodenectomías (3 con preservación de píloro). No hubo mortalidad operatoria. Tres pacientes desarrollaron fístula pancreática (30 %) que se manejaron médicamente. La patología reporto el 100 % de las lesiones sin metástasis ganglionares (+) y sin infiltración linfovascular. El seguimiento oscilo entre 1.1 a 10.2 años (promedio 5.7 años) sin evidencia de recurrencia locoregional o distante.

**Conclusión.** El tumor de Frantz es una lesión que predominantemente afecta a mujeres jóvenes, se manifiesta por lo general con la presencia de masa y dolor. Es de buen pronóstico con bajo potencial de malignidad. El tamaño no se correlaciona con el potencial de malignidad.

#### 01-084

### Insulinoma

*Edwin Pinto, Habbib Mantilla, William Sánchez*  
Hospital Militar Central, Universidad Militar Nueva Granada  
Bogotá, D.C., Colombia  
sanchez.william@cable.net.co

**Introducción.** El insulinoma es el tumor neuroendocrino funcionante más frecuente del páncreas, derivado de de las células Beta de los islotes. La mayoría de pacientes se ubican entre la tercera y sexta década de la vida. El 90 % son de naturaleza benigna y su tamaño es menor de 2 cm. La presentación clásica consiste en episodios de hipoglucemia sintomática a repetición que cesan con la administración de soluciones glucosadas. La cirugía es el tratamiento de elección siendo la enucleación el procedimiento más frecuentemente. La pancreatectomía distal constituye el procedimiento de elección en lesiones localizadas en la cola del páncreas.

**Objetivo.** Describir un caso de resección quirúrgica de insulinoma pancreático solitario.

**Materiales y métodos.** Se escogió un caso clínico de una paciente de 64 años a quien se diagnosticó insulinoma pancreático solitario. Se presenta el resumen de su atención clínica.

**Resultados.** Presentamos un caso de una mujer de 64 años con un cuadro de 6 meses consistente en hipoglucemias sintomáticas esporádicas en quien se hizo diagnóstico de insulinoma por TAC, RMN, Ecoendoscopia y Octreoscan negativos para lesiones pancreáticas. La paciente fue llevada a pancreatectomía distal con complicación vascular que requiere de la realización de esplenectomía. La pato-

logía fue reevaluada concluyendo diagnóstico de nesidioblastosis. La paciente persiste con síntomas de hipoglicemia en los meses posteriores a la cirugía por lo cual se reinician los estudios de laboratorio e imagenología. Se evidencia entonces una lesión con aumento de la vascularización en la cabeza del páncreas de 1 cm de diámetro, adyacente al proceso uncinado. Se considera llevarla a cirugía encontrando una lesión de 1.5x1.5 cm en la cara posterior de la cabeza del páncreas a la cual se realiza enucleación. Patología de la lesión reporta tumor neuroendocrino bien diferenciado de tipo insulinoma pancreático encapsulado con hemorragia y trombosis vascular. Durante el posoperatorio la paciente permanece sin nuevos episodios de hipoglicemia con cifras de insulina plasmática dentro de límites normales.

**Conclusión.** Este caso en particular nos muestra la necesidad imperante de hacer un diagnóstico clínico y paraclínico certero de la enfermedad y la obligación del grupo médico/quirúrgico para utilizar todos los medios imaginológicos necesarios para ofrecer una buena garantía de certeza en el diagnóstico topográfico que evite a los pacientes intervenciones quirúrgicas innecesarias que de otra manera aumentan el riesgo de morbilidad.

## GASTROINTESTINAL

### 01-006

#### Manejo de perforación esofágica benigna con *stent*

Juan Pablo Ruiz, Mario Abadía, Orlando Velásquez, Mario Barrera  
Hospital Infantil Universitario de San José  
Bogotá, D.C., Colombia  
mariohbl@gmail.com

**Introducción.** La perforación esofágica es una entidad infrecuente y con implicaciones clínicas importantes cuando se presenta, el diagnóstico y tratamiento precoz cambia definitivamente el pronóstico de dicha situación; la etiología iatrogénica se ha convertido en la causa más común en nuestros tiempos y el manejo sigue siendo controvertido tomando los *stents* esofágicos un papel importante.

**Objetivo.** Reportar el caso de una perforación esofágica benigna no iatrogénica manejado exitosamente con *stent* metálico recubierto.

**Material y método.** Paciente de 64 años que sufre perforación esofágica benigna a nivel de tercio medio del esófago por cuerpo extraño, documentada por endoscopia digestiva alta y tomografía. En el momento del diagnóstico estable hemodinámicamente y sin signos de respuesta inflamatoria sistémica, se elige la opción de manejo médico con *stent* metálico recubierto colocado vía endoscópica. Se realiza control imaginológico de la adecuada posición del *stent* y soporte nutricional con sonda nasogástrica colocada a través del *stent*. No requirió otros procedimientos ni drenaje quirúrgico.

**Resultados.** La paciente tuvo una evolución favorable sin elevación de reactantes de fase aguda, tolerando posteriormente la vía oral y lográndose el alta.

**Conclusión.** El diagnóstico y tratamiento temprano de la perforación esofágica cambia ostensiblemente el pronóstico y la morbilidad asociada a dicha patología. Los principios de manejo que involucran antibiótico, reparo y drenaje quirúrgico; continúan siendo controvertidos y reevaluados constantemente. Actualmente

el *stent* toma un papel importante en casos seleccionados evitando comorbilidades y complicaciones asociadas al manejo quirúrgico como en el caso actual.

### 01-014

#### Reducción del vaciamiento gástrico retardado posterior a pancreatoduodenectomía: preservación del píloro o resección del píloro con preservación gástrica subtotal?

Oscar A. Guevara, Iván Martín, Ricardo Oliveros  
Instituto Nacional de Cancerología,  
Universidad Nacional de Colombia  
Bogotá D.C., Colombia  
oaguevarac@yahoo.com

**Introducción.** Algunos estudios sugieren que la Pancreatoduodenectomía con resección de píloro y preservación gástrica subtotal (PDrP) puede reducir el vaciamiento gástrico retardado (VGR), así como la entero-enterostomía de Braun.

**Objetivo.** Comparar la incidencia de VGR en pacientes con PDrP y en pacientes con Pancreatoduodenectomía con preservación del píloro (PDPP).

**Material y método.** Estudio de “antes y después”, en un centro de referencia oncológica, incluyendo pancreatoduodenectomías consecutivas y excluyendo los procedimientos con antrectomía. En grupos secuenciales realizó Pancreatoduodenectomía con preservación del píloro (PDPP), PDrP y PDrP con entero-enterostomía de Braun (PDrP-B) en 14, 14 y 15 pacientes respectivamente. Los desenlaces fueron la incidencia de VGR y el día de tolerancia a la vía oral en el postoperatorio, realizando un análisis separado de los pacientes sin fístula pancreática Grado B/C.

**Resultados.** No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos las variables prequirúrgicas. La mediana de edad fue 60 años (RIQ 49-65) y la estancia hospitalaria 12 días (RIQ 10-20). Cinco pacientes desarrollaron fístula pancreática grado B/C y 48 % VGR (25 % grado B/C). Excluyendo pacientes con fístula pancreática grado B/C, el análisis mostró VGR en 64 %, 64 % y 30 % (p=0.15), y día promedio de tolerancia a la vía oral 8, 9 y 6 posoperatorio (p=0.08), en PDPP, PDrP y PDrP-B respectivamente.

**Conclusión.** En este grupo, hubo una tendencia hacia la tolerancia temprana a la vía oral y menor incidencia de DGE en los pacientes con PDrP-B, respecto a pacientes con PDPP y PDrP, cuando se excluyeron pacientes con fístula pancreática grado B/C.

### 01-023

#### Correlación clínico quirúrgica de esplenectomías por causas médicas en el Hospital Universitario de Neiva

Luis Eduardo Sanabria, Francisco Ruíz, Rina Luna, Sergio Siado, Jhon Willianson  
Hospital Universitario de Neiva,  
Universidad Surcolombiana  
Neiva, Huila, Colombia  
lesanabiar@gmail.com

**Introducción.** La esplenectomía se realiza para el manejo patologías hematológicas. En el Hospital Universitario de Neiva los servicios

de Medicina Interna y Hematología interconsulta a Cirugía General solicitando la realización de la esplenectomía que es discutida en Junta. Se desconoce la evolución clínica y concordancia diagnóstica posoperatoria.

**Objetivo.** Revisar y evaluar la concordancia de la indicación de esplenectomía por causas médicas, con los resultados anatomopatológicos y la mejoría de los pacientes.

**Material y método.** Serie de casos, pacientes esplenectomizados por causa no traumática en el Hospital Universitario de Neiva del 1 enero 2007 y 31 de diciembre 2013. Revisión de historias clínicas para definir su indicación y concordancia con los hallazgos anatomopatológicos y la evolución clínica. Se excluyen menores de 13 años, esplenectomías por lesiones oncológicas de órganos adyacentes e historias incompletas. Como los hallazgos de patología no son específicos se revisó cada caso con los patólogos.

**Resultados.** 27 pacientes estudiados, concordancia en 25 (92.6 %), 1 (3.7 %) con patología infecciosa que indicaba la cirugía y 1 (3.7 %) sin concordancia en el que no estaba indicada la cirugía. Mejoraron 22 (81.5 %), 5 (18.5 %) no mejoraron, 4 con PTI y 1 con anemia hemolítica. 1 mortalidad postoperatoria tardía por causa distinta a la patología de base.

**Conclusión.** Se reporta 93.3 % de indicación quirúrgica, con concordancia entre el diagnóstico preoperatorio y patológico de 92.6 %, 1 (3.7 %) con linfoma sin indicación quirúrgica. Mejoraron el 81.5 % y en el 18.5 % la esplenectomía fue inefectiva. Los hallazgos son similares a los reportados en la literatura mundial.

#### 01-028

### **Análisis de la supervivencia en una cohorte de 132 pacientes con cirugía de Whipple en la ciudad de Medellín**

*Sergio Hoyos, Jaime Chávez, Álvaro Duarte, Cristina Ángel, Ángela Segura*  
Hospital Pablo Tobón Uribe  
Medellín, Colombia  
jchavez@hptu.org.co

**Introducción.** Existen múltiples publicaciones de centros de excelencia en el mundo de mortalidad a largo plazo en cirugía de Whipple, pero en Colombia son pocos los reportes con una serie significativa de casos que documente cual es el comportamiento en términos de sobrevida de los tumores periampulares.

**Objetivo.** Identificar los factores asociados a la sobrevida de los pacientes operados por tumores periampulares en el hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín.

**Material y método.** Estudio descriptivo de una serie consecutiva de pacientes sometidos a cirugía de Whipple. Para el análisis univariado se definieron medidas de frecuencia y tendencia central, la supervivencia se evaluó mediante las curvas de Kaplan Meier. En el análisis bivariado, se usó Chi cuadrado para las variables categóricas y para los análisis de supervivencia se usó Log Rank test. En el análisis multivariado se hizo regresión de Cox.

**Resultados.** Se realizaron 132 resecciones de tumores periampulares. La mediana de edad fue de 60 años, 53.8 % correspondió a hombres. El diagnóstico definitivo de patología fue de tumor periampular en

el 95.5 %. La sobrevida actuarial a 80 meses fue del 30 %, la cual al diferenciar entre cáncer de páncreas y los otros tumores cambió de manera significativa siendo del 8 % en cáncer de páncreas y del 55 % en los otros tumores. En el análisis bivariado, las variables con significancia estadística respecto a la sobrevida fueron edad, cáncer de páncreas, reoperación, sangrado posoperatorio, compromiso ganglionar y neuronal en la pieza de patología. En el análisis multivariado todas estas generaron un HR de riesgo significativo excepto compromiso linfovascular, pero al ajustar con las demás variables, mantienen un riesgo significativo la edad, reoperación y sangrado posoperatorio solamente.

**Conclusión.** Los tumores periampulares son una serie diversa de neoplasias. La resección quirúrgica es la única opción de curación, pero la supervivencia del cáncer de páncreas sigue siendo muy pobre y es menor del 10 % a largo plazo.

#### 01-038

### **Complicaciones y factores de riesgo asociados a la realización de gastrectomía laparoscópica por cáncer en la ciudad de Cali, Colombia**

*Ivo Siljic, Jessica Correa, Herney Andrés García, Omar Zorrilla, Mauricio Zuluaga*  
Universidad del Valle  
Cali, Colombia  
jcm1603@hotmail.com

**Introducción.** La gastrectomía laparoscópica es un procedimiento que viene realizándose por aproximadamente 2 décadas en el mundo, la experiencia en nuestra ciudad es poca razón por la cual se considera necesario determinar la incidencia de complicaciones en gastrectomía laparoscopia en pacientes con cáncer e identificar factores de riesgo asociados a ellas.

**Objetivo.** Determinar la incidencia de complicaciones en gastrectomía laparoscopia en pacientes con cáncer e identificar factores de riesgo asociados a ellas.

**Descripción del trabajo.** Se recolectaron datos desde julio del 2011 hasta Abril del 2014 de pacientes con cáncer gástrico sometidos a gastrectomía laparoscópica, se determinaron variables preoperatorias, intraoperatorias y posquirúrgicas y se obtuvieron los respectivos datos de las historias clínicas. Se utilizó programa de estadística descriptiva e inferencial. Se compararon variables categóricas con chi2 y continuas con *t student*.

**Resultados.** Se obtuvo una muestra de 74 pacientes. La mediana de la edad poblacional fue de 62 años. Del total de pacientes intervenidos el 30 % (22 pacientes) presentó algún tipo de complicación, el tiempo promedio del acto quirúrgico fue de 190 minutos.

**Conclusión.** Ninguna de las variables fue predictor de complicaciones, podría explicarse por poco tamaño de muestra y carencia de datos, investigaciones futuras son necesarias.

#### 01-039

### **Factores perioperatorios asociados a conversión a cirugía abierta, en esplenectomía laparoscópica**

*Manuel Santiago Mosquera, Eduart Iván Valbuena, Akram Kadamani, Gabriel Sánchez*

Fundación Cardioinfantil, Universidad de La Sabana.  
Bogotá, D.C., Colombia.  
maospaz@hotmail.com, eduartvalbuena@gmail.com,  
cirujanosgenerales@cardioinfantil.org

**Introducción.** La esplenectomía laparoscópica (EL) es un procedimiento seguro y eficaz para el manejo de algunas enfermedades hematológicas, con ventajas reconocidas frente al abordaje abierto.

**Objetivo.** Establecer las variables perioperatorias asociadas a conversión a cirugía abierta, en pacientes a quienes se realizó esplenectomía laparoscópica en una institución de alta complejidad.

**Materiales y métodos.** Se llevo a cabo un estudio observacional retrospectivo, con adultos a quienes se realizó esplenectomía laparoscópica por condiciones hematológicas, o enfermedades benignas del bazo, en la Fundación Cardioinfantil, Bogotá (febrero de 2000 - febrero de 2014). Las variables evaluadas fueron recolectadas consultando la historia clínica. Se definió significancia estadística para un valor de  $p < 0,05$ . Los datos fueron analizados en el software SPSS V18.

**Resultados.** Se incluyeron 52 pacientes, 59,6 % mujeres, con una edad promedio de  $39,4 \pm 14,9$  años. El diagnóstico principal fue purpura trombocitopenica idiopática (71,2 %), seguido de anemia hemolítica autoinmune (11,6 %). Se identificaron bazos accesorios en el 13,5% de los casos. La tasa de complicaciones fue de 32,7 %, siendo la hemorragia la más destacada (21,2 %). En 12 procedimientos se requirió de conversión a cirugía abierta (23 %). Se encontraron diferencias significativas para conversión por sexo ( $p=0,008$ ), enfermedades asociadas ( $p=0,04$ ) y esplenomegalia al examen físico ( $p=0,021$ ). Todos los pacientes que requirieron conversión tuvieron alguna complicación intraoperatoria. El tiempo de estancia hospitalario fue mayor (5,67 *versus* 3,73 días) en los casos que requirieron conversión ( $p=0,001$ ).

**Conclusión.** Variables como sexo, comorbilidades y esplenomegalia preoperatorias se asocian a conversión a cirugía abierta, por lo que deben ser evaluados para elegir la vía de abordaje, ya que esto incrementa el tiempo de estancia hospitalaria.

#### 01-041

### Adrenalecomía por laparoscopia en un servicio de cirugía endocrina de IV nivel: evaluación de los desenlaces

Juan Pablo Dueñas, Ángela María Díaz, Juan Esteban Botero,  
Santiago Gómez, Lucas Bojanini  
Hospital Pablo Tobón Uribe, Instituto de Cancerología las Américas (IDC)  
Medellín, Colombia  
jpduenas@cirendocrina.com

**Introducción.** El abordaje quirúrgico de los tumores de las glándulas suprarrenales es complejo dada su ubicación retroperitoneal. La aproximación abierta demanda disección y trauma quirúrgico importantes, generando morbimortalidad sustancial. Desde que se describió en 1992 la adrenalectomía laparoscópica numerosas publicaciones han mostrado su eficacia y seguridad, siendo considerada actualmente la técnica de elección en enfermedad benigna. Aún hay controversias respecto al manejo laparoscópico de enfermedad maligna.

**Objetivo.** Evaluar el desenlace de los pacientes con resección transperitoneal laparoscópica de tumores suprarrenales, factores

de conversión, complicaciones y el resultado en el seguimiento clínico.

**Material y método.** Análisis retrospectivo de pacientes llevados a adrenalectomía laparoscópica con tumores suprarrenales de diferente etiología por 1 cirujano en 3 años (Mayo 2011-mayo 2014), en el Instituto de Cancerología Las Américas y el Hospital Pablo Tobón Uribe.

**Resultados.** Se analizaron 43 pacientes (Hombres 8, mujeres 35), con edad media 49.6 años (17-83). La indicación de adrenalectomía laparoscópica fue feocromocitoma (34.8 %), enfermedad de Cushing (23.2 %), incidentaloma (20.9 %) aldosteronoma (9.3 %), metástasis (9.3 %) y tumor virilizante (2.3 %). 1 paciente requirió conversión a cirugía abierta por sangrado, 1 paciente presentó sangrado tardío (72 horas) y 1 paciente ileus. Ningún paciente falleció. En el seguimiento postoperatorio todos los pacientes presentaron resolución de los síntomas, sin evidencia a la fecha de recidiva hormonal.

**Conclusión.** La adrenalectomía laparoscópica por vía transperitoneal es un método seguro y eficaz, con pocas complicaciones, baja tasa de conversión a cirugía abierta y sin mortalidad reportada en nuestra esta serie de casos.

#### 01-042

### Endoscopia y esófago de Barrett: ¿En qué fallamos?

Bernardo Alberto Borrás, Felipe Bernal, Jaime Solano, Belén Mendoza de Molano, Catalina Ceballos, Dauris Ortega, Carlos Luna-Jaspe, Marco E Allaix, Marco G. Patti  
Universidad de Chicago, Chicago, IL, USA, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.  
Chicago, IL, USA / COLOMBIA  
bborraez@hotmail.com

**Introducción.** El esófago de Barrett es una metaplasia intestinal especializada cuyo diagnóstico consiste en: Identificación de la mucosa color salmón en el esófago, apropiada ejecución de las biopsias y confirmación histológica.

**Objetivo.** Los objetivos del estudio fueron determinar: (a) sensibilidad de la inspección endoscópica comparada con los resultados de patología y (b) precisión de la descripción visual del esófago de Barrett en Colombia comparado con otros países.

**Material y método:** Estudio multicéntrico internacional, revisión prospectiva de bases de datos. Evaluamos los hallazgos endoscópicos de 347 pacientes con sospecha de esófago de Barrett y lo comparamos con los reportes de patología. Además determinamos cuan frecuente se llevo a cabo la adecuada descripción de los hallazgos endoscópicos y apropiado protocolo de biopsias en 3 países.

**Resultados.** La presencia de esófago de Barrett fue confirmada en 133 de 347 pacientes (38 %). Metaplasia intestinal se presentó en 118 de 133 pacientes (89 %) y displasia de bajo grado en 15 pacientes (11 %). La morfología del esófago de Barrett fue descrita en 262 de 347 pacientes (76 %) y la longitud en 205 de estos (59 %). La media de biopsias fue de  $3.6 \pm 2.2$ .

**Conclusión.** Los resultados del estudio muestran: (a) la inspección visual para el diagnóstico del esófago de Barrett tiene baja sensibilidad. (b) una adecuada descripción del esófago de Barrett en Colombia fue realizada en alrededor de la mitad de los pacientes. Este estudio sugiere la necesidad de seguimiento de las guías de la Asociación

Americana de Gastroenterología para optimizar el diagnóstico del esófago de Barrett.

**01-043**

### **Manejo del síndrome de intestino corto en el hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín**

*Carlos Ernesto Guzmán, Álvaro Mena, Sergio Iván Hoyos, Sandra Milena Alzate, Carolina Echeverri*  
Hospital Pablo Tobón Uribe  
Medellín, Colombia  
cguzman@hptu.org.co

*Introducción.* Desde 1950 el manejo del síndrome de intestino corto ha tenido un desarrollo progresivo en el mundo, favorecido por los avances en la nutrición parenteral total ciclada ambulatoria, las cirugías reconstructivas intestinales y el trasplante de intestino delgado.

*Objetivo.* Reportar la evolución de nuestros pacientes, sus complicaciones, sus logros y las lecciones aprendidas con esta enfermedad.

*Material y método.* Es un estudio descriptivo de la evolución de 51 pacientes, desde diciembre de 2005 hasta el 1 de mayo de 2014.

*Resultados.* En 43 pacientes se logró la resolución completa de su desnutrición y 2 están en el proceso; en 27 se logró una rehabilitación intestinal (la mayoría con cirugía reconstructiva intestinal) y el posterior desmonte completo de la NPT; 8 requirieron trasplante de intestino, uno un trasplante multivisceral estándar, una un trasplante de hígado con intestino en bloque, 4 están en proceso para trasplante de intestino, 8 están en proceso de rehabilitación intestinal y 2 se vienen manejando en forma definitiva con NPT ciclada ambulatoria.

*Conclusión.* El llevar la mayoría de estos pacientes a una rehabilitación nutricional adecuada, piedra angular para lograr una rehabilitación intestinal adecuada, nos estimula para compartir con los demás cirujanos colombianos que el manejo del síndrome de intestino corto con nutrición parenteral total ciclada ambulatoria temporal o definitiva, o con trasplante de intestino aislado o con otros órganos ya es una realidad en el mundo y en Colombia.

**01-044**

### **Experiencia en tumores retroperitoneales en el Instituto Nacional de Cancerología en un periodo de 11 años (2000 – 2011)**

*Mauricio García, Carlos Lehmann, Nubia Elisa Prada, Diana Ríos, Héctor López, Sandra Díaz, Oscar García, Javier Ángel*  
Instituto Nacional de Cancerología  
Bogotá, D.C., Colombia  
maurogmora@hotmail.com

*Introducción.* Los tumores retroperitoneales son neoplasias poco frecuentes, de manejo difícil manejo. A la fecha el tratamiento quirúrgico es la única opción curativa que puede ofrecerse a pacientes con ésta patología.

*Objetivo.* Describir las características clinicopatológicas, evolución postoperatoria y desenlaces oncológicos de los pacientes con diagnóstico de tumor de tejidos blandos retroperitoneal operados en el instituto nacional de Cancerología entre el 2000 al 2011.

*Material y método.* Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, que incluyó 101 pacientes operados por tumor retroperitoneal entre los años 2000 a 2011.

*Resultados.* La resección quirúrgica completa se alcanzó en el 74.3 % de los pacientes. La mediana de seguimiento fue de 516 días. La recaída local se presentó en el 54.2 % de los pacientes. La progresión sistémica fue de 25%, siendo los principales sitios de progresión los tejidos blandos (9.7 %), hígado (6.9 %) y pulmón (2.8 %). La supervivencia global fue de 77.8 %, 53.3 % y 41.1 % a 1, 3 y 5 años respectivamente.

*Conclusión.* Presentamos la experiencia del Instituto Nacional de Cancerología en el manejo de los tumores retroperitoneales durante un periodo de 11 años y la serie más grande en su tipo a nivel nacional, mostrando resultados muy similares a los descritos a la literatura.

**01-060**

### **GIST gástrico, resolución por videolaparoscopia**

*Mauricio Zuluaga, José Omar Zorrilla, IvoV Siljic, Juan Carlos Valencia, Uriel Ovidio Cardona*  
Clínica de Occidente Cali, Clínica Saludcoop, Hospital Universitario del Valle  
Cali, Valle, Colombia  
mauriciozuluagaz@yahoo.es

*Introducción.* El tumor estromal gastrointestinal (GIST) es el tumor mesenquimal más frecuente en el tracto digestivo. La mayoría de los GIST poseen una característica mutación en la función del gen c-KIT, que codifica el receptor KIT para el factor de células *Stem*. La cirugía laparoscópica se ha convertido en una herramienta fundamental en la resolución de este tipo de patologías.

*Objetivo.* Revisar los casos de GIST gástrico y su resolución por medio de la cirugía mínimamente invasiva.

*Material y método.* Revisión de 10 casos de gastrectomía por GIST realizados desde enero 2013 hasta abril 2014.

*Resultados.* Se realizaron 10 casos de gastrectomía por GIST por laparoscopia, no se reportaron mortalidades o fistulas, el tiempo operatorio fue de 180 minutos en promedio, la estancia hospitalaria fue de 7 días en promedio. Se realizaron 6 casos de gastrectomía subtotal y 6 casos de resecciones en cuña.

*Conclusión.* La cirugía mínimamente invasiva es una herramienta para la resolución de las patologías gastrointestinales. Las resecciones por laparoscopia han disminuido las complicaciones y las altas estancia hospitalarias.

**01-062**

### **Papel de la laparoscopia en cáncer gastrointestinal. Reporte de 10 casos con cáncer avanzado**

*Mauricio Zuluaga, Ivo Siljic, Juan Carlos Valencia, Uriel Ovidio Cardona*  
Clínica de Occidente Cali, Clínica Farallones, Hospital Universitario del Valle  
Cali, Valle, Colombia  
mauriciozuluagaz@yahoo.es

**Introducción.** La cirugía mínimamente invasiva en cáncer gastrointestinal ofrece múltiples beneficios en este tipo de pacientes.

**Objetivo.** Revisión de la literatura sobre las utilidades de la laparoscopia en cáncer gastrointestinal

**Material y método.** Se revisa una serie de 10 pacientes con cáncer gastrointestinal avanzada (estadio IV), a los cuales se le realizó laparoscopia diagnóstica, manejo de dolor con métodos como neulolisis del plexo celiaco por laparoscopia y el manejo posquirúrgico con baja tasa de complicaciones y estancias hospitalarias cortas.

**Resultados.** Se realizó laparoscopia diagnóstica en pacientes con neoplasias gastrointestinales avanzadas, se evitó cirugía abierta, se realizó toma de biopsias y control del dolor por vía laparoscópica.

**Conclusión.** La cirugía mínimamente invasiva tiene clara indicación en los pacientes con neoplasias gastrointestinales avanzadas.

#### 01-064

### Complicaciones asociados a la realización de gastrectomía laparoscópica

*Ivo Siljic Bilicic, José Omar Zorrilla, Mauricio Zuluaga, Juan Carlos Valencia, Uriel Cardona, Jesica Correa, Herney García*  
Clínica de Occidente  
Cali, Colombia  
ivosiljic@yahoo.com

**Introducción.** Las estadísticas de morbilidad y mortalidad nacional generadas por el grupo ASIS (1), muestran como la patología neoplásica es la tercera causa de muerte global. A nivel de Cali- Valle del Cauca, el cáncer gástrico es el tipo de neoplasia más frecuente y es la tercera causa de muerte asociada a patología oncológica.

Cuando se habla de gastrectomía laparoscópica GL se entiende que es un método para llevar a cabo tanto la resección y la anastomosis con la técnica laparoscópica. Se considera necesario determinar la incidencia de complicaciones en gastrectomía laparoscopia en pacientes con cáncer e identificar factores de riesgo asociados a ellas.

**Objetivo.** Determinar la incidencia de complicaciones en gastrectomía laparoscopia en pacientes con cáncer e identificar factores de riesgo asociados a ellas.

**Materiales y métodos.** Métodos: se recolectan datos desde julio del 2011 hasta Abril del 2014 de pacientes con cáncer gástrico sometidos a gastrectomía laparoscópica, se determinan variables preoperatorias, intraoperatorias y posquirúrgicas y se obtienen los respectivos datos de las historias clínicas.

**Resultados.** Se obtiene una muestra de 74 pacientes sometidos a gastrectomía laparoscópica por cáncer. La mediana poblacional fue de 62 años (pacientes con edades entre los 29 y 81 años). La distribución por género fue de 35 hombres y 39 mujeres, siendo el género femenino el más frecuente con un 52 %. La intervención quirúrgica fue más frecuente que se hiciese de forma electiva 46/74 con un 62 %.

El tiempo promedio del acto quirúrgico fue de 190 minutos con rango que va desde los 115 a 280 minutos. Se analizó cada variable con las variables de complicación.

**Conclusión.** Se realizó un estudio observacional analítico de tipo retrospectivo no encontrándose asociación estadísticamente signifi-

cativa entre ninguna las variables y la complicación, es decir ninguna de las variables fue predictor de complicación.

#### 01-065

### Cirugía laparoscópica avanzada, iniciando un programa en un hospital de II nivel

*Ivo Siljic Bilicic, Mauricio Zuluaga, Uriel Cardona, Juan Carlos Valencia*  
Hospital San Juan de Dios de Cali  
Cali, Valle, Colombia  
mauriciozuluagaz@yahoo.es, ivosiljic@yahoo.com

**Introducción.** La cirugía mínimamente invasiva ofrece beneficios en la resolución de patología gastrointestinal compleja. Tiene múltiples indicaciones en el paciente con patología gastrointestinal benigna y maligna.

**Objetivo.** Presentar serie de casos realizados en hospital San Juan de Dios de la ciudad de Cali, Colombia

**Material y método.** Se evaluaron los casos realizados entre enero 2013 a abril 2014. Se realizaron en total 19 procedimientos mayores, 8 gastrectomías subtotales, 1 gastrectomía total, 5 cirugías colorrectales y 5 neulolisis del plexo celiaco por patología gastrointestinal avanzada.

**Resultados.** La cirugía laparoscópica avanzada en centros de II nivel, se ofrece como una alternativa al manejo de pacientes con patología gastrointestinal compleja.

**Conclusión.** La cirugía laparoscópica avanzada es una herramienta que se debe democratizar en todas las instituciones debido a los beneficios manifiestos que ella ofrece a los pacientes.

#### 01-071

### Endometriosis del intestino delgado, un caso de obstrucción tratado por videocirugía

*Juan Carlos Valencia, Mauricio Zuluaga, Uriel Cardona, Ivo Siljic,*  
Clínica Farallones de Cali  
Cali, Colombia  
percutanea@aol.com

**Introducción.** La forma de presentación de la endometriosis tiene un amplio espectro, sin embargo la presencia de obstrucción intestinal por esta causa es muy poco frecuente. El uso de Videocirugía en pacientes con signos clínicos de obstrucción intestinal tiene cada vez más cabida dentro de las herramientas diagnósticas y terapéuticas.

**Objetivo.** Mostrar el uso de la Cirugía Mínimamente Invasiva en el diagnóstico y tratamiento de obstrucción intestinal sin causa clara.

**Material y método.** Se presenta un caso de una mujer de 27 años quien consulta por dolor abdominal de varias semanas de evolución, con exacerbación en los tres días previos a su ingreso al servicio de urgencias. Además del dolor, manifestaba distensión abdominal y ausencia de deposiciones en los dos últimos días. Su único antecedente de importancia era el de apendicetomía abierta por apendicitis complicada a los 7 años de vida. Al examen físico, la paciente se encontraba estable, sin signos de irritación peritoneal, con distensión moderada del abdomen y dolor en cuadrante inferior derecho. Se hizo una Tomografía que mostró distensión de asas de intestino

delgado con un aparente sitio de transición en íleon distal, sin signos indirectos de complicación. Se sospechó obstrucción secundaria a adherencias peritoneales y se planteó abordaje por laparoscopia. No hubo presencia de adherencias, sin embargo se encontró una lesión estenosante de aproximadamente 3 cm en íleon distal a 12 cm de la válvula ileocecal. Se practicó liberación de íleon distal y colon derecho y extracción por pequeña incisión de Rocky Davis a través de la cicatriz previa. Se resecó la lesión y se hizo anastomosis extracorpórea con grapadora por técnica de Barcelona.

*Resultado.* El resultado fue satisfactorio, la paciente fue dada de alta al tercer día y el resultado de la histología reveló Endometriosis.

*Conclusión.* La videocirugía cobra cada vez un papel más importante en el abordaje de pacientes con signos de obstrucción intestinal que se encuentran estables y sus resultados son muy satisfactorios.

#### 01-072

### **Abordaje laparoscópico por técnica de Hasson modificada, disminuyendo el riesgo de injuria. “Técnica de Cali” nuestros primeros 1000 casos**

*Juan Carlos Valencia, Mauricio Zuluaga, Uriel Cardona, Ivo Siljic*  
Clínica Farallones de Cali, Clínica Saludcoop Cali sede norte  
Cali, Colombia  
percutanea@aol.com

*Introducción.* La inserción del primer puerto para abordaje laparoscópico ha sido tema de discusión. El riesgo de lesiones viscerales o vasculares ha sido considerado y se han utilizado diferentes técnicas alternativas a la introducción directa del trocar, entre ellas el uso de Aguja de Veres, y desde hace 4 décadas la técnica abierta descrita por Hasson. Las revisiones sistemáticas no habían mostrado ninguna diferencia en los resultados con ninguna de las técnicas sin embargo en 2012 se presentó una revisión sistemática en la cual se favorece a la técnica abierta por presentar una disminución de las complicaciones menores comparado con las otras técnicas

*Objetivo.* Se presenta un método para abordaje laparoscópico para inserción del primer puerto, conservando las bondades de la seguridad de la técnica de Hasson, pero disminuyendo los pasos y la cantidad de instrumental usado, con la consecuente optimización del tiempo quirúrgico.

*Material y método.* En el periodo de Julio de 2009 hasta Diciembre de 2013, se realizaron 1000 procedimientos laparoscópicos, en los cuales se utilizó la técnica de Hasson modificada, llamado por nosotros “Técnica de Cali”, en la cual se practica una incisión longitudinal, transumbilical de 10 mm, reparando los bordes con una sutura en forma de U de polipropileno o Poliglactina de calibre 0 y se hace disección con pinza de Kelly hasta llegar a la cavidad, posteriormente se introduce un separador de Senn Miller con el cual se levanta la pared, alejándola de las vísceras aproximadamente 5 a 7 cm, disminuyendo así los riesgos de lesión visceral

*Resultados.* Se practicaron 1000 abordajes por esta técnica para cirugías de colecistectomías, apendicetomías, laparoscopias exploratorias, reparación de hernias y resecciones de órganos por causa oncológica o benigna. No hubo ninguna complicación mayor (Visceral o Vascular) y las complicaciones menores estuvieron por debajo de las reportadas por la literatura

*Conclusión.* El abordaje laparoscópico por “Técnica de Cali” es sencillo, seguro, conserva las ventajas de la técnica descrita por Hasson, pero la optimiza y presenta menos complicaciones menores que las descritas.

## **CIRUGIA BARIATRICA**

#### 01-013

### **Cirugía bariátrica de conversión**

*Andres Felipe Salazar, José Gonzalo Moros, Liliana Cuevas*  
Hospital Universitario San Ignacio  
Bogotá, D.C., Colombia  
lcuevas@husi.org.co

*Introducción.* Las cirugías de conversión incluyen una amplia variedad de procedimientos quirúrgicos, los cuales tienen indicaciones claras y deben ser realizados con todo el rigor de la técnica por parte del cirujano bariátra, dado que este tipo de procedimientos implica una reoperación en un paciente ya sometido a una cirugía mayor, que además puede tener comorbilidades importantes, malnutrición, déficit proteico y de vitaminas, que puede llevar a una morbilidad significativa derivada del procedimiento quirúrgico.

*Objetivo.* Presentar la casuística de cirugías bariátricas de conversión en el Hospital Universitario San Ignacio, haciendo un análisis estadístico de las características de la población sometida a este tipo de procedimientos y sus desenlaces asociados.

*Material y método.* Análisis de la base de datos de la Clínica de Obesidad del Hospital Universitario San Ignacio con una revisión de la literatura al respecto de las indicaciones, procedimientos y desenlaces en los pacientes sometidos a cirugía bariátrica de conversión, así como revisión de los diferentes tipos de procedimientos.

*Resultados.* Se presenta una revisión de los casos de cirugía bariátrica de conversión de la institución, la cual representa una serie con un importante número de pacientes sometidos a dicho tipo de procedimientos, encontrando una morbilidad importante al compararlo con los resultados de los procedimientos bariátricos primarios.

*Conclusión.* El cirujano bariatra debe estar familiarizado con los diferentes tipos de procedimientos quirúrgicos de conversión, sus indicaciones y sus desenlaces, a su vez que debe tener presente que este tipo de procedimientos implica una morbilidad mayor a los procedimientos bariátricos primarios.

#### 01-027

### **Factores pronósticos de curación en Diabetes Mellitus tipo 2 en la población de pacientes llevados a cirugía bariátrica en el Hospital San Ignacio**

*Fabio Eduardo Pinzón, Oscar David Rubio, Andrés Felipe Salazar, José Gonzalo Moros*  
Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Hospital Universitario San Ignacio  
Bogotá, D.C., Colombia  
oscardavid2@hotmail.com

*Introducción.* La prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 se está incrementando en el mundo, hasta un 90 por ciento de los casos de

diabetes pueden ser prevenidos evitando la obesidad. Mas del 67 % de la población con diabetes tiene un índice de masa corporal igual o mayor a 30. Hasta el 78,1 % de los pacientes diabéticos tienen una resolución completa de la diabetes luego de cirugía Bariátrica o disminución en los requerimientos de la utilización de insulina y disminución en los valores de HbA1c y cifras de glicemia en ayunas.

**Objetivo.** Determinar cuál es el porcentaje de curación de Diabetes Mellitus Tipo 2 y sus factores pronósticos en una población adulta con obesidad mórbida con IMC >35 llevada a cirugía Bariátrica en el Hospital Universitario San Ignacio.

**Material y método.** Estudio retrospectivo observacional de 100 ptes con DM2, para identificar factores asociados a la curación o mejoría de la Diabetes Mellitus tipo 2, analizando la base de datos y las historias clínicas de pacientes con obesidad mórbida llevados a cirugía Bariátrica entre julio/2012 y agosto 30 del 2013 con IMC mayor a 35 kg/m2. Seguimiento de pacientes con examen físico en consulta médica y reportes de paraclínicos del hospital.

Variables estudiadas

1. Índice de masa corporal (IMC kg/m2)
2. Tiempo de evolución de la Diabetes Mellitus tipo 2
3. HbA1c % inicial
4. Glicemia en ayunas
5. Tratamiento previo con antidiabéticos orales y/o insulina

**Conclusión.** Hay varios factores pronósticos para curación de la DM2 en la población post cirugía Bariátrica en nuestro hospital, dentro del cual el más importante es el tiempo de utilización de insulina previa a la cirugía, además los porcentajes de curación de DM2 está acorde con los reportados en la literatura pero que se requiere seguimiento a más largo plazo y con mas pacientes para poder definir factores pronósticos para la población a estudio.

## COLON Y RECTO

### 01-004

#### Duplicación apendicular. Implicaciones Médico-Legales de una rara anomalía clínica

*Sergio Alberto Sanz, Andrés Eduardo Gómez*  
Hospital universitario Federico Lleras Acosta; Universidad del Tolima  
Ibagué, Colombia  
sersanz@yahoo.es

**Introducción.** Las anomalías congénitas del apéndice son pocas y raras, con menos de 100 casos reportados en la literatura mundial, desde su descripción original en 1903.

La Duplicación apendicular tiene una evidente repercusión médico-legal, ya que un error en su reconocimiento puede traer serias consecuencias clínicas y legales.

**Objetivo.** Reportar la presentación de un caso de ésta rara anomalía y realizar un trabajo retrospectivo y de revisión de la literatura.

**Material y método.** Tipo de Trabajo: No Experimental.

Estudio de Casos y Controles. Descriptivo en Individuos, A propósito de un caso Retrospectivo.

**Resultados.** Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 37 años, en el Hospital Universitario Federico Lleras Acosta de Ibagué, con clínica de apendicitis aguda por lo que fue llevado a apendicetomía, evidenciando apéndice cecal inflamado supurativo, corroborado por el informe de patología, y 1 año y 8 meses después, ingresa nuevamente con clínica de apendicitis aguda por lo que es llevado a laparotomía, evidenciando apéndice cecal completo, con perforación en la punta, corroborado por anatomía patológica.

Se hace una revisión de la literatura mundial al respecto, con sus respectivas clasificaciones y gráficas.

**Conclusión.** Una exploración rutinaria para una duplicación o anomalía apendicular, definitivamente no se realiza, sin embargo por la baja frecuencia de las presentaciones anómalas no dejan de tener importancia clínica y legal.

Por eso mismo, a pesar de la baja frecuencia, los cirujanos debemos ser conscientes de la

posibilidad de una anomalía apendicular con el fin de evitar consecuencias clínicas y legales.

### 01-012

#### Cierre de colostomías en hospital de III nivel en Colombia

*Diego Camilo Chilatra, Gustavo Poveda, Adonis Ramírez, Diego Oquendo*  
Universidad Surcolombiana,  
Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo  
Neiva, Colombia  
camilochilatra@gmail.co

**Introducción.** El cierre de colostomía busca recuperar la comunicación natural del colon. Complicaciones oscilan entre 10 % y 50 %, mortalidad hasta el 10 %. Complicación más frecuente: infección del sitio operatorio (ISO); menos frecuente pero de mayor morbi-mortalidad: obstrucción por estenosis de anastomosis, fuga, absceso intrabdominal, fístula, muerte.

**Objetivo.** Determinar frecuencias estadísticas en cierre de colostomías en un Hospital de Tercer Nivel de Colombia y compararlo con estadísticas nacionales y mundiales.

**Material y método.** Estudio observacional descriptivo, retrospectivo, tipo serie de casos. Revisión de Historias Clínicas de todos los pacientes llevados a cierre de colostomía en 2008-2012. Análisis estadístico: SPSS Statistics v.22

**Resultados.** 33 pacientes llevados a cierre de colostomía. 72,7 % hombres. Principal indicación de colostomía: trauma por proyectil de arma de fuego (36,4 %), vólvulo del sigmoides y diverticulitis complicada (12,1 %). Colostomía en asa (66,7 %), principal zona ostomizada: colon sigmoides (75,8 %). Mapeo prequirúrgico con colostograma y/o colonoscopia (69,7%). Preparación mecánica del colon (97 %). Cierre con sutura manual (72,7 %). Complicación global (42,4 %), complicaciones mayores (27,3 %), ISO (9,1 %). Sepsis de origen abdominal (18,2 %), 12,1 % shock séptico, falla en anastomosis y colección intra-abdominal. Mortalidad global: 6,1 % (n=2). Tiempo entre construcción y cierre de colostomía: media 54,1

semanas, mínimo 11,0 y máximo 151,3 semanas. Media estancia hospitalaria 15.91 días, mínimo 3 y máximo 156 días.

**Conclusión.** Nuestras estadísticas demuestran más complicaciones mayores y pocas ISO superficial o profunda. Principal indicación de colostomía: trauma en hombres jóvenes. El resto se correlaciona con cifras nacionales y mundiales.

#### 01-019

### Existe correlación entre los hallazgos laparoscópicos con los desenlaces quirúrgicos en apendicitis aguda? Uso de un sistema de graduación de severidad

*Fernando Arias, Gabriel Eduardo Herrera-Almario, Marcos Eduardo Pozo, Natalia Cortés*  
Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá  
Bogotá, D.C., Colombia  
farias00@hotmail.com

**Introducción.** La cirugía laparoscópica permite una evaluación completa del abdomen en apendicitis aguda, lo cual es fundamental para establecer la extensión de la enfermedad. Sería útil un sistema de graduación de la severidad que correlacione hallazgos intraoperatorios y desenlaces quirúrgicos.

**Objetivo.** Correlacionar los hallazgos intraoperatorios con desenlaces quirúrgicos en apendicitis aguda.

**Materiales y métodos.** Entre Julio de 2008 y octubre de 2013 se evaluaron todos los pacientes que fueron llevado apendicetomía laparoscópica por único puerto. Los hallazgos intraoperatorios fueron clasificados utilizando un sistema de clasificación basado en la dificultad de disección y extensión del proceso inflamatorio. Chi cuadrado fue utilizado para evaluar la correlación entre los desenlaces y los diferentes grados de severidad.

**Resultados.** 249 pacientes fueron incluidos para el análisis. De estos, 131 (52.6 %) fueron clasificados como apendicitis aguda no complicada (AANC) y 118 (47.4 %) como apendicitis aguda complicada (AAC). En el grupo de AAC, 27.1 % fueron clasificados como grado I, 56.8% como grado II y 16.1 % como grado 3. Hubo una correlación entre severidad y tiempo operatorio, tolerancia a la vía oral y estancia hospitalaria ( $P < 0.0001$ ). La incidencia de complicaciones incrementó a mayor severidad.

**Conclusiones.** El sistema de clasificación de severidad utilizado en este estudio mostró una reciprocidad entre los desenlaces quirúrgicos y mayor severidad. Hay pobre uniformidad en la descripción de severidad de la apendicitis aguda entre cirujanos. A medida que más casos sean tratados por abordaje laparoscópico con clasificación de severidad, que provea una terminología común para los hallazgos, serán de gran utilidad.

#### 01-024

### Factores de riesgo y resultados de fast track en cirugía de colon y recto

*Abraham Kestenber, Diana Muñoz, Jessica Capre, Sandra Molina*  
Fundación valle del Lili  
Cali, Colombia  
jessicacapre@hotmail.com

**Introducción.** La cirugía *fast track* fue creada buscando optimizar el manejo peri operatoria de los pacientes en cirugía electiva, el dolor, el estrés posquirúrgico buscando aminorar la respuesta catabólica, el dolor, el estrés posquirúrgico y la estancia hospitalaria sin incrementar las complicaciones posquirúrgicas ni la re hospitalización.

**Objetivo.** Analizar los factores de riesgo relacionados con la necesidad de hospitalización mayor a 24 horas en cirugía de colon y recto y describir los resultados de manejo de cirugía de recuperación acelerada en una institución de alta complejidad

**Material y método.** Se revisa base de datos de pacientes manejados bajo protocolo ERAS-mod, sometidos a cirugía de colon y recto entre agosto de 2012 y abril de 2014. Se evalúan las causas de hospitalización mayor a 24 horas y las causas de reingreso hospitalario. Además se analiza prevención del íleo posquirúrgico, control óptimo del dolor, prevención de náuseas y emesis post operatorias, alimentación y deambulación tempranas

**Resultados.** Se incluyeron 79 pacientes, 34 % hombres, edad promedio de 63.9 años. Las comorbilidades más frecuentes fueron HTA 48 %, dislipidemia 11 % . 37 % sin comorbilidades. El ASA fue del 9 %, II en 65 % y III en 27 %.

El 63 % tenían cirugía abdominal previa. La indicación de CC-R fue por patología maligna en 86 %. La localización más frecuente de la lesión fue: Sigmoides 32 %, Recto 28 %, Ciego 18 %.

En el 35 % el alta fue dada el día de la cirugía (manejo ambulatorio), 27 % egresaron en las primeras 24 horas y 38 % más, egresaron después de las primeras 24 horas. Hubo 13 reingresos a 30 días. Tiempo promedio por cirugía 163 min. Intervención más frecuente hemicolectomía derecha 34 %, seguida de Resección anterior de recto 33 %.

**Conclusión.** El 62 % de los pacientes dentro de las primeras 24 horas posquirúrgicas. La morbimortalidad y la probabilidad de reingreso en estos pacientes no fue diferente a lo reportado en la literatura. No hubo mortalidad.

#### 01-029

### Experiencia de la cirugía colorrectal laparoscópica por puerto único en la Fundación Santafé de Bogotá

*Anwar Medellín Abueta, Rafael García Duperly, Eduardo Londoño, Javier Carrera, María Isabel Rizo*  
Fundación Santa Fe de Bogotá  
Bogotá, D.C., Colombia  
anwar\_medellin@hotmail

**Introducción.** La cirugía laparoscópica por un solo puerto ha venido creciendo en estos últimos años aumentando el número de patologías que pueden ser manejadas con esta técnica. La cirugía colorectal no es la excepción, ofreciendo bajo esta técnica un adecuado manejo de la patología benigna o maligna.

**Objetivo.** Mostrar la experiencia del grupo de cirugía colorrectal laparoscópica por puerto único en la Fundación Santafé de Bogotá en pacientes con patología tanto benigna como maligna.

**Material y método.** Se evaluaron de forma retrospectiva los pacientes llevados a cirugía laparoscópica colorrectal por puerto único desde el año 2009 hasta el 2013, analizando sus desenlaces.

**Resultados.** Se revisaron 110 pacientes llevados a cirugía colorrectal laparoscópica por puerto único, con edad promedio de 60 años, la mayoría de pacientes fueron mujeres (62 %). El procedimiento más realizado fue la hemicolectomía derecha en un 68 % de los casos seguido de la sigmoidectomía en un 24 %.

Las patologías más frecuentes fueron el cáncer de colon derecho (68 %) y cáncer colon sigmoideos (24 %).

El tiempo quirúrgico promedio fue de 120 minutos y la estancia hospitalaria fue en promedio de 3 días.

Se presentaron dos complicaciones una lesión de uréter y un hematoma de pared abdominal.

Cinco casos requirieron conversión.

En los pacientes revisados se reporto una mortalidad secundaria tromboembolismo pulmonar.

**Conclusión.** La cirugía colorectal laparoscópica por puerto único demostró buenos resultados para el manejo de la patología benigna y maligna en pacientes seleccionados, obteniendo adecuado tratamiento oncológico, con tiempos quirúrgicos adecuados y con una baja tasa de complicaciones.

#### 01-055

### Apendicetomía laparoscópica ambulatoria, nuestra experiencia

*Sebastián Sierra, Gonzalo Gómez, Irene Montes, David Rodríguez*  
Clínica CES  
Medellín, Colombia  
ssierraj@hotmail.com

**Introducción.** El abordaje laparoscópico viene cada vez en aumento en los casos de apendicitis. Más recientemente, se viene adoptando una conducta ambulatoria en procedimientos urgentes, buscando disminuir tanto los costos, como los tiempos de hospitalizaciones que no ofrecen ventajas al paciente.

**Objetivo.** Describir la experiencia que se tiene en la Clínica CES de Medellín, con la apendicetomía laparoscópica ambulatoria.

**Material y método.** Estudio observacional y retrospectivo de una serie de casos. Últimos 100 pacientes a quienes se les realizó una apendicetomía laparoscópica y fueron manejados de forma ambulatoria.

**Resultados.** Del total de los 100 pacientes, 52 eran mujeres y 48 hombres en un periodo entre febrero de 2012 y febrero de 2014. El promedio de edad fue 26 años (Rango 13-60). Los promedios de laboratorio eran: Hemoglobina 14,5 gm/dl, Leucocitos 13,200/ul, Proteína C Reactiva 2,87 mg/Lt. En 20 paciente se solicitó imagen diagnóstica (15 Ecografías y 5 Tomografías contrastadas). La duración del procedimiento promedio fue 55,5 minutos (Rango 20-114). Los hallazgos quirúrgicos fueron: Apéndice sana (n=2), Apendicitis edematosa (n=53), fibrinopurulenta (n=41) y gangrenada (n=4); en ningún de los caso hubo perforación. La técnica utilizada fue vía tres puertos (n=54), monopuerto (n=44) y 2 puertos (n=2). La analgesia ambulatoria era en la gran mayoría oral y la incapacidad promedio de 12.8 días (rango 8 – 30). En cuanto al diagnóstico patológico: Normal (n=4), hiperplasia linfóide benigna (n=34), apendicitis supurativa (n=61). Se presentaron 12 reingresos por urgencias, 7 de ellos por dolor (un caso el mismo día de la cirugía que requirió

hospitalización). Las demás causas fueron dehiscencia de la herida (n=1), sangrado de herida (n=1), torsión testicular (n=1), hematuria (n=1), neumonía (n=1). No se presentaron muertes ni malignidad.

**Conclusión.** Basados en nuestros hallazgos, la apendicetomía laparoscópica ambulatoria es segura en pacientes seleccionados.

#### 01-057

### Apendicetomía laparoscópica con cierre del muñón apendicular con endonudo manual

*Daniel Gómez, Fernando Arias, Cesar Guevara, Alejandro Quintero, Natalia Cortes*  
Centro Policlínico del Olaya  
Bogotá, D.C., Ccolombia  
Vesalius0216@yahoo.com

**Introducción.** La apendicetomía laparoscópica se ha consolidado como el abordaje de elección para el manejo de esta entidad clínica. Un paso crítico en la realización de este procedimiento es el cierre del muñón apendicular, cuya técnica tiene un amplio espectro de opciones tales como la sutura mecánica, endonudos prefabricados y clips poliméricos.

**Objetivo.** Describir el manejo del muñón apendicular en la apendicetomía laparoscópica con la técnica de endonudo manual.

**Material y método.** 72 pacientes fueron llevados a apendicetomía laparoscópica por uno de los autores (Febrero 2013 – Enero 2014) utilizando la técnica de cierre del muñón apendicular con endonudo manual. Se revisaron las historias clínicas para la recopilación de datos tales como: tiempo quirúrgico, hallazgos operatorios, estancia hospitalaria y complicaciones posoperatorias.

Resultados:

- Todos los procedimientos fueron llevados a cabo de forma satisfactoria.
- Tiempo operatorio promedio: 32.3 minutos.
- Estancia hospitalaria promedio: 26.3 horas.
- No hubo conversiones.
- Un total de 15.8 (22 %) tuvieron dren peritoneal.
- ISO superficial se registro en 3 pacientes (4.1 %)
- No se registraron complicaciones mayores tales como fuga del muñón, obstrucción intestinal o reintervención.

**Conclusión:** La apendicetomía laparoscópica con el manejo del muñón apendicular con la técnica de endonudo manual demostró ser en esta serie de casos una opción segura; por otro lado, a pesar de que no fue incluida como variable el costo comparativo con las demás técnicas utilizadas, su costo – efectividad esta implícita por el tipo de material quirúrgico utilizado, haciéndola una opción viable para nuestro medio.

#### 01-059

### Revisando la microbiología de la apendicitis en la era laparoscópica

*Uriel Cardona, Ivo Siljic, Mauricio Zuluaga, Juan Carlos Valencia*  
Clínica Saludcoop Cali, Clínica Farallones de Cali  
Cali, Colombia  
urielcardona24@yahoo.com

**Introducción.** El manejo antibiótico de la apendicitis complicada con peritonitis esta basado en esquemas empíricos con pocos estudios basados en cultivos tomados durante la cirugía.

**Objetivos.** Establecer la microbiología de la apendicitis con peritonitis y sus implicaciones para el manejo antibiótico en nuestra región.

**Materiales y métodos.** Se presentan los resultados de los cultivos tomados de la fosa iliaca derecha de 30 pacientes con apendicitis supurada y perforada manejado mediante Apendicetomía Laparoscópica en un periodo de 1 año.

**Resultados.** Se establecen diferencias entre la microbiología de la apendicitis supurada y la perforada predominado en esta última la bacteria *E.Coli* resistente a Ampicilina Sulbactam que es el antibiótico más utilizado en nuestro medio. La mayoría de los cultivos de la apendicitis supurada son negativos y de manera relevante se identifican gérmenes gram negativos BLEE positivos provenientes de la comunidad.

**Conclusiones.** Este estudio permite conocer la microbiología de la apendicitis complicada en nuestra región y puede orientar el manejo antibiótico en el periodo posoperatorio. Al momento de su realización no conocemos otro estudio similar en la era laparoscópica del manejo de la apendicitis complicada.

**01-066**

### **Apendicetomía laparoscopia sin trocares, un método simple, económico y seguro**

Juan Carlos Valencia, Carlos Melo, Mauricio Zuluaga, Uriel Ovidio Cardona, Ivo Siljic  
Clínica Farallones de Cali, Clínica Saludcoop de Cali, Norte Cali, Colombia  
percutanea@aol.com

**Introducción.** La apendicitis aguda sigue siendo uno de los principales diagnósticos quirúrgicos de urgencia. El abordaje laparoscópico es hoy en día el patrón de oro para su tratamiento, disminuyendo el porcentaje de apendicetomías no esenciales y mejorando el diagnóstico diferencial de otras causas de dolor en fosa iliaca derecha. A pesar de sus beneficios innegables, los costos puntuales del procedimiento quirúrgico aumentan debido al uso de tecnología.

**Objetivo.** Se presenta un método alternativo para realizar laparoscopia diagnóstica y apendicetomía laparoscópica en pacientes seleccionados, sin utilizar trocares.

**Material y método.** En el periodo de Junio de 2012 hasta Diciembre de 2013, se realizaron 100 apendicetomías por laparoscopia, en pacientes seleccionados, con edades entre 5 y 31 años de edad que cumplían con unos criterios básicos, tales como ser de contextura delgada y no presentar signos que hicieran sospechar apendicitis complicada. Bajo anestesia general, se practicó una incisión transumbilical de aproximadamente 12mm, a través de la cual se abordó la cavidad por técnica de Hasson Modificada, dejando un reparo en forma de U con sutura de Polipropileno o Poligactina de calibre 0 y luego introduciendo una sonda de Nelaton #14 a través de la cual se creó el neumoperitoneo y posteriormente se introdujo un laparoscopio angulado de 5 mm, practicando una revisión sistemática de la cavidad. En caso de confirmar el diagnóstico de

apendicitis aguda no complicada, se introdujo una pinza de Grasper, con la cual se extrajo el apéndice por el puerto creado, realizando una disección externa del mesoapéndice hasta la base apendicular y ligando la base con una porción de la misma sutura usada para el cierre de la fascia.

**Resultados.** Se practicaron 100 apendicetomías laparoscópicas por vía transumbilical sin utilizar trocares ni dispositivos para ligadura de la base. No hubo complicaciones mayores, y las complicaciones menores fueron similares a las reportadas por la literatura para este procedimiento laparoscópico mediante técnica usual.

**Conclusión.** La apendicetomía laparoscópica sin trocares, realizada en pacientes y en casos seleccionados, es un método efectivo, seguro y con un ahorro importante de recursos.

**01-067**

### **Tratamiento concomitante de apendicitis aguda y colecistitis aguda por videocirugía en paciente con embarazo de 23 semanas**

Juan Carlos Valencia, Mauricio Zuluaga, Uriel Ovidio Cardona, Ivo Siljic  
Clínica Farallones de Cali  
Cali, Colombia  
percutanea@aol.com

**Introducción.** El abordaje laparoscópico es el ideal en caso de abdomen agudo en la mujer embarazada. Gracias a los avances en las técnicas de anestesia y a la disminución de los tiempos quirúrgicos, los riesgos asociados a la cirugía son menores hoy en día si se compara con cirugía abierta. La Clínica Farallones de Cali, antes llamada Clínica Materno Infantil, es un centro de referencia para pacientes con embarazos de alto riesgo, por lo tanto el volumen de pacientes gestantes con dolor abdominal es alto.

**Objetivo.** Mostrar el uso de la Cirugía Mínimamente Invasiva en el diagnóstico y tratamiento de apendicitis aguda y colecistitis aguda concomitante en una mujer en su segundo trimestre del embarazo

**Material y método.** Se presenta un caso de una mujer de 26 años con 23 semanas de embarazo, con diagnóstico previo de colelitiasis y varias consultas por el mismo motivo durante esta gestación, con manejo conservado con analgésicos y antiespasmódicos. Ahora consulta nuevamente con dolor en hipocondrio derecho y un poco en flanco derecho. Se realizó nueva ecografía hepatobiliar que mostro compromiso inflamatorio agudo de la vesícula, por lo que se decidió manejo quirúrgico, sin embargo era llamativa la presencia de dolor en flanco derecho con signo de rebote positivo. La laparoscopia exploratoria mostro compromiso inflamatorio del apéndice. Se practicó apendicetomía y colecistectomía por el mismo abordaje.

**Resultado.** El resultado fue satisfactorio, la paciente fue dada de alta al cuarto día, no hubo ninguna complicación con el feto ni la madre y el resultado de la histología reveló Apendicitis aguda y Colecistitis aguda y crónica, colelitiasis y colesterosis.

**Conclusión.** La videocirugía es de elección en abordaje de mujeres embarazadas con dolor abdominal. Es poco probable la concomitancia de Apendicitis y Colecistitis aguda, sin embargo su resolución por laparoscopia es perfectamente posible.

01-073

### **Apendicectomía laparoscópica, implementación de un protocolo de manejo en una clínica de III nivel en la ciudad de Cali**

*Juan Carlos Valencia, Mauricio Zuluaga, Uriel Cardona, Ivo Siljic, Carlos Arenas, Andrés Jaramillo, John Eduardo Cañas*  
Clínica Farallones de Cali  
Cali, Colombia  
percutanea@aol.com

**Introducción.** El tratamiento de la apendicitis aguda en la actualidad está indicado por vía laparoscópica como patrón de oro. Ofrece múltiples ventajas tanto en el diagnóstico definitivo como en el tratamiento de los casos complicados y garantiza mejores posibilidades de abordaje con menor riesgo en mujeres y pacientes obesos. No obstante sus beneficios, su introducción definitiva en la rutina de los servicios quirúrgicos de urgencia no ha sido fácil por múltiples motivos, incluyendo cultura institucional, necesidad de mayor tiempo para preparación de instrumental y anestesia general; otra de las limitantes ha sido el poco incentivo económico en los honorarios de los profesionales que practican el procedimiento, pues la diferencia con el procedimiento abierto clásico, es mínima y no compensa ni el esfuerzo ni el entrenamiento necesario para su realización.

**Objetivo.** Se muestra la manera como se llegó a un acuerdo entre los profesionales, una clínica de nivel III en la ciudad de Cali y una entidad administradora del régimen de salud contributivo para realizar todas las apendicetomías por vía laparoscópica, con el consecuente beneficio para todas las partes, sobre todo del paciente.

**Material y método.** En el año 2011 se empezaron a practicar con mayor frecuencia apendicetomías laparoscópicas en la Clínica Farallones de la Ciudad de Cali, sin embargo, el procedimiento estaba supeditado al criterio del cirujano de turno y a la disponibilidad de recursos en el quirófano y no era muy aceptado por la totalidad del equipo quirúrgico. Adicionalmente la tasa de conversión era alta, pues se consideraba que solo eran factible realizar por esta vía los casos no complicados. El procedimiento estaba cubierto por el Plan Obligatorio de Salud, sin embargo cuando se empezaron a tratar los casos complicados, con drenaje de peritonitis por esta vía, este último no estaba cubierto por el POS y derivaba en el cobro de una tarifa propia, con la consecuente elevación de los costos para la EPS. Fue así como se logró pactar una única tarifa para el tratamiento de todas las apendicitis agudas por vía laparoscópica, sin importar su grado de complicación.

**Resultados.** A partir del año 2012 se realizan todas las apendicetomías en la Clínica Farallones por vía Laparoscópica, superando en la actualidad los 700 casos, sin importar el grado de evolución de esta, con una tarifa única estimada aproximadamente en 500 UVR para cada uno de los profesionales. La tasa de conversión a cirugía abierta es mínima y las complicaciones están dentro de lo esperado en los reportes de la literatura.

**Conclusión.** Mediante la aplicación de protocolos de manejo basados en la evidencia, es posible realizar acuerdos con el concurso de todas las partes, para un beneficio común y un óptimo resultado en los pacientes.

01-074

### **Resección de tumor apendicular por videocirugía**

*Juan Carlos Valencia, Mauricio Zuluaga, Uriel Cardona, Ivo Siljic*  
Clínica farallones de cali  
Cali, Colombia  
percutanea@aol.com

**Introducción.** El abordaje laparoscópico para las diferentes patologías apendiculares es utilizado de rutina en el servicio de cirugía de la Clínica Farallones de la ciudad de Cali. Independiente del tamaño del órgano o del grado de evolución en caso de apendicitis, siempre se hace el intento de tratamiento completo por esta vía y el porcentaje de conversión es inferior al 5 %.

**Objetivo.** Mostrar el uso de la Cirugía Mínimamente Invasiva en el diagnóstico y tratamiento de una lesión apendicular.

**Material y método.** Se presenta un caso de una mujer de 29 años quien consulta por dolor abdominal de 2 días de evolución, con exacerbación en las horas previas a su ingreso al servicio de urgencias. El dolor no presentaba patrón migratorio ni otros síntomas asociados. El examen físico mostro dolor intenso en fosa iliaca derecha, con signo de *McBurney* (+) y en los exámenes de laboratorio se encontró, discreta leucocitosis. Con estos hallazgos, se sospechó apendicitis aguda y fue llevada a cirugía con abordaje laparoscópico, se encontró un apéndice cecal de gran tamaño, aproximadamente 20 x 8 cm, turgente, sin presencia de pus ni membranas, de consistencia blanda y regular. Se realizó resección completa del apéndice y su meso hasta la base, a la cual fue necesario practicarle una resección amplia con endograpadora de 60 mm.

**Resultado.** El resultado fue satisfactorio, la paciente fue dada de alta al segundo día y el resultado de la histología reveló Adenoma Plano con displasia de bajo grado y Mucocele asociado, la base estaba libre de lesión y se encontraron 4 ganglios linfáticos sin compromiso tumoral, Apendicitis aguda y Periapendicitis asociada. 2 semanas después se realizó Colonoscopia total que fue normal.

**Conclusión.** La videocirugía es el patrón de oro para el tratamiento de apendicitis aguda en mujeres y permite el tratamiento de esta patología así como de otras asociadas al órgano, con resultados satisfactorios. El uso de elementos como endograpadoras facilita las resecciones amplias de la base.

01-076

### **Manejo laparoscópico de un plastrón apendicular crónico**

*Juan Carlos Valencia, Mauricio Zuluaga, Uriel Cardona, Ivo Siljic, Francesco Roberth*  
Clínica Saludcoop Cali, Clínica de Occidente Cali  
urielcardona24@yahoo.com

**Introducción.** El manejo médico del plastrón apendicular ha reemplazado el abordaje quirúrgico en los últimos años y ha reevaluado aún la apendicetomía de intervalo, sin embargo hay algunas excepciones que incluyen pacientes con sospecha de neoplasias o con síntomas persistentes refractarios al manejo medico.

**Objetivos.** Describir el abordaje Laparoscópico de una paciente con un plastrón apendicular de 6 meses de evolución.

**Materiales y métodos.** Se presenta el caso de una paciente joven de sexo femenino con diagnóstico tomográfico de plastrón apendicular que permaneció sintomática, con dolor en fosa iliaca derecha, durante 6 meses con múltiples consultas por urgencias y falla terapéutica con el manejo antibiótico. Se presenta el manejo Laparoscópico y los resultados posoperatorios.

**Resultados.** Se describe el abordaje Laparoscópico de un plastrón apendicular de 6 meses de evolución. La base apendicular fue ligada con endograpadora lineal articulada. La evolución postoperatoria fue favorable y el seguimiento clínico por consulta externa mostró resolución completa de los síntomas.

**Conclusiones.** Es infrecuente la persistencia crónica de dolor en fosa iliaca derecha como consecuencia de un plastrón apendicular que se ha manejado con antibióticos. Este es un caso en el cual se logra resolución de los síntomas mediante manejo Laparoscópico de un plastrón apendicular con síntomas crónicos.

#### 01-082

### **Incidencia de cáncer colorrectal asociado a pólipo**

*Karen Nicole Moreno, Juan M Troncoso, Carlos E Martínez*  
Hospital Militar Central, Servicio de Coloproctología y Cirugía General  
Bogotá, D.C., Colombia  
nicoletta\_moreno@hotmail.com

**Introducción.** Los pólipos adenomatosos son neoplasias epiteliales benignas con potencial variable de malignidad. En cerca del 95 % de los casos el cáncer proviene de un adenoma. Los pólipos colorectales sin considerar los hiperplásicos y hamartomatosos en frecuencia son; adenomas tubulares (80 %), túbulo-vellosos (15 %) y vellosos (5 %). Pero sólo un 5 % de los adenomas progresan a carcinoma invasor, tras un tiempo medio de evolución de aproximadamente 10 años. La probabilidad de displasia de alto grado y de transformación carcinomatosa aumenta si: Tienen 3 o más adenomas, > Componente vellosa, Tamaño > mayor de 1 cm o la edad al momento de hacerse el diagnóstico (> 60 años). Se cataloga como bajo riesgo para cáncer asociado: Adenomas pequeños < 1 cm, Tubulares sin displasia de alto grado o otras variantes histológicas.

**Objetivo.** Hacer una descripción general de las características clínicas, endoscópicas e histopatológicas de los pólipos identificados entre el año 2011 a 2013 en el servicio de coloproctología del HMC y determinar la incidencia de cáncer colorrectal asociada a pólipo adenomatoso.

**Material y método.** Se incluyeron todos los pacientes a quienes se les realizó colonoscopia con hallazgo de pólipos y que se les efectuó polipectomía con análisis histopatológico. Se hizo un análisis estadístico de las características sociodemográficas, clínicas e histológicas para determinar la incidencia de cáncer asociado a pólipo.

**Resultados.** En las colonoscopias realizadas entre el año 2011 y 2013 en el servicio de coloproctología del HMC se encontraron 689 pacientes con lesiones polipoideas de los cuales 370 (53,70 %) eran adenomas; Tubulares 301 (81 %), Tubulovellosos 53 (14 %) y Vellosos 14 (3,7 %). Se encontró cáncer asociado a adenomas con displasia de alto grado en 9 pacientes (2,43 %) todos mayores de 1 cm por encima de los 60 años de edad y con una relación 1:1 hombre-mujer con patrón histológico vellosa (33

%) y tubulovellosa (66 %). la mayor localización fue en colon sigmoides (57 %).

**Conclusión.** La incidencia de cáncer asociado a pólipo colorectal adenomatoso es del 2.3 %. Los factores asociados con malignidad son; Componente histológico tubulovellosa, Tamaño > 1 cm y una edad mayor de 60 años.

## **VASCULAR**

#### 01-008

### **Utilidad del índice de presión arterial tobillo-tobillo en trauma vascular**

*Diego Humberto Márquez, Juan Carlos Castillo*  
Universidad Industrial de Santander - UIS  
Bucaramanga, Colombia  
diegothmarquezb@gmail.com

**Introducción.** En el paciente con trauma en extremidades y signos blandos de lesión vascular, se procede a solicitar paraclínicos para confirmar o descartar el diagnóstico. Dentro de las ayudas diagnósticas usadas para lesión vascular están la ecografía duplex, la arteriografía y la angiografía. Estas ayudas diagnósticas son especializadas y no siempre están disponibles para su uso en la sala de emergencias. El índice de presión arterial tobillo-brazo es el estudio intermedio *gold standard*, entre el examen físico realizado por el clínico y las ayudas diagnósticas especializadas, para orientar el manejo de éste tipo de pacientes. Sin embargo, en muchas ocasiones el paciente politraumatizado tiene compromiso de la extremidad superior e inferior ipsilateral, requiriendo un índice que involucre la extremidad contralateral sana.

**Objetivo.** Como solución a esto planteamos establecer la utilidad del índice de presión tobillo-tobillo en el diagnóstico y manejo de los pacientes con trauma en extremidades y signos blandos de lesión vascular.

**Material y método.** Todos los pacientes con trauma en extremidades y signos blandos de lesión vascular que ingresaron al Hospital Universitario de Santander fueron abordados con el índice tobillo-tobillo realizado con *doppler* y comparados con el índice tobillo-brazo como prueba *gold standard*.

**Resultados.** El índice de presión arterial tobillo-tobillo tiene adecuada sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo de lesión vascular en pacientes con trauma en extremidades y signos blandos.

**Conclusión.** El índice de presión arterial tobillo-tobillo es una medida útil y costo-efectiva para el diagnóstico de lesión vascular en pacientes con trauma en extremidades y signos blandos.

#### 01-031

### **Prevalencia de tumor de cuerpo carotideo en un laboratorio vascular de Bogotá, D.C., Colombia**

*Jaime Caballero, Santiago Huertas, Alberto Muñoz*  
Universidad Nacional de Colombia, Clínica Vascular de Bogotá  
Bogotá, D.C., Colombia  
shuertasta@gmail.com

**Introducción.** La literatura Latinoamericana ha reportado mayor prevalencia de Tumor del Cuerpo Carotídeo (TCC) relacionada con vivir en las alturas. En la literatura médica colombiana hay informados 412 pacientes operados por esta patología, en un periodo de 45 años, entre 1963 hasta 2008 sin embargo por el volumen de pacientes que se operan en los diferentes hospitales hay un subregistro.

**Objetivo.** La cirugía del TCC en nuestra ciudad es más frecuente que la endarterectomía carotídea, por lo cual nos propusimos identificar su prevalencia en pacientes evaluados mediante Dúplex Scan Color carotídeo en la Clínica Vascular de Bogotá.

**Material y método.** Se realizó el estudio tomando una cohorte transversal de pacientes llevados a Dúplex carotídeo, desde septiembre de 2007 hasta noviembre de 2013, evaluando la prevalencia, características demográficas, clínicas y los hallazgos del estudio.

**Resultados.** Durante estos 6 años en 4076 Dúplex carotídeos practicados, encontramos TCC en 139 pacientes, con una prevalencia de 3.41 %; 95 (68 %) fueron referidos por masa palpable en cuello y el resto por síntomas cerebrovasculares. Trece (9,4 %) pacientes tenían tumores bilaterales, 62 (44,6 %) eran derechos y 64 (46 %) eran izquierdos. Noventa y cuatro (67 %) de los tumores tenían un tamaño mayor o igual a 2 cm. Ciento veinticuatro (89 %) de los pacientes eran mujeres y 15 (11 %) eran hombres. La edad promedio de los pacientes era de 59,9 años al momento del examen (rango, 26 – 91 años).

**Conclusión.** La prevalencia del TCC no ha sido estudiada en poblaciones que habitan por encima de 2000 metros de altura. La prevalencia en un laboratorio vascular en la ciudad de Bogotá resulta alta comparada con la evidencia anecdótica internacional. Se requieren estudios para evaluar la prevalencia de TCC en la población residente de ciudades de gran altura y las implicaciones terapéuticas en pacientes con tumores incidentales pequeños.

01-037

### **Manejo de la trombosis mesentérica en el hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín**

*Carlos Ernesto Guzmán, Álvaro Mena, Sergio Iván Hoyos, Sandra Milena Alzate, Carolina Echeverri*  
Hospital Pablo Tobón Uribe  
Medellín, Colombia  
cguzman@hptu.org.co

**Introducción.** Desde 1950 el manejo de la trombosis mesentérica ha tenido un desarrollo progresivo en el mundo, favorecido por los avances en la nutrición parenteral total ciclada ambulatoria, la rehabilitación intestinal y el trasplante de intestino delgado.

**Objetivo.** Reportar la evolución de nuestros pacientes, sus complicaciones, sus logros y las lecciones aprendidas con esta enfermedad.

**Material y método.** Es un estudio descriptivo de la evolución de 24 pacientes con intestino corto por trombosis mesentérica, desde diciembre de 2005 hasta el 1 de mayo de 2014.

**Resultados.** En 12 pacientes se logró una rehabilitación intestinal completa (la mayoría con cirugía reconstructiva intestinal y el posterior

desmonte de la NPT); 4 requirieron trasplante de intestino, una trasplante de hígado con intestino en bloque, uno están en proceso para trasplante de intestino, 4 están en proceso de rehabilitación intestinal y 2 se vienen manejando en forma definitiva con NPT ciclada ambulatoria.

**Conclusión.** El llevar a casi todos nuestros pacientes a una rehabilitación intestinal completa, con o sin trasplante, y a 2 de ellos poderlos mantener de por vida con NPT ciclada ambulatoria, nos estimula para compartir con los demás cirujanos colombianos que la trombosis mesentérica NO es motivo para dejar morir a los pacientes, sino que dichos pacientes se deben remitir a un programa de rehabilitación intestinal para manejo con nutrición parenteral total ciclada ambulatoria temporal o definitiva, o con trasplante de intestino, que ya son una realidad en el mundo y en Colombia.

01-053

### **Complicaciones con los accesos vasculares de nutrición parenteral total prolongada en el hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín**

*Carlos Ernesto Guzmán, Álvaro Mena, Sergio Iván Hoyos, Sandra Milena Alzate, Carolina Echeverri*  
Hospital Pablo Tobón Uribe  
Medellín, Colombia  
cguzman@hptu.org.co

**Introducción.** Desde 1950 el manejo de la falla intestinal ha tenido un desarrollo progresivo en el mundo, favorecido por los avances en la nutrición parenteral total ciclada ambulatoria.

**Objetivo.** Reportar la evolución de los accesos venosos centrales en nuestros pacientes, cuando han requerido manejo prolongado con nutrición parenteral total, sus complicaciones, sus logros y las lecciones aprendidas.

**Material y método.** Es un estudio descriptivo de la evolución de 53 pacientes, desde diciembre de 2005 hasta el 1 de mayo de 2014.

**Resultados.** En 25 pacientes se logró una recuperación nutricional completa que permitió ser llevado en forma segura a cirugía y el posterior desmonte completo de la NPT al irse rehabilitando; 8 pacientes requirieron trasplante de intestino y 4 multiviscerales, 2 pacientes se vienen manejando en forma definitiva con NPT ciclada ambulatoria, 4 están en proceso para trasplante de intestino y 8 están en proceso de rehabilitación intestinal. La mayoría de los pacientes se han manejado en forma satisfactoria con PICC bilumen y sus complicaciones principales han sido las infecciones del mismo con o sin bacteremia, que se han reducido mejorando las medidas de asepsia al manipular las vías y conectores de los mismos, y con el cambio diario de los equipos de bombas de infusión de la NPT y los líquidos endovenosos.

**Conclusión.** El llevar la mayoría de estos pacientes a una rehabilitación nutricional adecuada, nos estimula para seguir mejorando cada día en la reducción de las infecciones asociadas a catéteres, piedra angular para lograr una rehabilitación intestinal adecuada.

## MAMA Y TEJIDOS BLANDOS

01-069

### Terapia de presión subatmosférica en tejidos blandos, evitando la mutilación. Presentación de un caso

Juan Carlos Valencia, Mauricio Zuluaga, Uriel Ovidio Cardona, Ivo Siljic  
Clínica Farallones de Cali  
Cali, Colombia  
percutanea@aol.com

**Introducción.** La terapia de presión subatmosférica, mejor conocida como terapia VAC (*Vacuum Assisted Closed*), tiene efectos benéficos en la cicatrización de los tejidos. Las lesiones extensas en tejidos blandos son susceptibles de manejo con este tipo de terapia, evitando resecciones extensas con pérdidas mayores de tejidos

**Objetivo.** Se muestra el tratamiento ofrecido a una mujer con un compromiso severo de los tejidos blandos por necrosis e infección secundarias a la implantación de biopolímeros en tejido de los glúteos, tratado con terapia de presión negativa

**Material y método.** Se presenta un caso de una mujer de 37 años a quien 7 años atrás se le aplicaron biopolímeros en ambos glúteos con fines estéticos. Su cuadro clínico inició 2 meses antes de su ingreso a la clínica, con sensación de escozor y posteriormente edema, calor y rubor en el glúteo derecho. Más adelante presentó secreción purulenta y recibió manejo ambulatorio con antibióticos orales y curaciones, sin embargo no presentó mejoría, por lo que consultó. Al ingreso se encontró respuesta inflamatoria, con presencia de taquicardia y aumento de leucocitos y proteína C reactiva. Se evidenció necrosis severa del tejido del glúteo derecho, con abundante secreción purulenta. Se planteó la escisión completa del glúteo, sin embargo una vez en cirugía se decidió practicar una resección más conservadora con aplicación de terapia VAC. La evolución fue satisfactoria, recibió tratamiento hospitalario por 3 semanas con lavados quirúrgicos a intervalos y posteriormente fue enviada a casa con un sistema VAC portátil para realizar cambios semanales.

**Resultado.** El resultado fue bueno, hubo curación completa, con mínima pérdida de volumen pudiendo cerrarse quirúrgicamente el defecto al 4° mes de tratamiento.

**Conclusión.** La terapia de presión subatmosférica permite la conservación de tejidos blandos, evitando su escisión completa en casos de compromiso severo, su uso permite confort en el paciente y puede ser usada aun en la casa del enfermo.

## TRAUMA E INFECCIONES

01-005

### Hipertensión abdominal. Cuando operar?

Sergio Alberto Sanz  
Hospital Universitario Federico Lleras Acosta; Universidad del Tolima  
Ibagué, Tolima, Colombia  
Clínica Saludcoop, Ibagué  
sersanz@yahoo.es

**Introducción.** La Hipertensión Abdominal, y el Síndrome de Hipertensión Abdominal es una causa frecuente de morbi-mortalidad en los pacientes críticos, por lo que se debe identificar en forma oportuna que pacientes se benefician con el tratamiento quirúrgico y tomar una decisión rápida con el fin de mejorar su condición clínica.

**Objetivo.** Identificar que pacientes con Hipertensión abdominal se benefician de un tratamiento quirúrgico oportuno y eficaz.

**Material y método.** Tipo de Trabajo: No Experimental; estudio de casos y controles descriptivos retrospectivos.

**Resultados.** Se evaluaron 20 pacientes de las Unidades de Cuidado Intensivo del Hospital Federico Lleras Acosta y de la Clínica Saludcoop de la ciudad de Ibagué, 15 pacientes se manejaron con tratamiento quirúrgico y 5 pacientes con manejo conservador.

Se observó que a la mayoría de pacientes con manejo quirúrgico se les resolvió en forma oportuna su patología de hipertensión abdominal con resolución de su síndrome de hipertensión abdominal y los pacientes que se manejaron en forma conservadora no requirieron manejo quirúrgico posteriormente.

Se hace una revisión de la literatura con gráficas y algoritmos de manejo e indicaciones y recomendaciones quirúrgicas.

**Conclusión.** Es importante identificar en forma oportuna los pacientes críticos con Hipertensión Abdominal que presenten Síndrome de Hipertensión Abdominal con criterios para realizar el tratamiento quirúrgico, con el fin de que sean beneficiados y disminuya su morbi-mortalidad.

De acuerdo a la revisión de la literatura y los casos clínicos aquí descritos, se hace una serie de recomendaciones e indicaciones quirúrgicas.

01-007

### Cierre temprano del abdomen abierto usando malla y sistema VAC

Carlos Zapata, Nafer Anaya  
Hospital Universitario La Samaritana  
Bogotá, D.C., Colombia  
naferjr@hotmail.com; njanayaa@unal.edu.co

**Introducción.** Entendemos el abdomen abierto como la imposibilidad para cerrar la fascia después de una laparotomía. Este abdomen debe ser cerrado temporalmente, pero no hay consenso en la forma de hacerlo.

**Objetivo.** Presentamos la experiencia del Hospital Universitario la Samaritana utilizando la colocación de malla en la fascia y el uso del sistema VAC simultáneamente.

**Materiales y métodos.** Se recolectó desde Septiembre de 2013 hasta la fecha, los casos manejados con esta técnica. El uso de estos dos dispositivos simultáneamente permite realizar lavados a necesidad, entrando a la cavidad peritoneal cada vez que sea necesario a través de la malla sin traumatizar más los tejidos.

**Resultados.** Se logró el cierre temprano del abdomen en los cuatro pacientes manejados con esta técnica, disminuyendo progresivamente el edema de las asas intestinales. Sostiene la funcionalidad de la fascia y permite el cierre temprano del abdomen.

**Conclusión.** Con esta técnica se unen los principios de las dos técnicas con mejor efectividad en el cierre temprano del abdomen abierto (*Wittmannpatch* y el sistema VAC), reemplazando el *Wittmannpatch* por una malla de polipropileno, disponible en nuestro medio y siguiendo el mismo principio, pero aprovechando los beneficios dados por la presión negativa, la recolección de fluidos, la disminución del edema y la tensión constante sobre los bordes de la fasciadel sistema VAC. Se mejora la calidad de vida del paciente, disminuye la morbilidad que el cierre por segunda intención conlleva, mejora la función estética, la pérdida del domicilio y la necesidad de intervenciones futuras.

#### 01-010

##### **Body-Packers: Complicaciones y Manejo Quirúrgico**

*Fernando Escobar, Neil Valentín Vega, Eduart Iván Valbuena*  
Hospital María Inmaculada, Clínica Corpomédica, Clínica Medilaser,  
Universidad de La Sabana  
Flores, Caquetá, Colombia  
fernandoescobar1964@hotmail.com, eduartvalbuena@gmail.com

**Introducción.** El tráfico de drogas mediante la introducción de paquetes de sustancias ilícitas en cavidades corporales (*body-packers*) constituye un problema mundial y supone un riesgo de padecer una obstrucción gastrointestinal y/o intoxicación para la persona que las transporta.

**Objetivo.** Describir y analizar cualitativamente las complicaciones y los factores asociados a requerimiento de manejo quirúrgico en pacientes con diagnósticos de *body-packer*.

**Material y método.** Estudio retrospectivo observacional de pacientes ingresados entre enero de 2006 y marzo de 2014 en tres hospitales en Flores (Caquetá), Colombia, con diagnóstico de *body-packer*. Las variables evaluadas fueron recolectadas consultando la historia clínica.

**Resultados.** Se incluyeron 60 pacientes, de los cuales el 80 % fueron hombres, con una edad promedio de 27,6 años (rango 17 - 48), todos tenían un nivel educativo de básica primaria. Los sujetos asintomáticos, 80 % (48), recibieron manejo conservador con adecuados resultados. El 20 %, que corresponde a 12 pacientes, presentaron complicaciones graves (10 obstrucción intestinal, 1 perforación intestinal y 1 intoxicación), requiriendo manejo quirúrgico, más frecuentemente enterotomía para la extracción de las capsulas, dos pacientes presentaron complicaciones, posoperatorias (uno fistula intestinal y otro muerte). Dentro de los factores asociados a requerimiento de cirugía no se encontraron asociaciones significativas entre el tiempo de ingesta, número de capsular ingeridas, sitio de obstrucción, entre otras.

**Conclusión.** La principal complicación grave y que condiciona manejo quirúrgico urgente es obstrucción intestinal. El manejo conservador en pacientes asintomáticos es seguro y eficaz.

#### 01-016

##### **Programa de vigilancia de infección del sitio operatorio: 22 años de experiencia en un hospital universitario de alta complejidad en Bogotá**

*Roosevelt Fajardo, Blanca Stella Vanegas, Christian Camilo Páez, Ferney David Gómez, Juan Sebastián López, William Cruz*

Fundación Santa Fé de Bogotá, Universidad de los Andes  
Bogotá D.C., Colombia.  
roosevelt.fajardo@fsfb.edu.co

**Introducción.** La infección de sitio operatorio (ISO) es la tercera causa entre las enfermedades infecciosas, asociada a la atención en salud (IAAS). Es la complicación más frecuente en pacientes quirúrgicos, con un impacto importante en la morbimortalidad y costos de atención incurridos. El objetivo del estudio es analizar los resultados epidemiológicos obtenidos a partir del seguimiento durante 22 años del programa de vigilancia de ISO en un hospital universitario de alta complejidad en Bogotá.

**Materiales y métodos.** Estudio de corte longitudinal que incluye 85,737 procedimientos de la base de datos del programa institucional, realizados de forma ambulatoria y hospitalaria durante un periodo de 12 años, desde enero de 2001 hasta diciembre de 2012, comparándolos con los datos de los 10 años previos del programa. Se realizó seguimiento estricto por personal capacitado para detección, clasificación y reporte de ISO, según el tipo de procedimiento y uso de prótesis. Se realizaron análisis de correlación, incidencia de ISO por tipo de sección y clasificación de herida.

**Resultados.** La tasa global de infección fue 1.65 %, siendo gastrointestinal la sección quirúrgica con mayor tasa de ISO seguido por ortopedia. La experiencia recogida por el programa de vigilancia demuestra una disminución paulatina en el tiempo, especialmente en los tipos de herida limpia-contaminada y contaminada.

**Conclusión.** La importancia de establecer y mantener programas de seguimiento de IAAS radica en la obtención de datos que soporten la implementación de políticas que impacten en la disminución de tasas de infección, costos en atención en salud y uso racional de antibióticos.

#### 01-018

##### **Complicaciones de la herida quirúrgica en cirugía laparoscópica por único puerto. Serie de 414 casos**

*Fernando Arias, Gabriel Eduardo Herrera, Natalia Cortes, Marcos Eduardo Pozo, Laura Loaiza, Lina Parra*  
Fundación Santa Fe de Bogotá  
Bogotá, D.C., Colombia  
farias00@hotmail.com

**Introducción.** Los avances tecnológicos han conducido al desarrollo de técnicas menos invasivas que están siendo adoptadas como aproximación inicial en la mayoría de los procedimientos quirúrgicos. La cirugía laparoscópica por único puerto (CLIU) tiene la intención de minimizar el trauma a la pared abdominal con tiempos de recuperación más rápidos, menor estancia hospitalaria y disminución en la tasa de complicaciones.

**Objetivo.** Describir una serie de 414 pacientes intervenidos por CLIU y reportar las complicaciones relacionadas con la herida quirúrgica.

**Material y método.** Entre julio de 2008 y mayo de 2014, 414 pacientes fueron intervenidos por CLIU. Todos los procedimientos fueron realizados por el mismo equipo quirúrgico. Se emplearon cuatro dispositivos: Triport®, Gelport®, SILS® y un puerto híbrido (Alexis retractor® y guante de látex) y se realizaron diversos procedimientos gastrointestinales. La longitud de la incisión se determinó por el tipo de dispositivo y el diámetro del área umbilical.

**Resultados.** Todos los procedimientos se llevaron a cabo sin complicaciones. Las cirugías realizadas con mayor frecuencia fueron apendicectomías (54,9 %) y colecistectomías (31,6 %). Se presentaron 12 casos de complicaciones de la herida. Dos (0,41 %) pacientes desarrollaron dehiscencia de la herida en el posoperatorio temprano (<48 horas). No hubo hernias incisionales tras 5 años de seguimiento a pesar de que 18 % de los paciente tuvieron dren intra-abdominal.

**Conclusión.** En esta serie de CLIU la tasa de complicaciones de la herida fue baja y comparable a la cirugía laparoscópica convencional. Hubo correlación negativa entre el uso de drenes y hernias posoperatorias.

01-022

### **Neumonía asociada a la ventilación mecánica en pacientes con TCE con traqueostomía temprana vs. tardía en el Hospital Universitario de Neiva**

Luis Eduardo Sanabria, José Charry  
Hospital Universitario de Neiva,  
Universidad Surcolombiana  
Neiva, Huila, Colombia  
lesanabriar@gmail.com

**Introducción.** El trauma craneoencefálico (TCE) severo, es una patología que genera discapacidad y mortalidad, Colombia no es la excepción. El momento óptimo de la traqueostomía en estos pacientes es controversial; los autores difieren del tiempo ideal para su realización. La traqueostomía temprana y/o tardía tendría implicaciones en el manejo y complicaciones como la neumonía asociada a la ventilación mecánica.

**Objetivos.** Comparar el desarrollo de neumonía en los pacientes con la traqueostomía temprana Vs tardía en los paciente con TCE en la UCI adultos del Hospital Universitario de Neiva.

**Materiales y métodos.** Estudio descriptivo de serie de casos. Una base de datos de 159 pacientes con TCE severo en la UCI adultos del Hospital Universitario de Neiva entre febrero de 2009 a 2014, divididos en grupos de traqueostomía temprana (primeros 8 días después de la admisión) y traqueostomía tardía, (8 días después de la admisión), evaluando las variables clínicas-demográficas y un análisis univariado de neumonía asociada a la ventilación mecánica con prueba de Chi-cuadrado. Se excluyeron los pacientes con sospecha de neumonía aspirativa al ingreso.

**Resultados.** De 159 pacientes a 64 (40,2 %) se les realizo traqueostomía. El grupo de traqueostomía temprana (n:36) presentó 69,4 % (25) de sobrevida, con 41,7 % (15) de neumonía asociada a ventilador; en el grupo de traqueostomía tardía (n:28) se evidenció 57,1 % (16) de sobrevida, con 64,3 % (18) de neumonía asociada a ventilador.

**Conclusión.** La traqueostomía temprana debe ser considerada en pacientes con trauma craneoencefálico severo para evitar mayor morbilidad intrahospitalaria y especialmente la neumonía asociada al ventilador.

01-025

### **Predictores tempranos de filtración de anastomosis intestinales en pacientes traumatizados**

Adolfo González, Jessica Capre, Bibiana Aguirre

Hospital Universtario del Valle  
Cali, Colombia  
jessicacpre@hotmail.com

**Introducción.** La filtración intestinal posquirúrgica es una causa importante de morbi- mortalidad y una complicación temida por todo cirujano. Es de gran interés poder esclarecer que paciente se encuentra filtrando de manera temprana, para poder reintervenir a tiempo y evitar complicaciones mayores. Hay diferentes métodos diagnósticos con imágenes, después del día 7, siendo tardío.

**Objetivo.** Identificar marcadores tempranos de filtración intestinal como herramienta inicial en los pacientes que ingresan al Hospital Universitario del Valle con trauma abdominal que requieran una sutura o anastomosis intestinal; buscando disminuir la mortalidad y la morbilidad asociadas al diagnostico tardío. Adicionalmente, disminuir la estancia hospitalaria, la necesidad de UCI y los costos

**Material y método.** Se realizo seguimiento a cohorte de los pacientes mayores a 14 años que ingresaron con trauma abdominal y requirieron de una anastomosis intestinal, los cuales no fueron a la Unidad de Cuidados Intensivos, para medir las variables fisiológicas al tercer y cuarto día. La tolerancia a la dieta y parámetros bioquímicos se siguieron durante los 30 días.

**Resultados.** Se encontraron 180 pacientes en 2 años siendo la mayoría hombres, edad media de 26 años. El mecanismo de trauma principal fue el penetrante por proyectil de arma de fuego. ATI>25 en ¼ de la población.

Se encontró que dentro de las variables bioquímicas el porcentaje de bandas y la base exceso como parámetros de mayor poder para predecir una posible filtración.

**Conclusión.** Se evidencia el pocentaje de bandas elevado y la BE mayor a -5 como predictores tempranos de filtración intestinal en pacientes traumatizados.

01-040

### **Bacteriemia asociada a catéter venoso central de nutrición parenteral: estudio retrospectivo de 1513 días catéter en una institución académica**

Eduart Iván Valbuena, Aníbal Manuel Ariza, Juan Carlos Ayala,  
Luis Carlos Domínguez  
Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana,  
Universidad de La Sabana  
Bogotá D.C., Colombia  
eduartvalbuena@gmail.com, edu092915@hotmail.com

**Introducción.** Los catéteres venosos centrales en pacientes con necesidad de soporte nutricional parenteral presentan, entre sus complicaciones más importantes, la infección del torrente sanguíneo, la cual incrementa la morbilidad, la mortalidad y los costos para el sistema de salud.

**Objetivo.** Determinar la tasa de bacteriemia asociada a catéter venoso central de nutrición parenteral por 1.000 días catéter y evaluar la presencia de factores de riesgo específicos. Además, evaluar la tasa de complicaciones mecánicas durante inserción del catéter.

**Materiales y métodos.** Se llevó a cabo un estudio retrospectivo con un seguimiento de ocho meses, de pacientes hospitalizados en

el Hospital Universitario San Ignacio de Bogotá, que recibieron nutrición parenteral por un acceso venoso central. Las variables evaluadas (sitio de inserción y tipo de catéter, personal que practicó el procedimiento y estado nutricional, entre otros) fueron recolectadas consultando la historia clínica. Se realizó el análisis estadístico de los datos recolectados por medio del software estadístico *Stata 9.0*.

**Resultados.** En el estudio se incluyó la información sobre 111 catéteres, para un total de 1.513 días-catéter. Se documentaron 4 (3,6 %) casos de bacteriemia, que representan una tasa de bacteriemia asociada al catéter venoso central de nutrición parenteral, de 2,64 por 1.000 días catéter. No se encontró ninguna asociación estadísticamente significativa entre las variables medidas y este resultado. Se presentaron 2 (1,8 %) complicaciones mecánicas, ambas neumotórax.

**Conclusión.** La inserción de catéteres venosos centrales por el personal del Grupo de Soporte Nutricional y Metabólico es segura, con bajas tasas de complicaciones mecánicas y tasas de bacteriemia por debajo de lo aceptado mundialmente.

#### 01-068

### Terapia de presión negativa en el manejo de abdomen abierto, implementación de un protocolo de manejo en una clínica de III nivel en la ciudad de Cali

Juan Carlos Valencia, Mauricio Zuluaga, Carlos Arenas, Andrés Jaramillo, John Eduardo Cañas  
Clínica Farallones de Cali  
Cali, Colombia  
percutanea@aol.com

**Introducción.** Hoy en día es claro el uso de terapia de presión subatmosférica en el manejo de abdomen abierto de diferentes causas, tales como peritonitis, hipertensión abdominal, trauma, fistulas enterales u otras situaciones que ameriten una revisión posterior a la primera cirugía.

**Objetivo.** Mostrar cómo se implementó un protocolo único de manejo para el tratamiento de abdomen abierto en la Clínica Farallones de la ciudad de Cali, con insumos y procedimientos de óptima calidad.

**Material y método.** En el año 2011 se inició en la Clínica Farallones de la Ciudad de Cali, el tratamiento de los casos de abdomen abierto con terapia de presión negativa, empezando a abandonar progresivamente el uso de la "bolsa de Bogotá", ampliamente utilizada por muchos años. En un comienzo se instalaron sistemas artesanales, aprendidos durante el entrenamiento como residentes en el Hospital Universitario del Valle y posteriormente se inició el uso de insumos comerciales de alta calidad. A partir del año 2012, una vez demostrados los beneficios del método y la capacitación del equipo de cirujanos, se logró un acuerdo económico para el pago de honorarios para este procedimiento no incluido en el plan de beneficios del POS.

**Resultados.** A partir del año 2011 se inició el uso de terapia de presión subatmosférica en abdomen, posteriormente se protocolizó su utilización, sin que en el momento exista otra opción terapéutica. Al momento se han tratado más de 500 casos con resultados satisfactorios. La unidad del equipo de cirujanos no ha permitido el uso de insumos que no cumplan con los estándares de calidad y actualmente se pagan honorarios por aproximadamente 300 UVR por cada procedimiento.

**Conclusión.** Un protocolo de manejo unificado por un grupo de cirujanos, enmarcado en la evidencia actual, permite establecer una terapia ideal para el manejo de un grupo específico de pacientes con compromiso abdominal severo, con beneficio para todas las partes y un adecuado reconocimiento económico para el profesional.

#### 01-075

### Ventana pericárdica mínimamente invasiva, diagnóstico rápido y seguro de lesión cardíaca oculta en trauma penetrante

Juan Carlos Valencia, Mauricio Zuluaga, Uriel Cardona, Ivo Siljic  
Clínica Farallones de Cali, Clínica Saludcoop Cali, sede norte  
Cali, Colombia  
percutanea@aol.com

**Introducción.** El trauma precordial por heridas de arma de fuego o cortopunzante, es de alto riesgo para lesión cardíaca. Un número importante de pacientes mueren en el sitio de la agresión, otros alcanzan a llegar a un hospital en estado de choque o con evidencia clara de lesión cardíaca donde son sometidos de inmediato a una toracotomía de emergencia. Sin embargo otras víctimas de esta agresión, permanecen hemodinámicamente estables y asintomáticos. En estos pacientes es indiscutible la necesidad de descartar una herida cardíaca. A pesar que existen métodos diagnósticos no invasivos como el ecocardiograma que en algunos estudios han mostrado seguridad como prueba diagnóstica del 100 %, estos resultados no han podido ser replicados en nuestro medio. Es por esa razón que la Ventana Pericárdica sigue siendo para nosotros el patrón de oro para el diagnóstico de lesión cardíaca oculta.

**Objetivo.** Se presenta un método mínimamente invasivo para realizar la Ventana Pericárdica, con menor trauma quirúrgico, cortos tiempos de cirugía y rápida recuperación

**Material y método.** En el periodo de Diciembre de 2010 hasta Abril de 2014, se realizaron 32 Ventanas Pericárdicas Mínimamente Invasivas por laparoscopia, usando de manera estándar 2 puertos de 5 mm a través de los cuales se introduce un laparoscopio de 5 mm angulado y un electrobisturí tipo Hook, para practicar una pequeña incisión en el centro tendinoso del diafragma y luego en el pericardio, observando directamente la calidad del líquido pericárdico

**Resultados.** De las 32 ventanas, 6 fueron positivas, 5 pacientes fueron llevados a toracotomía y de ellos 4 tenían herida del corazón, uno tenía solamente herida pericárdica. El sexto paciente, recibió manejo conservador, después de realizar una completa pericardioscopia que mostró solo herida del pericardio. Esto le da a la prueba una Sensibilidad de 100%, Especificidad de 92.8 %, Valor predictivo positivo de 66 % y Valor predictivo negativo de 100 %

**Conclusión.** La VPMI es un método seguro, cómodo y rápido de diagnóstico de lesión cardíaca oculta en pacientes hemodinámicamente estables, con alta sensibilidad y especificidad. Puede tener importancia no solo con fines diagnósticos sino probablemente en aplicaciones terapéuticas.

## HERNIAS

### 01-030

#### **Herniorrafia inguinal por laparoscopia, experiencia en Hospital Universitario mayor: nuestro primer año (334 casos)**

*Felipe Enrique Vargas, Luis Alejandro Moscoso, Jorge Alberto Navarro, Liliana Romero, Susana Rojas, Aileen Cuesta*  
Hospital Universitario Mayor  
Bogota, D.C., Colombia  
felipevargasb@mederi.com.co

**Introducción.** Uno de los procedimientos más frecuentemente realizado en cirugía es la herniorrafia inguinal, patología con alta prevalencia en nuestra población. En el Hospital Universitario mayor se realiza herniorrafia por laparoscopia desde hace un año. Se describe nuestra Experiencia comparando resultados con lo encontrado en la literatura.

**Objetivo.** Describir la experiencia en herniorrafia inguinal laparoscópica en la institución.

**Material y método.** Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo, que incluye todos los pacientes llevados a herniorrafia inguinal laparoscópica (1 feb 2013 – 31 ene 2014). Análisis demográfico, descripción de resultados de nuestra población de pacientes, y posterior comparación de resultados con la literatura.

**Resultados.** 250 pacientes para 334 Herniorrafias, predominio en hombres (197 pacientes), una media de edad 58,3 años (19 - 85 años), 168 bilaterales, 92 derechas y 74 izquierdas. Dentro de antecedentes: 62 pacientes tenían cirugía abdominal, 4 anticoagulación y 29 antiagregación, 21 pacientes herniorrafia previa (recidiva). Complicaciones intraoperatorias 0.89 %. Promedio de tiempo quirúrgico: 69,3min. 25,9 % de complicaciones en el posquirúrgico: dolor inguinal 13.3 %, sensación de masa 9,32 %, hematoma 6,7 %, dolor testicular e ISO 1,55 %, seroma 1.03 %. Promedio incapacidad 8,3 días, reproducción del 3,2 %, no mortalidad.

**Conclusión.** En el Hospital Universitario Mayor durante febrero de 2013 y enero de 2014, se realizaron 334 casos de herniorrafia laparoscópica, encontrando predominio del género masculino, alta presencia de defectos bilaterales. Complicaciones intraoperatorias bajas 0.89 %, que no requirieron conversión ni reintervención. Complicaciones en primeros treinta días de seguimiento 25 %: dolor inguinal, sensación de masa, y hematoma. Las recidivas del defecto temprano en 3.2 % y no se presentaron mortalidades.

### 01-056

#### **Experiencia en herniorrafia inguinal por laparoscopia: técnica totalmente extraperitoneal realizada por residentes de III y IV año en un hospital universitario**

*Juan Carlos Ayala, Alfonso Carlos Márquez, Fernando Alvarado*  
Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana  
Bogotá D.C., Colombia  
alcamarus23@hotmail.com, jayalaacosta@gmail.com

**Introducción.** En los programas de Cirugía general, la cirugía laparoscópica se implementa como una herramienta adicional y efectiva de abordaje quirúrgico. Para la corrección de la hernia inguinal, una

patología común para el cirujano, el abordaje laparoscópico, exige así destrezas quirúrgicas y endoscópicas especiales.

**Objetivo.** Evaluar y mostrar nuestra experiencia al realizar herniorrafia inguinal laparoscópica, técnica totalmente extraperitoneal (TEP) realizada por residentes de cirugía de años avanzados con experiencia laparoscópica en un hospital universitario y determinar los desenlaces de la misma.

**Material y método.**

- Cohorte retrospectiva.
- Pacientes con hernia inguinal bilateral o recurrente llevados a herniorrafia inguinal (TEP) entre el año 2011 al 2013.
- En total fueron 93 pacientes con un total de 186 hernias inguinales.
- Desenlace Primario: recurrencia
- Desenlaces secundarios: factores de riesgo asociados, seguimiento y complicaciones locales (seroma, hematoma, ISO, dolor crónico, disfunción eréctil)

**Resultados.** Del total de las hernias (186), la recurrencia fue de 5 pacientes de forma unilateral, lo cual representa un 2,6 %.

El 83 % de los pacientes eran hombres y las comorbilidades mas frecuentemente asociadas fueron la hipertensión arterial 60 % y síntomas prostáticos 30 %.

Según la clasificación de hernias Nyhus, 75 % eran tipo II, 21,5 % tipo III y 3,2 % tipo IV.

Solo un 3% presentaron equimosis suprapúbico como complicaciones locales.

El seguimiento estuvo entre 4 y 16 meses.

**Conclusión.** Permite concluir que la técnica TEP en hernia inguinal es segura y aplicable dentro de la enseñanza a los residentes de cirugía de años avanzados con experiencia laparoscópica.

## TRASPLANTE

### 01-021

#### **Trasplante hepático en hepatoblastoma. Experiencia en la Fundación Valle del Lili**

*Luis Armando Caicedo, Verónica Botero, Jorge Villegas, Gabriel Jaime Echeverri, Oscar Serrano, Mónica Torres*  
Fundación Valle del Lili  
Cali, Colombia  
mptorresd@gmail.comdcl

**Introducción.** El hepatoblastoma es el tumor hepático más frecuente en niños. El 20 % de los tumores son irsecables al momento del diagnóstico y requieren trasplante hepático como única opción. En estos pacientes la supervivencia a los 5 años postrasplante es de 50 a 80 %.

**Objetivo.** Describir las características clínicas, manejo quirúrgico y resultados de los pacientes diagnosticados con hepatoblastoma en la Clínica Valle del Lili, Cali, que fueron llevados a trasplante hepático.

**Material y método.** Se analizaron los registros clínicos de 10 niños diagnosticados y tratados por hepatoblastoma, entre septiembre de 2010 a diciembre de 2012. Todos se sometieron a confirmación histopatológica, imágenes, niveles de AFP y sistema de estaficación prequirúrgico PRETEXT. Todos fueron tratados de acuerdo con los regímenes SIOPEL III.

**Resultados.** La edad de los pacientes osciló entre 6 meses a 3 años. 5 trasplantes de hígado fueron de donante cadavérico; de ellos 3 habían sido clasificados PRETEX IV y 2 de PRETEXT III, 4 recibieron injertos reducidos, y uno recibió un injerto completo. 1 paciente tenía metástasis pulmonar en el diagnóstico. La mediana del período de seguimiento fue de 12 meses.

Todos los injertos se encuentran funcionando actualmente y los niveles de AFP son menos de 10ng/ml.

**Conclusión.** La adherencia estricta a los regímenes SIOPEL ha mejorado el pronóstico de los niños con hepatoblastoma. La enfermedad extrahepática no fue considerada como una contraindicación para el trasplante.

01-047

### Complicaciones quirúrgicas del trasplante renal en el Hospital Universitario de Neiva

Fermín Canal, Dario Fernando Perdomo, Jorge Cubillos, Claudia Marcela Hernández  
Hospital Universitario de Neiva, Universidad Surcolombiana  
Neiva, Colombia  
fcanal2000@yahoo.com

**Introducción.** La insuficiencia renal crónica es un problema de salud pública y tiene un alto impacto económico en los sistemas de salud. El trasplante renal es la mejor alternativa de tratamiento. El retraso en el diagnóstico y manejo de las complicaciones quirúrgicas pueden llevar a la pérdida del injerto. La incidencia oscila entre el 1 y el 35 %.

**Objetivo.** Describir las complicaciones quirúrgicas presentadas en los pacientes trasplantados renales en el Hospital Universitario de Neiva, en el periodo comprendido entre febrero del 2007 y marzo del 2013.

**Material y método.** Se realizó un estudio de serie de casos retrospectivo. Se revisaron todas las historias clínicas de los pacientes trasplantados durante el periodo referido. No se excluyó ningún paciente y en todas las historias se encontraron los datos necesarios para el diligenciamiento del formato de recolección.

**Resultados.** De 173 trasplantes, 36 pacientes (20.8 %) tuvieron 48 complicaciones, distribuidas así: 30 de tipo vascular (17.3 %), 11 urológicas (6.3%), 7 de la herida quirúrgica (4.04 %). Las principales complicaciones vasculares fueron 14 hematomas perirrenales (8.09 %); 6 sangrados activos (3.4 %); 4 trombosis de la arteria renal (2.3 %); 1 trombosis de la vena renal (0.5 %). Las complicaciones urológicas son 6 casos de fístula urinaria (3.4 %), 2 necrosis del uréter (1.1 %), 3 de estenosis de la vía urinaria (1.7 %). Otras complicaciones: 2 eventraciones (1.15 %) y 5 infecciones del sitio operatorio (2.8 %).

**Conclusión.** En este estudio, las complicaciones quirúrgicas se encuentran dentro de los rangos descritos en la literatura mundial. La complicación quirúrgica más frecuente es el hematoma perirrenal. La trombosis arterial o venosa es una catástrofe que lleva

a la pérdida del injerto renal, como en la mayoría de los centros de trasplante.

## NUTRICIÓN

01-026

### Aplicación de la escala de valoración global subjetiva del estado nutricional, en pacientes adultos no gestantes admitidos al servicio de hospitalización en la Clínica Universitaria Bolivariana

Jhonny Alberto Sierra, Amy del Mar Piñeres, Alejandra María Toro  
Clínica Universitaria Bolivariana  
Medellín, Colombia  
jhonny.sierra.marin@gmail.com

**Introducción.** La valoración global subjetiva es una escala que ha demostrado ser una herramienta útil para detectar los pacientes con riesgo de desnutrición.

**Objetivo.** Aplicar la valoración global subjetiva en los pacientes hospitalizados en la Clínica Universitaria Bolivariana para valorar el riesgo nutricional en pacientes admitidos en el servicio de hospitalización, excluyendo los pacientes admitidos en unidad de terapia intensiva, obstetricia y con trauma complejo.

**Material y método.** Se realizó un estudio observacional tipo *cross sectional* aplicando la valoración global subjetiva y registrando variables nominales previa a la aplicación de la escala de valoración global subjetiva.

**Resultados.** En esta medición encontramos que el 49 % de los pacientes se encontraban dentro de la clasificación B ó C (riesgo de desnutrición), de estos el 33 % correspondían a patología quirúrgica. La medición antropométrica al ingreso y durante la hospitalización en los grupos de riesgo fueron: peso ingreso: 5 %, talla ingreso: 2 %, peso hospitalización: 15 %, talla hospitalización: 15 %, estando por debajo del número de pacientes que se midieron con riesgo de desnutrición, además las medidas bioquímicas también estuvieron por debajo del número de pacientes en riesgo, teniendo mucha más adherencia la albumina que la transferrina, 19 %, vs. 4 % respectivamente.

**Conclusión.** Los componentes fundamentales dentro del manejo integral de la nutrición del paciente hospitalizado se realizaron en menos del 20 %. Este estudio brinda información pertinente sobre el riesgo de desnutrición y plantea interrogantes en cuanto a su evaluación y manejo.

01-036

### Nutrición parenteral total ciclada ambulatoria: Experiencia en el Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín

Carlos Ernesto Guzmán, Álvaro Mena, Sergio Iván Hoyos, Sandra Milena Álzate, Carolina Echeverri  
Hospital Pablo Tobón Uribe  
Medellín, Colombia  
cguzman@hptu.org.co

**Introducción.** Desde 1950 el manejo de la falla intestinal ha tenido un desarrollo progresivo en el mundo, favorecido por los avances en la nutrición parenteral total, que actualmente se puede administrar en casa y solamente durante 12 horas.

**Objetivo.** Reportar la evolución de nuestros pacientes, sus complicaciones, sus logros y las lecciones aprendidas con esta modalidad terapéutica.

**Material y método:** Es un estudio descriptivo de la evolución de 53 pacientes, desde diciembre de 2005 hasta el 1 de mayo de 2014.

**Resultados.** En 45 pacientes ya se logró la resolución completa de su desnutrición; en 25 se logró una recuperación nutricional completa que permitió ser llevado en forma segura a cirugía y el posterior desmonte completo de la NPT al irse rehabilitando; 8 requirieron trasplante de intestino y 4 multiviscerales, 2 se vienen manejando en forma definitiva con NPT ciclada ambulatoria, 4 están en proceso para trasplante de intestino y 8 están en proceso de rehabilitación intestinal. Sus complicaciones más frecuentes han sido: Infecciones del acceso venoso central (50 %), bacteremia (50 %), trombosis de los accesos venosos (5 %).

**Conclusión.** El llevar a estos pacientes a un índice de masa corporal adecuado con el aporte solamente de la nutrición parenteral total, nos estimula para compartir con los demás cirujanos colombianos que esta terapia nos sirve para mejorar nuestros resultados en el difícil manejo de los abdómenes hostiles a los que muchas veces la desnutrición favorece la filtración de las anastomosis intestinales y las laceraciones accidentales ocasionadas durante las cirugías.

## OTROS

### 01-003

#### **Comparación de la percepciones de un ambiente de aprendizaje tradicional en cirugía vs un ambiente innovador de acuerdo a un análisis DREEM**

*Luis Carlos Domínguez, Erick Espitia, Neil Valentín Vega, Álvaro Sanabria, Adriana Serna, Camilo Osorio*  
Universidad de la Sabana  
Chía, Colombia  
lucardo61@gmail.com

**Introducción.** La Facultad de Medicina de la Universidad de la Sabana desarrolló importantes modificaciones en el área de cirugía general en pregrado a través de un innovador entorno de aprendizaje (IEA). El plan de estudios basado en casos clínicos, recursos virtuales, e-learning con la integración de ciencias básicas y junto a proyectos de innovación con potencial influencia en las comunidades conforman la estructura del modelo.

**Objetivo.** Comparar las percepciones de los estudiantes de pregrado en los entornos de enseñanza tradicional vs el modelo innovador.

**Material y método.** El instrumento DREEM (Dundee Ready Educación Environment Measure) se aplicó a 3 cohortes consecutivas de estudiantes de cuarto año, comparando ambos entornos. Se analizaron cinco dominios y la puntuación global DREEM. La fiabilidad del análisis se evaluó con el coeficiente Alfa de Cronbach.

**Resultados.** Fueron 144 participantes. La puntuación global de DREEM fue mayor en el EAI en todas las cohortes (cohorte 1 EAT:

126 ± 30 frente a EAI: 149 ± 20; cohorte 2 EAT: 101 ± 21,6 frente a EAI: 153 ± 24; Cohorte 3 EAT: 115,4 ± 20,5 frente a EAI : 150 ± 20). El aprendizaje, los profesores y los dominios académicos fueron evaluados con altas puntuaciones en las subescalas del EAI. El coeficiente alfa de Cronbach mostró alta fiabilidad (> 0,90) para todas las mediciones y coherencia en las cohortes.

**Conclusión.** El sistema de aprendizaje innovador muestra claramente una mejor percepción por parte de los estudiantes de pregrado en el área de cirugía, planteando nuevos retos en la formación de estudiantes.

### 01-015

#### **Dilemas éticos en el estudiante de medicina, antes y después de su rotación en Cirugía General**

*Lilian Torregrosa, María Camila Corzo, Andrea Rodríguez, María Baquero, Juan Carlos Gómez*  
Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia  
juancarlosgomezvega18@gmail.com

**Introducción:** El estudiante de medicina como testigo del proceso de atención clínica y toma de decisiones por parte de sus superiores (residentes y profesores), esta expuesto durante la clínica a la forma de actuar de quienes le sirven como “modelos” de conducta; y esta interacción, tanto en sus aspectos positivos como negativos, es reconocida como una parte importante del currículo oculto en medicina que ayuda a forjar el profesionalismo y humanismo de los futuros médicos.

Las vivencias de innumerables situaciones clínicas enfrentan al estudiante a experiencias que causan en el, cuestionamientos éticos de diversa índole, muchas veces no resueltos. Esta problemática se ha abordado en pocos estudios que se centran en experiencias de países desarrollados, por lo que es interesante conocer lo que ocurre en una facultad de medicina colombiana, desde la perspectiva de quien se encuentra en proceso de formación; dado que este conocimiento permitirá acercarnos mucho más a estrategias pedagógicas de impacto en el área de la ética médica que se puedan implementar dentro de los hospitales universitarios en nuestro medio.

**Objetivo.** Identificar los conflictos éticos percibidos por los estudiantes de medicina antes y después de su rotación por cirugía general y contrastar estos resultados con los descritos en la literatura de otros países frente a la misma problemática (Decir la verdad, respetar la autonomía de los pacientes, prevenir el daño, manejar los límites de las propias competencias, manifestar el comportamiento inapropiado de otros miembros del equipo de trabajo: pares, residentes y profesores).

**Material y método.** Estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Javeriana de semestres clínicos (VI a X) previos y posteriores a su rotación de cirugía en el Hospital Universitario San Ignacio se invitaron a participar libremente en un estudio descriptivo transversal donde se realizaron encuestas previamente validadas, para identificar las situaciones conflictivas desde el punto de vista ético que enfrentaron durante sus rotaciones clínicas y quirúrgicas. Esta información contenida en una base de datos de Excel se sometió a análisis estadístico.

**Resultados.** En forma global, se identificaron como principales dilemas éticos de los estudiantes avanzados de medicina en nuestro

medio, los siguientes: los estudiantes en su mayoría percibieron que no se les da la información suficiente a los pacientes o familiares sobre su proceso de enfermedad ni tampoco cuando estos van a ser llevados a procedimientos quirúrgicos; observan también que los residentes tienden a “inventar” datos sobre los pacientes puesto desconocer información de la historia clínica los enfrenta a correctivos por parte de los docentes. La mayoría de estudiantes consideran que los residentes incumplen con frecuencia normas de bioseguridad, asepsia o antisepsia a pesar de tener los elementos necesarios. Por otro lado, a medida que avanzan en la carrera se hacen mas evidentes situaciones de maltrato de parte de residentes hacia estudiantes y con menor frecuencia frente a residentes de menor rango.

Como hallazgo consistente en las rotaciones clínicas y quirúrgicas, se encontró que los estudiantes aún cuando perciben situaciones “éticamente cuestionables”, no las expresan abiertamente frente a los docentes ni directivos por que consideran que no serán tenidos en cuenta.

**Conclusión.** Es importante reconocer que situaciones como las descritas por los estudiantes en este trabajo, se desarrollan a diario dentro del contexto académico de un Hospital Universitario y constituyen parte fundamental del currículo en medicina, especialmente en los aspectos relacionados con la ética médica, el profesionalismo y humanismo del médico en formación. Conocer las percepciones de los estudiantes y apoyar el proceso de resolución de estos conflictos éticos, constituye una parte importante de la labor docente en las escuelas de medicina, en elementos a veces olvidados y considerados como “secundarios” pero que realmente contribuyen a la construcción de una identidad ética en el estudiante de medicina.

#### 01-017

### Desenlaces de seguridad y calidad en pacientes con neoplasias del peritoneo

*Fernando Arias, Gabriel Eduardo Herrera-Almarino, Marcos Eduardo Pozo, Eduardo Londoño-Schimmer, Jorge Miguel Otero, Andrés Cardona, Natalia Cortes, Marta Mora*  
Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá  
Bogotá, D.C., Colombia  
farias00@hotmail.com

**Introducción.** La cirugía de citorreducción mas quimioterapia hipertermia intraperitoneal (CCR+HIPEC) es un procedimiento oncológico mayor para tratar las neoplasias del peritoneo. Hay pocas publicaciones acerca de desenlaces de seguridad y calidad en estos pacientes.

**Objetivo.** Estudiar los desenlaces de seguridad y calidad en un grupo de pacientes de CCR+HIPEC.

**Materiales y métodos.** Se evaluaron todos los pacientes llevados a HIPEC entre diciembre de 2007 y marzo de 2014. Desenlaces de seguridad y calidad fueron registrados de acuerdo a variables del sistema monitoreo de seguridad de Medicare, el proyecto de mejoramiento de calidad del colegio americano de cirugía y el proyecto de mejoría de calidad de en cuidado quirúrgico. Los eventos fueron clasificados de acuerdo a las guías de reporte de eventos adversos de la organización mundial de la salud. Una pausa de seguridad de 168 elementos fue verificada antes de cada procedimiento.

**Resultados.** Un total de 72 pacientes fueron incluidos para el análisis. El índice de carcinomatosis peritoneal medio fue de 20.5. Eventos de seguridad se encontraron en 73.6 % de los pacientes. 52.8 % de estos fueron debidos a infección de sitio operatorio o eventos tromboembolicos a pesar de una adherencia del 100 % a guías de profilaxis antibiótica y tromboembólica. No hubo eventos relacionados con electrocirugía, reacciones transfusionales, cancelaciones de casos o caídas durante el periodo de estudio. La mortalidad registrada a 30 días fue de 2.78 %.

**Conclusiones.** No existe información acerca de desenlaces de seguridad y calidad en pacientes llevados a CCR+HIPEC. Estos eventos deben ser evaluados activamente ya que ocurren frecuentemente a pesar de medidas estrictas basadas en guías y protocolos. La detección temprana puede disminuir el impacto de estos eventos en la salud del paciente llevado a este procedimiento.

#### 01-045

### Impacto de entrenamientos con simuladores de laparoscopia dentro del programa de cirugía general

*Victor Augusto Beltrán, Dary Luz Hernández*  
Universidad del Rosario  
Bogotá, D.C., Colombia  
Dary185@gmail.com; medvictorbel@hotmail.com

**Introducción.** La implementación de simuladores de laparoscopia en la formación de residentes de Cirugía General se ha convertido en uno de los pilares en el desarrollo de habilidades en un ambiente seguro minimizando el riesgo para los pacientes.

Se considera relevante hacer una medición objetiva de la adquisición de destrezas y habilidades en el estudiante en formación tras la implementación de un nuevo programa de entrenamiento con simuladores de laparoscopia.

**Objetivo.** Determinar el impacto del entrenamiento con simuladores de cirugía laparoscópica en el programa de formación en Cirugía General de la Universidad del Rosario

**Material y métodos.** Se realizó un pseudoexperimento (antes y después) con 20 residentes, quienes recibieron un entrenamiento dirigido para la realización de procedimientos por vía laparoscópica en simuladores. El análisis estadístico se realiza mediante un análisis uni y bivariado, y se determina la significancia estadística con la medición de X<sup>2</sup> y prueba exacta de Fisher así como la prueba T Student para muestras emparejadas y Wilcoxon para las variables numéricas.

**Resultados.**

1. El 60% de los ejercicios en el simulador de bajo costo, presentó una diferencia estadísticamente significativa relacionada con el cambio en el tiempo de desarrollo de las pruebas.
2. En todos los ejercicios de Simulador Virtual hay una diferencia estadísticamente significativa.

**Conclusión.** Este estudio permite establecer al entrenamiento laparoscópico como una herramienta indispensable en un programa integrado de entrenamiento en cirugía mínimamente invasiva ya que mejora las habilidades básicas de los residentes.

01-051

### **Cirugía general ¿solo un paso para una segunda especialidad?**

*Adolfo González, Jessica Correa*  
Universidad del Valle, Cali  
Cali, Colombia  
jcm1603@hotmail.com

*Introducción.* El campo de acción propio de cirugía general está permanentemente afectado por el desarrollo mundial de las subespecialidades y la falta de definición de su campo de acción.

*Objetivo.* Mostrar tendencia a la subespecialidad y definir el campo de acción del cirujano general

*Descripción del trabajo.* Se realiza búsqueda en bases de datos de literatura médica: Science Direct, Pubmed, The Cochrane, Ovid, Scielo entre otros. *Términos Mesh:* *second specialty general surgery, second specialty trend, field surgeon general action, current status of the general surgeon.*

El 70 % de la base epidemiológica de patología quirúrgica la tiene que resolver cirugía general. El cirujano debe tener la capacidad de definir patologías de urgencias tanto las traumáticas (trauma cerrado y penetrante), como las no traumáticas (abdomen agudo y sus causas, urgencias oncológicas y enfermedad isquémica de miembros inferiores) y la patología de manejo electivo principalmente defectos de pared abdominal, patología de vía biliar benigna, cáncer gástrico, mama, colon y recto y manejo quirúrgico del paciente obeso, sin ser exclusivamente campo de acción del subespecialista.

La tendencia a nivel mundial y nacional es realizar una segunda especialidad por diferentes motivos, dentro de los cuales la inseguridad y la falta en curva de procedimientos marcan la pauta para ingresar a estos programas.

*Resultados.* Se identifica la tendencia a la subespecialidad y el campo de acción limitado por el cirujano general.

*Conclusión.* Es necesario evaluar los currículos de cirugía general en el país y determinar si responden a las necesidades de patología prevalente.

01 – 054

### **Neurolisis laparoscópica del plexo celiaco en pacientes con cáncer**

*Uriel Cardona, José Omar Zorrilla, Ivo Siljic, Mauricio Zuluaga, Juan Carlos Valencia*  
Clínica Saludcoop Cali, Clínica de Occidente Cali  
Cali, Colombia  
urielcardona24@yahoo.com

*Introducción.* La Neurolisis laparoscópica del plexo Celiaco se ha propuesto recientemente como una opción útil en el manejo del dolor refractario en pacientes con cáncer gastrointestinal.

*Objetivos.* Describir la técnica laparoscópica de bloqueo del plexo Celiaco y su eficacia en el manejo del dolor en pacientes con cáncer gastrointestinal.

*Materiales y métodos.* Se realizaron 23 bloqueos laparoscópicos del plexo Celiaco en pacientes con cáncer avanzado de estómago,

hígado y páncreas en un periodo de 1 año . Se evaluó de manera prospectiva la mejoría del dolor en el periodo posoperatorio.

*Resultados.* Se encontró una mejoría de más del 70 % del dolor en la mitad de los pacientes evaluados. De estos pacientes el 59 % presentaban cáncer de estómago avanzado y el resto cáncer de páncreas y de hígado no resecables.

*Conclusiones.* El bloqueo Laparoscópico del plexo Celiaco es una opción eficaz, segura y de bajo costo con menos riesgos que el bloqueo percutáneo pues, se puede realizar bajo visión directa con resultados posoperatorios favorables.

01-058

### **Dispositivo quirúrgico improvisado para cirugía laparoscópica de único puerto**

*Daniel Gómez, Fernando Arias, César Guevara, Alejandro Quintero, Natalia Cortes*  
Centro Policlínico del Olaya  
Bogotá, D.C., Colombia  
vesalius0216@yahoo.com

*Introducción.* Los avances tecnológicos han llevado al desarrollo de técnicas quirúrgicas menos invasivas tales como la cirugía laparoscópica por único puerto, sin embargo esta requiere de instrumentos y dispositivos costosos, lo cual limita su uso y en consecuencia sus beneficios.

*Objetivo.* Mostrar que la cirugía laparoscópica de único puerto puede ser realizada utilizando los materiales quirúrgicos disponibles en cualquier sala de cirugía de una forma segura y costo efectiva.

*Material y método.* Se realizaron 57 casos de cirugía de único puerto (Enero 2013 – Septiembre 2013) con un dispositivo quirúrgico improvisado por uno de los autores utilizando materiales disponibles en la sala de cirugía tales como tubo de tórax, guantes estériles y seda 2.0; trocares convencionales se instalaron a través de los dedos de los guantes asegurándolos con bandas elásticas, una vez configurado el puerto con los guantes ferulizados este se fijaba a la pared abdominal por acción del neumoperitoneo.

*Resultados*

- El procedimiento quirúrgico mas frecuente fue la colecistectomía (82.4 %), seguido por la apendicectomía (12.2 %).
- Tiempo operativo promedio en colecistectomía fue 46 minutos.
- En 7 casos se colocó un puerto adicional de 5 mm por dificultades técnicas
- No se registraron conversiones.
- No se registraron complicaciones en esta serie.

*Conclusión.* Gran variedad de procedimientos quirúrgicos de cirugía laparoscópica de único puerto han sido descritos en la literatura, sin embargo en la gran mayoría se han utilizado dispositivos comerciales para cirugía de puerto único. Nuestro dispositivo improvisado demostró en esta serie tener un perfil seguro y costo efectivo.

01-083

**Quirón: prototipo para cirugía mínimamente invasiva por puerto único robóticamente asistido**

*Abrahan Chams, Walter Romero, Joel Arévalo, Carlos Trujillo*  
Universidad de Antioquia  
Medellín, Colombia  
abrahamchams@hotmail.com

*Introducción.* La cirugía mínimamente invasiva ha venido en amplio desarrollo y aplicabilidad, con múltiples beneficios como menor dolor posquirúrgico, menor tiempo de estancia hospitalaria, mejor respuesta metabólica e inmune y mejor resultado estético. La cirugía robótica es una nueva alternativa en la evolución de la CMI adquiriendo un gran potencial para mejorar la capacidad quirúrgica de los cirujanos en la realización de las intervenciones.

*Objetivo.* Diseñar, fabricar y probar para cirugía mínimamente invasiva por puerto único robóticamente asistido con base en mecanismos de cinemática paralela, controlado a través de una interfaz electromecánica

*Material y método.* Quirón es un prototipo en cirugía mínimamente invasiva por puerto único robóticamente asistido que consta de dos componentes, el primero de estos es el cirujano y el segundo el biotecnológico, este último a su vez tiene un diseño de brazos mecánicos con una amplia gama de movimientos impulsado por servomotores y un sistema de poleas que a su vez está conectado a través de una interface a un software que transmite a dicho sistema mecánico los movimientos de las manos del cirujano.

*Resultados.* Se presenta el primer prototipo en cirugía mínimamente invasiva por puerto único robóticamente asistido, con materiales de bajo costo e integrando la experiencia de los cirujanos y los beneficios biotecnológicos en ingeniería mecánica, de diseño y en sistemas.

*Conclusión.* Este proyecto en un país en vía de desarrollo y con un grupo poblacional de escasos recursos económicos da la oportunidad a muchos niños enfermos a acceder a estos nuevos beneficios biotecnológicos. Se presentan los primeros resultados de aplicabilidad.



# CASOS CLÍNICOS

## CABEZA Y CUELLO

02-030

### Resección segmentaria de tráquea por carcinoma papilar de tiroides infiltrante

Edgard Gutiérrez, Leonardo Rueda, Brenda Lamadrid, Luis Gerardo Villota, Alix Portela

Universidad de Cartagena, Hospital Naval de Cartagena  
Cartagena, Colombia

blamadridm@gmail.com, lugevigo@gmail.com

**Introducción.** El carcinoma papilar de tiroides es derivado de las células foliculares y es el tipo más común, de los diferenciados, constituyendo el 65-80 % de todos los cánceres de tiroides. Tiene predilección por el sexo femenino y el pico de incidencia entre los 30 y 50 años.

**Objetivo.** Dar a conocer el caso de un paciente adulto con carcinoma papilar tiroideo con extensión a tráquea.

**Materiales y métodos.** Estudio descriptivo, tipo presentación de caso y revisión de la literatura.

**Resultados.** Paciente masculino de 63 años con cuadro de tos con expectoración hemoptoica, dentro de estudios imagenológico se encuentra en tac de tórax: lesión infiltrante tiroidea izquierda con erosión de tráquea, estudios de extensión negativos, por lo que se decide manejo quirúrgico: tiroidectomía total, resección segmentaria de tráquea, vaciamiento ganglionar cervical y se deja traqueostomía por parálisis bilateral de pliegue vocal. Evolución posquirúrgica satisfactoria, con informe histopatológico de carcinoma papilar de tiroides de células altas, con compromiso traqueal, bordes de resección negativos y vaciamiento ganglionar negativo.

**Conclusiones.** El carcinoma papilar de tiroides es el tipo más común. Presenta un crecimiento lento y pese a su diseminación linfática, mantiene un pronóstico excelente, con raras metástasis a distancia. Al momento del diagnóstico un 30 a 40 % de los casos presenta metástasis ganglionar cervical. La variante de células altas, corresponde al 4 a 13 % de todos los carcinomas papilares y se asocia con una mayor agresividad. Las extensiones extratiroides, especialmente cervicales, las recidivas y las metástasis a distancia aparecen en mayor proporción que en otros carcinomas papilares.

02-068

### Carcinoma diferenciado de tiroides recurrente resistente a la yodoterapia

Andrey Moreno, Julián Gómez, Francisco Carvajal, María José Vergara  
Pontificia Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio

Bogotá, D.C., Colombia

andreyorenortorres@gmail.com

**Introducción.** El cáncer diferenciado de tiroides, corresponde a aproximadamente el 95 % de los casos de carcinoma de tiroides, de estos el 5% desarrollan enfermedad metastásica la cual no responde a la terapia con I-131, mostrando un patrón de comportamiento más agresivo.

La recurrencia locorregional en el cuello es la más frecuente, siendo la opción quirúrgica combinada con la yodoterapia, el método de elección de tratamiento. Sin embargo, cuando se han usado múltiples dosis de I-131 o el paciente tiene enfermedad no yodo captante, otras opciones de tratamiento deben ser consideradas.

**Objetivo.** Presentamos este caso, por la importancia que representa el conocimiento de este tipo de patología, para el cirujano general y el enfoque que debe realizarse de manera inicial, para dar celeridad en tratamiento, ya que por la baja prevalencia de este tipo de enfermedad, no estamos familiarizados con la misma.

**Material y método.** Este trabajo se basa en el reporte de un caso clínico así como una revisión en la literatura de esta patología basada en el diagnóstico, criterios de clasificación de los pacientes en este grupo y las opciones de manejo.

**Resultados.** Al día de hoy se podría decir que el manejo de pacientes con cáncer de tiroides yodo resistentes debe ser multidisciplinario donde se incluya una resección de la enfermedad locorregional con márgenes oncológicos así como la radioterapia adyuvante para la prevención de recurrencias locorregionales asociado a terapia sistémica con inhibidores de la tirosin kinasa en caso de enfermedad metastásica a distancia, teniendo en cuenta que estos medicamentos han mostrado resultados prometedores en la evidencia actual; aunque todavía faltan estudios y evidencia clínica que lleve a conclusiones definitivas.

**Conclusión.** El caso presentado y la revisión en la literatura nos lleva a concluir que aunque la mayoría de la patología cancerosa dependiente de la glándula tiroides presenta un comportamiento no tan agresivo teniendo una adecuada respuesta a la terapia convencional y por lo tanto una tasa de sobrevida alta después de esta; un pequeño porcentaje de estos va a presentar recurrencias regionales y/o a distancia que no van a responder a la yodoterapia, ya sea porque se han usado múltiples dosis de I-131 o porque no se han diferenciado, llevando a un reto médico en la búsqueda de la terapia adecuada que lleve a un aumento en la sobrevida de estos pacientes. Con el advenimiento del desarrollo de nuevas técnicas de detección molecular, se ha logrado, aislar de forma satisfactoria genes que explican la resistencia a los medicamentos ya conocidos, y nos han dado la oportunidad de mejorar la sobrevida en poblaciones específicas, pudiendo dirigir el tratamiento, es el caso de los inhibidores de tirosina kinasa.

02-106

### Manejo de amiloidosis laríngea, presentación de caso clínico

Luis Fernando Tintinago, Efraín Andrés Revelo, William Victoria, Julián Andrés Molano, Federico Espinosa, Marcela Lucía Tascón  
Fundación Clínica Valle del Lili  
Cali, Colombia  
marcelatascon@gmail.com

**Introducción.** La amiloidosis es una enfermedad poco común, de naturaleza desconocida; más frecuente en mujeres, entre 50-60 años y representa el 0.68 % de los tumores benignos de laringe. Se presenta como tumor nodular o como masas de depósitos difusos subepiteliales, provocando disfonía, disfagia e incluso obstrucción de la vía aérea. Su manejo está enfocado en resección quirúrgica, ablación mediante láser, colocación de *stent*, medicamentos, y en casos difíciles y recurrentes el uso de radioterapia. En este artículo presentamos un caso de amiloidosis laríngea de difícil control manejado exitosamente con resección quirúrgica con láser.

**Material y método.** Presentación de caso clínico de interés.

**Resultados.** Paciente femenina, 43 años: 2 años de disfonía progresiva, disnea y fatiga fácil. Microlaringoscopia: tres lesiones laríngeas, dos en comisura anterior, y una en comisura posterior; Biopsias: amiloidoma laríngeo.

Empeoramiento de síntomas: afonía, tos seca persistente y notorio esfuerzo vocal.

Se programa para resección laringo-traqueal y reconstrucción compleja de vía aérea:

- Hallazgos: lesión bilateral que compromete los bordes libres de las cuerdas vocales, predominio izquierdo, compromiso de comisura anterior y región interarritenoidea.
- Procedimiento: Laringofisura y con técnica microquirúrgica: resección de tumor de la cuerdas y región interarritenoidea, más resección 1cm de tráquea comprometido, y anastomosis termino-terminal laringo-traqueal, y traqueotomía protectora.

Buena evolución, decanulación y cierre del estoma. Seguimiento 3 años con dilataciones periódicas y buena calidad de vida.

**Conclusión.** La amiloidosis laríngea es una entidad de presentación poco frecuente, en ocasiones de difícil manejo y con grandes repercusiones en la calidad de vida de los pacientes.

02-107

### Manejo del cancer de tiroides invasor a vía aérea. Presentación de dos casos

Jorge Felipe Tobar, Marcela Lucía Tascón, Jorge Augusto Herrera, Federico Benítez  
Universidad del Cauca Cali, Colombia  
marcelatascon@gmail.com

**Introducción.** El cáncer de tiroides invasor a la vía aérea es un hallazgo cada vez mas frecuente y es reto para el cirujano, pues este generalmente es de diagnóstico intraoperatorio. Se presentan dos casos clínicos ilustrativos de esta patología, su manejo.

**Material y método.** Presentación de dos casos clínicos.

**Resultados.** Pacientes de género femenino de 59 años, con diagnóstico histológico de cáncer papilar de tiroides:

1ª: con recaída tumoral y lesión bien diferenciada multifocal, clasificación de SHIN III. Consulta por disnea asociada a masa en cuello. Se le realiza resección laringo-traqueal de 5 anillos traqueales (2,5 cm) con anastomosis y reconstrucción inmediata de tráquea. Resección en bloque la lesión y reconstrucción con colgajo miocutáneo de pectoral. Manejo posoperatorio en unidad de cuidado intensivo (UCI) por 5 días y en hospitalización por 11 días con complicación necrosis de los bordes del colgajo de piel. Bordes de resección negativos.

2ª: con recaída tumoral con histología moderadamente diferenciada clasificación de SHIN II. Consulta por persistencia de tiroglobulinas altas y hallazgos topográficos compatibles con recaída. Se realiza resección traqueal de 3 anillos, anastomosis primaria y colgajo mio-periostico. Manejo en UCI por 2 días y en hospitalización por 1 día sin complicaciones posquirúrgicas. Bordes de resección negativos.

**Conclusión.** El cáncer de tiroides invasor a la vía aérea es un reto para el cirujano y la elección de la técnica quirúrgica depende de la experiencia del equipo quirúrgico con notoria disminución en la estancia hospitalaria, complicaciones y recidiva de las lesiones.

## TORAX

02-012

### Paciente con fistula de líquido cefalorraquídeo a pleura. Presentación de caso y revisión de la literatura

Jhonny Alberto Sierra, Juan Esteban Salas, Juan Guillermo Gallego  
Clínica Universitaria Bolivariana  
Medellín, Colombia  
jhonny.sierra.marin@gmail.com

**Introducción.** La fistula de líquido cefalorraquídeo a pleura es una entidad con baja frecuencia; aquí presentamos un caso secundario a trauma por herida con proyectil arma de fuego en columna torácica.

**Objetivo.** Describir las características clínicas y paraclínicas de una paciente con diagnóstico de fistula de líquido cefalorraquídeo a pleura y realizar una revisión de la literatura.

**Materiales y métodos.** Se analizaron datos clínicos, imágenes diagnósticas, hallazgos quirúrgicos e histopatológicos, comparándolos con la literatura mundial disponible.

**Resultados.** Hombre de 39 años, con herida por proyectil de arma de fuego de carga única en columna dorsal y hemitorax izquierdo, al examen físico con paraplejía y hemo-neumotórax en manejo con toracostomía. Durante la hospitalización desarrolla cefalea, palidez, diaforesis y vértigo intenso al elevar la mitad superior del cuerpo con drenaje de toracostomía persistentemente elevado, se realiza mielografía por tomografía y se identifica fistula de líquido cefalorraquídeo a la pleura izquierda, se realiza corrección quirúrgica en conjunto con el servicio de neurocirugía, el paciente mejora de sus síntomas y es dado de alta al quinto día post operatorio.

**Conclusiones.** La fistula de líquido cefalorraquídeo a pleura, es una entidad reportada en 44 ocasiones en la literatura en inglés, con diagnóstico difícil debido al estado clínico y las patologías concomitantes que pueden confundir en su diagnóstico, no existe

consenso en cuanto a su manejo y existen diferentes opciones desde la toracostomía hasta el manejo quirúrgico con rafia del defecto, con tasas de éxito hasta del 82 %.

**02-025**

### Osificación pulmonar heterotópica

*Edgard Gutiérrez, Brenda Lamadrid, César Redondo, Laura Loaiza, Leonardo Rueda, Rina Barrios*

Universidad de Cartagena, Hospital Universitario del Caribe  
Cartagena, Colombia  
blamadridm@gmail.com, lauraloaizaf@hotmail.com

**Introducción.** La osificación pulmonar es una enfermedad rara caracterizada por la neoformación ósea en el parénquima pulmonar con o sin elementos de médula ósea. No presenta síntomas específicos, generalmente es un hallazgo de autopsia. Se identifica un tipo asociado a enfermedad pulmonar o cardiaca preexistente o ser idiopática.

**Objetivo.** Dar a conocer el caso de un paciente adulto con bronquiectasias secundarias a osificación heterotópica pulmonar.

**Materiales y métodos.** Estudio descriptivo, tipo presentación de caso y revisión de la literatura.

**Resultados.** Paciente masculino de 57 años con cuadro de aproximadamente 3 años de evolución de tos productiva, con expectoración purulenta y fétida, hemoptisis y picos febriles subjetivos con periodos de remisión. En TAC de tórax hallazgo de bronquiectasias en lóbulo inferior derecho, e imagen de cuerpo extraño endobronquial. Se realiza lobectomía inferior derecha y medial no anatómica, hallando cuerpo extraño endobronquial en lóbulo inferior derecho, compatible con fragmento óseo. Evolución posquirúrgica satisfactoria, con informe histopatológico de osificación endocondral a partir de cartilago bronquial y tejido hematopoyético en su interior, consistente con osificación heterotópica difusa del parénquima pulmonar.

**Conclusiones.** La osificación pulmonar, una enfermedad inusual, más frecuente en género masculino, entre la quinta y sexta década de vida. Se describen dos tipos dependiendo de su estructura: dendriforme y nodular. La fisiopatología no es clara, los estados predisponentes incluyen, hipercalcemia, un medio alcalino e injuria pulmonar. No se manifiesta, o lo hace con sintomatología inespecífica. Esta patología no depende de un solo factor predisponente, sino de una sinergia que se produce entre estos.

**02-028**

### Hamartoma fibroleiomatoso múltiple pulmonar

*Edgard Gutiérrez, Luis Gerardo Villota, Brenda Lamadrid, Katherine Redondo, Leonardo Rueda, Francisco Forero*

Universidad de Cartagena, Hospital Universitario del Caribe  
Cartagena, Colombia  
blamadridm@gmail.com, lugevigo@gmail.com

**Introducción.** El hamartoma es una neoplasia benigna caracterizada por una variada combinación de cartilago, tejido conectivo, grasa, músculo liso y epitelio respiratorio. El Hamartoma pulmonar es usualmente solitario y crece lentamente; se pueden dividir en parenquimatosos y de tipo central endobronquial.

**Objetivo.** Dar a conocer el caso de una paciente joven con cuadro de dolor torácico, con hallazgo imagenológico de múltiples lesiones de aspecto secundario pulmonar.

**Material y método.** Estudio de la historia clínica y revisión de la literatura médica.

**Resultados.** Se presenta el caso de una paciente joven con cuadro de dolor torácico, a quien se realizan estudios imagenológicos, donde se documentan múltiples lesiones de aspecto secundario en ambos pulmones, sin neoplasia primaria identificada, antecedente de histerectomía por miomatosis uterina. Se decide realizar biopsia de lesión por videotoracoscopia, con hallazgos histológico de Hamartoma fibroleiomatoso pulmonar. Se considera en conjunto con oncología manejo expectante. Después de 1 año, no ha presentado progresión de las lesiones, clínicamente en buen estado general.

**Conclusión.** Los tumores pulmonares benignos representan menos del 1%, dentro de estos, el Hamartoma es el más frecuente después del adenoma bronquial. El Hamartoma fibroleiomatoso pulmonar es una rara entidad, exclusiva del sexo femenino, histológicamente son nodulaciones bien delimitadas, constituidas por músculo liso, tejido fibroconjuntivo y epitelio respiratorio. En casi la totalidad de los casos, está presente el antecedente de manejo quirúrgico de leiomiomas uterinos. La sintomatología varía dependiendo de la localización y compresión del árbol respiratorio. El tratamiento va desde la hormonoterapia, manejo expectante o salpingooforectomía radical.

**02-060**

### Manejo de Paciente con Empiema bilateral por mediastinitis descendente

*Fernando Alvarado, Hernando Russi, Mauricio Peláez.*

Hospital Universitario San Ignacio  
Bogotá, Colombia  
Falvarado@husi.org.co

**Introducción.** La fascitis cervical necrotizante originada en procesos inflamatorios de la cavidad bucofaríngea, tiene una mortalidad de hasta el 22 % cuando está asociada a mediastinitis descendente necrotizante y es una patología con alta mortalidad reportada en estudios hasta del 41 %. Adicionalmente, cuando se asocia a choque séptico la mortalidad alcanza el 64 %.

**Objetivo.** Ilustrar por medio de un caso el manejo quirúrgico agresivo de una patología con alta mortalidad.

**Material y método.** Se trata de una paciente femenina de 34 años quien consultó previamente al servicio de urgencias inicialmente por amigdalitis, posteriormente absceso amigdalino el cual recibió manejo médico no exitoso.

La paciente reingresa en mal estado general, choque séptico, documentándose derrame pleural bilateral. Se le practica cuatro toracotomías bilaterales, desbridamiento de pared torácica, manejo en UCI con antibióticos de amplio espectro, soporte vasopresor y ventilatorio.

**Resultados.** La paciente egresa con programa de hospitalización domiciliaria 20 días después de la primera toracotomía bilateral, con oxígeno suplementario, antibiótico de amplio espectro, terapia física y terapia respiratoria.

Un mes posterior al egreso se retira el oxígeno suplementario, pero documentándose parálisis de cuerda vocal izquierda como complicación posoperatoria.

Actualmente asiste a controles posoperatorios con ronquera, sin requerimiento de oxígeno suplementario, independiente, con adecuado retorno a su vida laboral.

**Conclusión.** La mediastinitis descendente necrotizante es una enfermedad con morbilidad y mortalidad elevada, que requiere un manejo médico-quirúrgico agresivo para mejorar la posibilidad de supervivencia del paciente.

Se trata de una paciente en quien a pesar de la morbilidad posoperatoria sobrevivió a una patología infecciosa altamente letal y a un tratamiento quirúrgico agresivo necesario.

## 02-092

### Fístula peritoneo-pleural. Reporte de caso

*María del Mar Meza, Guillermo Vallejo, Cecilia Nisvet Manzano*  
Universidad del Cauca, Clínica la Estancia  
Popayán, Colombia  
mariadelmar1020@gmail.com

**Introducción.** El derrame pleural secundario a comunicación pleuroperitoneal en pacientes en diálisis peritoneal ocurre generalmente al inicio de la diálisis; se estima que en el 50 % aparecen en los 30 primeros días de terapia y dentro de los factores de riesgo para su aparición se encuentra el sexo femenino.

El mecanismo de generación puede ser un defecto congénito, aunque también pueden existir defectos diafragmáticos adquiridos que lo precipiten. En ocasiones, la presión negativa intratorácica combinada con un aumento de presión abdominal causada por la infusión de líquido peritoneal puede abrir pequeños defectos en el diafragma y promover el flujo de líquido al espacio pleural.

El diagnóstico se establece mediante historia clínica, examen físico y ayudas diagnósticas como radiografía de tórax y gammagrafía.

**Objetivo.** Reportar caso demostrativo de diagnóstico, manejo de fístula peritoneo pleural y revisión de la literatura.

**Material y método.** Revisión de historia clínica. Búsqueda sistemática de la literatura

**Resultados.** Paciente femenina de 67 años con múltiples comorbilidades, ERC en soporte dialítico, cardiopatía isquémica que requirió dos *stent* hace 2 años que no la hace candidata para hemodiálisis, desnutrición crónica, derrame pleural derecho con fístula peritoneo pleural documentada imaginología. Se realiza pleurodesis con talco exitosa, hallazgo intraoperatorio de pleura macroscópicamente sana. Continúa posteriormente con diálisis peritoneal sin complicaciones.

**Conclusión.** La pleurodesis química a través de toracoscopia se ha utilizado en varios casos con éxito, con un 88 % de los pacientes que pueden reanudar diálisis peritoneal a largo plazo después del procedimiento.

## 02-116

### Resección de condrosarcoma gigante de la pared torácica y reconstrucción con material de osteosíntesis

*Rafael José Beltrán, Jaime Gómez, Jorge Andrés Azuero, Jorge Andrés Castro*  
Universidad Nacional de Colombia, Hospital Universitario de la Samaritana E.S.E  
Bogotá, D.C., Colombia  
jorgeandresazueroescallon@gmail.com

**Introducción.** Los tumores primarios de la pared del tórax representan alrededor del 5% de todas las neoplasias torácicas, siendo

los condrosarcomas unos de los más frecuentes. Sin embargo, la dificultad técnica durante la resección de tumores de gran tamaño que invaden las estructuras vasculares y nerviosas, junto con la adecuada reconstrucción torácica luego de la resección costal amplia (incluyendo resección parcial esternal hasta la unión costovertebral) presentan un reto quirúrgico en el que se expresa la creatividad del cirujano para conservar al máximo la funcionalidad y la rehabilitación del paciente. Siendo el manejo multidisciplinario la piedra angular del tratamiento.

**Objetivo.** Compartir con la comunidad científica la experiencia en la reconstrucción de la pared torácica mediante el empleo de material de osteosíntesis luego de la resección de un condrosarcoma que compromete la vena innominada, tercio proximal y medio de la clavícula, 1er, 2do y 3er arco costal manubrio esternal.

**Material y método.** Presentación de caso clínico que incluye el contexto y estado del arte actual del estudio y manejo de las masas de la pared anterior del tórax y la exposición del manejo reconstructivo realizado.

**Resultados.** Resección satisfactoria de condrosarcoma gigante torácico y reconstrucción mediante el empleo de material de osteosíntesis, alambre y malla de polipropileno/polidioxanona recubierta con celulosa oxidada regenerada. Con estado funcional posoperatorio conservado.

**Conclusión.** La resección de condrosarcomas gigantes torácicos presenta un reto complejo incluso para los cirujanos experimentados, donde el criterio quirúrgico, habilidad y creatividad juegan un papel fundamental que es digno de ser compartido con la sociedad científica.

## 02-120

### Hidrotorax como complicación de diálisis peritoneal. Reporte de caso y revisión de la literatura

*Kevin Fernando Montoya, Fermín Alonso Canal, Darío Fernando Perdomo*  
Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, Universidad Surcolombiana  
Neiva (Huila), Colombia.  
Kefemoqu@gmail.com

**Introducción.** La efusión pleural que complica la diálisis peritoneal ambulatoria continua (CAPD) se presenta en aproximadamente el 2 % de todos los pacientes sometidos a este procedimiento. Los recientes avances en la cirugía mínimamente invasiva han revolucionado la estrategia de tratamiento de esta condición clínica.

**Objetivo.** Revisar el caso clínico y hacer una revisión de la literatura.

**Material y método.** Dentro de las causas de efusión pleural asociada a diálisis peritoneal la causa más común de su presentación es la existencia de una comunicación anormal pleuroperitoneal. Otras posibilidades incluyen trastornos en el drenaje linfático, alteración en los gradientes de presión pleuroperitoneales y defectos diafragmáticos congénitos. La toracocentesis con análisis bioquímico del líquido pleural es el primer eslabón para llegar al diagnóstico. En los casos inciertos, o cuando no hay una evidencia que demuestre la comunicación pleuroperitoneal, se requiere un enfoque con realización de imágenes donde la gammagrafía peritoneal parece ser el gold estándar.

**Resultados.** Se presenta un caso clínico tratado y manejado en nuestra institución.

**Conclusión.** Dentro del tratamiento; la cesación de la diálisis peritoneal como manejo conservador resuelve la mitad de los casos de efusión pleural. En los pacientes que no responden, la videotoroscopia, la pleurodesis o la reparación diafragmática permite que la mayoría de los pacientes continúen con CAPD. La pleurodesis química está probablemente indicada como tratamiento en los centros que no cuentan con el apoyo de la toracoscopia. En la actualidad. Solo una minoría de los pacientes requerirá toracotomía abierta.

02-129

### **Tumor fibroso solitario de pleura: presentación de un caso y revisión de la literatura**

*Juan Camilo Ramírez, Adolfo Balestas, William Rios, Juan Manuel Ochoa*

Hospital San José  
Bogotá, D.C, Colombia

dr.juanmanuelochoa@gmail.com

**Introducción.** El tumor fibroso solitario de pleura es una neoplasia benigna infrecuente de crecimiento lento inicialmente descrito por Klemperer y Rabin en 1931. En la mayoría de ocasiones sólo se identifica en estados avanzados, por lo que es fundamenta su sospecha y manejo oportuno para conseguir mejores resultados.

**Objetivo.** Describir y analizar el caso clínico para compararlo con la literatura correspondiente.

**Material y método.** Análisis de la historia clínica laboratorios e imágenes diagnósticas del paciente, con una revisión sistemática de la literatura.

**Resultados.** Paciente masculino de 61 años de edad quien consulta al servicio de urgencias por presentar cuadro clínico de disnea progresiva de 1 año de evolución, la cual se había exacerbado en los últimos días. Asociada a pérdida de peso reciente. No refirió otra sintomatología de importancia. Como antecedentes de importancia se encontró que había sido fumador de 4 cigarrillos diarios por 20 años. Indagando antecedentes laborales se encontró un factor exposicional importante, dado que el paciente refirió haber trabajado durante 9 años en una empresa de insumos químicos y detergentes, en donde no se brindaban las medidas básicas de protección personal. Al examen físico a la inspección del tórax se evidenció importante disminución de ruidos respiratorios en la base pulmonar izquierda, sin otros hallazgos positivos. Se realizó TAC de tórax contrastado en que se evidenció gran masa de 143x112x106mm sólida, heterogénea, con densidad de tejidos blandos con múltiples zonas hipodensas y estructuras vasculares en su interior de implantación amplia en la pleura. Baciloscopias seriadas negativas, espirometrias con capacidad vital reducida. Paraclínicos sin alteraciones relevantes, con una capacidad vital reducida, leucocitosis leve sin otras variables de respuesta inflamatoria sistémica. Tiempos de coagulación dentro de límites normales. Se considero por consiguiente, paciente con masa pulmonar sugestiva de tumor fibroso de pleura, por lo que se considero solicitar biopsia percutánea guiada por imágenes con estudios de inmunohistoquímica la cual reveló positividad fuerte y difusa en células tumorales para CD99, Bcl-2 y CD34. Hallazgos morfológicos y de inmunohistoquímica de tumor fibroso solitario/hemangiopericitoma. Paciente fue programado para resección de dicho

tumor de pleura, que por dimensiones aparentes se realizó incisión tipo Clamshell bajo anestesia general a nivel del V espacio intercostal, se realiza disección por planos hasta identificar aponeurosis torácica superficial, se disecó hasta identificar las fibras del músculo pectoral mayor las cuales se seccionaron. Se identificaron los músculos pericostales los cuales se seccionaron, se realizó sección de la pleura parietal y se ingresó al hemitórax. Se realizó ligadura de arterias mamarias y esternotomía transversa con cierra de Gigli. Se realizó exposición bilateral del tórax con separador Finochietto. Se identificó masa la cual se exterioriza y se identifica pedículo el cual se seccionó con 4 disparos con pistola Echelon de 45mm (3 recargas azules) y un disparo con sutura mecánica de 60mm (1 recarga blanca). Se verificó hemostasia y se identificó sangrado en capa del lecho de disección, por lo cual se realiza neumorráfia en 2 planos, primer plano Vicryl 2/0 con puntos de Parker y el segundo plano con puntos continuos cruzados. Se revisó hemostasia de hemitórax izquierdo, lavado de cavidad, nueva revisión de hemostasia y se deja un Sugicel estándar. Se procede a dejar 2 tubos de toracostomía a drenaje cerrado bilaterales, se toman puntos pericostales con vicryl 2/0. Se colocó aproximador costal y se cerraron ambos hemitórax previa expansión pulmonar. Se realizó cierre de esternón con alambre de acero. Se revisó hemostasia y se cerró el tórax por planos, primer plano muscular con Vicryl 2/0, segundo plano de aponeurosis torácica superficial con vicryl 3/0. El procedimiento culminó sin complicaciones, con un sangrado estimado de 1200cc. Paciente es ingresado a la Unidad de Cuidado Intensivo en donde evoluciona satisfactoriamente con posterior cuidado en pisos en donde luego de 3 días de evolución clínica satisfactoria es dado de alta. Se confirma por parte de patología un tumor fibroso solitario de pleura, paciente continua en controles sin evidencia de recidivas luego de 1 año de la intervención con mejoría clínica de sintomatología de base.

**Conclusión.** El tratamiento definitivo es la resección quirúrgica completa la cual puede efectuarse y planearse de acuerdo a la localización del tumor y dimensiones del mismo. Por tratarse de una neoplasia lenta y poco sintomática, alcanza dimensiones gigantescas lo que hace que se convierta en un verdadero desafío quirúrgico, sumado a su alta tasa de recurrencias. Una vez resecado, la inmunohistoquímica juega un papel fundamental en el diagnóstico definitivo y evaluación de criterios de malignidad, tales como positividad a vimentina, la no expresión a filamentos intermedios como citoqueratinas y desmina, o la ausencia de positividad a citoqueratinas. A pesar de ser una patología benigna infrecuente debe ser manejada con cautela dado a agresividad reportada en reducido número de casos.

## **VIAS BILIARES Y PANCREAS**

02-003

### **Síndrome de glucagonoma presentación de un caso**

*Diego Davila, Oscar Palacios, Juan Esteban Botero*  
Universidad CES  
Medellín, Colombia  
jbotero@uces.edu.co

**Introducción.** Un glucagonoma es un tumor de células alfa de lento crecimiento, en los islotes de Langerhans del páncreas. Puede aparecer como un adenoma benigno y localizado, pero el 50 % de los pacientes presentan metástasis al momento del diagnóstico. El síndrome del glucagonoma es una entidad rara, con incidencia

estimada de 1 en 20 millones, y que se caracteriza por Eritema Migratorio Necrótico, hiperglucagonemia, diabetes, anemia, glositis, queilitis, pérdida de peso, diarrea, trombosis venosa y alteraciones neuropsiquiátricas.

**Objetivo.** Con este caso queremos mostrar la presentación de una entidad rara, que requiere de alta sospecha clínica para hacer el diagnóstico, y mostrar los resultados con el manejo quirúrgico. Además, presentar una revisión de la literatura actual.

**Material y método.** Se realiza una descripción detallada del caso clínico de un hombre con un síndrome de glucagonoma, manejado en la clínica CES, y se realizó una revisión de la literatura.

**Resultados.** En el caso clínico descrito hubo una notable mejoría de las lesiones cutáneas, además de los valores séricos de glucagón.

**Conclusión.** El síndrome paraneoplásico del glucagonoma es una entidad poco frecuente, con una incidencia muy baja, que requiere de alta sospecha clínica para tener el diagnóstico. El manejo adecuado luego de identificar la enfermedad es quirúrgico, con lo cual se obtiene mejoría de los síntomas, y en algunos casos resultado oncológico adecuado.

## 02-014

### Síndrome de Lemmel: coledocododenostomía laparoscópica en paciente nonagenario

*Daniel Gómez, César Guevara, Germán Junca, David Rincón, Carlos García*  
Centro Policlínico del Olaya  
Bogotá, D. C., Colombia  
vesalius0216@yahoo.com

**Introducción.** La ictericia obstructiva se asocia más frecuentemente con coledocolitiasis y tumores pancreato biliares o periampulares. La incidencia de divertículos duodenales es del 22 %, y después del colon son el lugar de presentación más frecuente; estos son sintomáticos hasta en un 10 %, y ocasionalmente pueden generar ictericia obstructiva y pancreatitis recurrente lo cual en ausencia de etiologías obstructivas como la coledocolitiasis o los tumores, configuran la entidad descrita como Síndrome de Lemmel.

**Objetivo.** A continuación presentamos un caso de ictericia obstructiva recurrente y pancreatitis aguda en paciente nonagenario manejada con coledocoduodenostomía por vía laparoscópica.

**Material y método.** Mujer de 89 años de edad quien consulto por ictericia generalizada asociada a dolor abdominal sin evidencia de sepsis concomitante, con antecedente de múltiples eventos previos de pancreatitis aguda e ictericia con remisión clínica espontánea; al ingreso cursaba con ictericia de predominio directo, asociada a elevación de amilasa, colelitiasis y dilatación de la vía biliar por ecografía. Fue llevada a CPRE la cual fue fallida por presencia de divertículo duodenal tipo I (papila intradiverticular) por lo que se decidió llevar a cirugía donde se realizó colangiografía la cual no evidencio presencia de coledocolitiasis o alteración del paso del medio de contraste al duodeno por lo que se realizó colédoco duodenostomía latero lateral y colecistectomía por vía laparoscópica sin complicaciones transoperatorias.

**Resultados.** Paciente con evolución post operatoria favorable, con remisión de la ictericia, resolución del cuadro de pancreatitis aguda, inicio de la vía oral a las 72 horas y alta por cirugía general al séptimo día posoperatorio.

**Conclusión.** El síndrome de Lemmel es una rara causa de ictericia obstructiva que debemos considerar siempre dentro de las etiologías de los síndromes biliares obstructivos para evitar sesgos diagnósticos y dilaciones 2° en el tratamiento. El manejo endoscópico de esta entidad es técnicamente desafiante y no esta eximido de complicaciones tales como sangrado o perforación, incluso es relativamente frecuente la falla terapéutica por esta vía de abordaje que es la de elección, por lo que consideramos, basados en la experiencia derivada de este caso que su manejo por vía laparoscópica a pesar de sus dificultades técnicas, es una alternativa eficaz y segura especialmente en paciente ancianos.

## 02-018

### Vesícula biliar en el segmento III hepático, una localización inusual

*Brenda Lamadrid, Nohemí Galeano, José Belisario Solana, Francisco Forero, Leonardo Rueda*  
Universidad de Cartagena, Hospital Universitario del Caribe  
Cartagena, Colombia  
blamadridm@gmail.com, Nohe3112@hotmail.com

**Introducción.** Las variantes anatómicas de la vía biliar son hallazgos raros e incidentales en la mayoría de los casos. La destreza del cirujano y el abordaje quirúrgico seleccionado, juegan un papel importante en la evolución y el pronóstico del paciente durante y después del acto quirúrgico.

**Objetivo.** Dar a conocer el caso de una paciente adulta con colelitiasis y colecistitis que presentó implantación de la vesícula biliar en el tercer segmento hepático.

**Material y método.** Estudio de la historia clínica, técnica quirúrgica, variantes anatómicas, complicaciones y revisión de la literatura médica.

**Resultados.** Se presenta el caso de una mujer de 38 años, quien ingresa al servicio de urgencias por presentar ictericia obstructiva, mediante CPRE con esfinterotomía se evidencia cálculo que es imposible su extracción, posteriormente es llevada a cirugía con exploración de la vía biliar, donde se evidencia colecistocolitiasis, con vesícula biliar de implantación en segmento III hepático, con buena evolución posquirúrgica.

**Conclusión.** La ubicación izquierda de la vesícula biliar, es una condición rara e infrecuente, con una prevalencia inferior al 1 %. Las variantes anatómicas de la vía biliar, suponen un desafío para el cirujano, porque presentan un riesgo mayor de lesiones iatrogénicas. La técnica laparoscópica es una buena opción quirúrgica para estos pacientes, sin embargo ante dificultades técnicas, la vía abierta es una opción. Es importante ante el hallazgo intraoperatorio de variantes anatómicas de la vía biliar, la realización de una colangiografía transcística para identificar variantes asociadas, esclarecer anatomía del árbol biliar y para evitar lesiones iatrogénicas.

## 02-021

### Síndrome de Mirizzi y adenocarcinoma de vesícula: caso clínico y revisión de la literatura

*Juan Carlos Martínez, José Belisario Solana, Sandra Galindo, Juan Javier Acevedo, Luis Gerardo Villota*  
Universidad de Cartagena, Hospital Universitario del Caribe  
Cartagena, Colombia  
onek17@hotmail.com

**Introducción.** El Síndrome de Mirizzi es una complicación infrecuente que se observa en el 0,7 al 2,7 % de las colecistectomías realizadas. El 95 % de los pacientes con Cáncer de Vesícula presentan colelitiasis, y en el 2 % de las colecistectomías por litiasis biliar incidentalmente se diagnostica un Cáncer de Vesícula. Se ha postulado que el proceso inflamatorio crónico de la mucosa de la vesícula causado por cálculos y estasis biliar, son los agentes causales del Cáncer de Vesícula, ambos eventos presentes en esta entidad. Existen escasas referencias bibliográficas sobre la relación entre Cáncer de Vesícula y Síndrome de Mirizzi, existiendo una prevalencia de 8.3 % - 27,78 % en series de casos reportadas.

**Objetivo.** Describir el caso clínico y realizar una revisión de la literatura sobre el abordaje diagnóstico y terapéutico del síndrome de Mirizzi asociado a carcinoma de vesícula biliar.

**Material y método.** Paciente de 54 años con cuadro de dolor abdominal crónico en hipocondrio derecho, ictericia, náuseas, hiporexia y coluria.

**Resultados.** Ecografía Abdominal: Vesícula biliar distendida, con evidencia de 3 imágenes ecogénicas con sombra acústica posterior, una de ellas impactada en el conducto cístico. Dilatación de la vía biliar intrahepática, colédoco no se aprecia dilatado. Se realiza colecistectomía abierta subtotal + colocación de dren subhepático. Patología: Adenocarcinoma moderadamente diferenciado, con infiltración hasta la capa serosa.

**Conclusión.** La relación síndrome de Mirizzi y carcinoma de vesícula biliar es una entidad de baja prevalencia mundial, que representan un enorme reto diagnóstico preoperatorio, en el cual se sugiere realización de biopsia hepática de rutina.

## 02-024

### Quiste del colédoco Todani II con herniación a la vía biliar

Luis Gerardo Villota, José Belisario Solana, Brenda Lamadrid, Juan Carlos Jiménez, Sandra Galindo, Alix Portela  
Universidad de Cartagena, Hospital Universitario del Caribe Cartagena, Colombia

**Introducción.** El quiste de colédoco, entidad congénita muy rara en cualquier edad se diagnostica más en la infancia, con incidencia menor del 1% su etiología es desconocida. Dilatación congénita del árbol biliar, clasificada en 5 tipos según Todani, tiene un alto riesgo de desarrollar colangiocarcinoma, pancreatitis y colangitis recurrente. El manejo es la resección. La triada clínica característica es dolor abdominal, masa en cuadrante superior derecho e ictericia en menos del 50% de los casos.

**Objetivo.** Presentar un caso de una patología de baja incidencia, que se manejó quirúrgicamente y que presentaba una configuración poco descrita.

**Material y método.** Paciente femenina 53 años con fiebre, ictericia, coluria, anorexia y pérdida de peso. Antecedente: colédocolitiasis y ascariasis biliar 2 años manejo con CPRE. Examen físico masa abdominal epigástrica no dolorosa. TAC de abdomen: masa quística en topografía de cabeza del páncreas, dilatación de la vía biliar. Colangiografía masa de apariencia tumoral entre la vesícula biliar y el hepatocolédoco comprimiendo conducto cístico y vesícula. Se realiza escisión completa de quiste de colédoco con componente intracoledociano que se dirige hacia el la vía biliar principal y que depende claramente de la masa extrabiliar.

**Resultados.** Intervención quirúrgica con excelente evolución, resección de la lesión y se identifica causa del cuadro biliar obstructivo: componente de la lesión quística multilobulada hacia el colédoco.

**Conclusión.** La patología de la vía biliar supone siempre un reto quirúrgico, las imágenes diagnósticas cobran gran importancia, pero los hallazgos intraperatorios pueden diferir. Todani no estipula este tipo de quiste.

## 02-040

### Insulinoma gigante. Reporte de caso clínico

Ricardo Andrés Rodríguez, Oscar Luis Padrón  
Fundación Universitaria Sanitas  
Bogotá D.C., Colombia  
cirugiaticuc@gmail.com; ricardo.rodriguez@gmail.com

**Introducción.** Insulinoma: patología pancreática de baja incidencia con escasos reportes a nivel mundial de insulinomas gigantes, por lo cual queremos dar a conocer un caso de esta patología y su manejo con resultados satisfactorios.

**Objetivo.** Descripción de caso clínico de patología poco frecuente, con pocos reportes que requieren de manejo quirúrgico.

**Material y método.** Paciente masculino de 46 años de edad con episodio convulsivo asociado a hipoglicemia y síntomas neuroglucopénicos que ceden con administración de dextrosa endovenosa. Paraclínicos iniciales con triada de Whipple. TAC abdominal evidencia masa intraabdominal en cola pancreática. Manejado en conjunto por Cirugía General y Medicina Interna con alta sospecha de Insulinoma realizando estudios paraclínicos e imagenológicos confirmatorios. Durante su hospitalización paciente persiste con hipoglicemias severas a pesar de manejo con dextrosa en infusión continua y vía oral sin restricciones.

Llevado a cirugía extrayendo masa dependiente de cola de páncreas exitosamente, ecografía intraoperatoria pancreática evidencia 3 lesiones menores de 1 cm. Reporte de patología confirma diagnóstico de insulinoma.

**Resultados.** Postoperatorio satisfactorio, resolución de sintomatología inmediata. Controles posoperatorios sin complicaciones. Paraclínicos postquirúrgicos control dentro de límites normales, indicativo de curación total

**Conclusión.** Insulinoma: neoplasia endocrina funcional más común del páncreas, mayor causa de hipoglicemia por hiperinsulinismo endógeno. Etiología y patogénesis es desconocida. Aparición espontánea o asociados a neoplasias endocrinas múltiples tipo 1. Incidencia es de 1-4 personas por millón, siendo del 1 a 2 % de neoplasias pancreáticas. De tamaño menor de 2 cm, son pocos los reportes a nivel mundial de estas neoplasias gigantes de los cuales no se tienen gran conocimiento.

## 02-046

### Fístula duodenocólica en un niño posquimioterapia para linfoma no Hodgkin: reporte de un caso y revisión de la literatura

Ricardo Villarreal, Nicolas Caycedo, Raúl Pinilla, Lyda Rengifo, Galo Veintemilla, Ricardo Oliveros Wilches  
Instituto Nacional de Cancerología  
Bogotá, Colombia  
ncaycedo@hotmail.com

**Introducción.** Se trata de un adolescente de 14 años con antecedente de Linfoma no Hodking Estadio III con compromiso gástrico, quien posterior a manejo con quimioterapia presentó retraso en el desarrollo pondo estatural, realizándose un diagnóstico de una fístula duodenocólica años después. La fístula se corrigió de forma quirúrgica presentando una adecuada evolución clínica y obteniendo un adecuado desarrollo pondo-estatural.

**Objetivo.** Comentar un caso de Linfoma no Hodking el cuál presentó como complicación el desarrollo de una fístula duodenocólica años después del tratamiento inicial con quimioterapia.

**Material y método.** Se presenta un caso de un paciente pediátrico diagnosticado con Linfoma no Hodgkin manejado con quimioterapia sistémica quien posteriormente desarrolla una fístula duodenocólica la cual se diagnosticó por medio de colonoscopia y quien fue tratado quirúrgicamente con éxito, sin demostrarse evidencia de recaída locoregional presentado recuperación de su estado nutricional.

**Resultados.** El paciente fue tratado mediante intervención quirúrgica, realizando sección del trayecto fistuloso, sin sacrificar segmentos intestinales, evidenciando aumento de peso y de estatura a los 6 meses de seguimiento.

**Conclusión.** El diagnóstico de las fístulas duodenocólicas no siempre es fácil, la combinación de estudios endoscópicos y radiológicos se requiere para confirmar el diagnóstico ante la sospecha clínica para determinar el abordaje quirúrgico temprano el cual ocasiona mejoría clínica rápidamente.

## 02-058

### **Tuberculosis hepato-esplénica: reporte de caso y revisión de la literatura**

*Sebastián Tabares, Juliana Restrepo*  
Universidad Pontificia Bolivariana  
Medellín, Colombia  
sebastabares@hotmail.com

**Introducción.** La tuberculosis sigue siendo una enfermedad prevalente y la fiebre de origen desconocido puede ser una forma de presentación de la TB, en especial si ésta es de origen extrapulmonar. Presentamos el caso de una paciente femenina de 30 años de edad, seronegativa para VIH con fiebre de origen desconocido con único hallazgo de un absceso esplénico en tomografía de abdomen.

**Objetivo.** Presentar el caso de una paciente con tuberculosis hepato-esplénica que se presentó con fiebre de origen desconocido con absceso esplénico evidenciado en tomografía de abdomen. Se realizó esplenectomía y biopsia hepática por laparoscopia observando múltiples implantes blanquecinos en hígado y bazo y necrosis de caseificación en la patología de ambas muestras.

**Material y método.** Se hizo una revisión tanto de la historia clínica de la paciente como de la literatura.

**Resultados.** Presentamos el caso clínico de una paciente femenina con fiebre de origen desconocido con único hallazgo en tomografía de abdomen de absceso esplénico. Se realizó esplenectomía y biopsia hepática por laparoscopia con necrosis de caseificación en la patología. Se inició tratamiento antituberculoso en el momento en primera fase.

**Conclusión.** La Tuberculosis sigue siendo una enfermedad prevalente, que puede presentarse clínicamente de variadas maneras

incluido la fiebre de origen desconocido, forma en la que se manifestó nuestro caso.

## 02-061

### **Tumor de krukenberg secundario a colangiocarcinoma y cáncer de vesícula: presentación, sobrevida y revisión de la literatura**

*Sergio Iván Hoyos, Jaime Chávez, Juan Camilo Pérez, Luz Andrea Naranjo*  
Universidad CES  
Medellín Colombia  
andrealina@hotmail.com

**Introducción.** Las metástasis ováricas son en su mayoría originadas en neoplasias del tracto gastrointestinal, la mejor conocida es el adenocarcinoma con células en anillo de sello descrito como tumor de Krukenberg de origen gástrico o intestinal. El tumor de vesícula y de las vías biliares es una fuente extremadamente rara de estas metástasis, con una incidencia reportada en la literatura menor del 3%, un pobre pronóstico y escasa sobrevida.

Ante los escasos reportes publicados en la literatura mundial y ninguno en la nacional de metástasis ovárica de carcinoma de vías biliares y vesícula en quienes se confirma Krukenberg, decidimos revisar casos de Cáncer de vesícula biliar y colangiocarcinoma con tumor de Krukenberg confirmado por patología e inmunohistoquímica del grupo de cirugía hepatobiliar del Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín y analizamos su forma de presentación y su sobrevida.

**Materiales y métodos.** Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo con análisis de las bases de datos del departamento de cirugía hepatobiliar y patología del Hospital Pablo Tobón Uribe, desde el año 2007 al 2014. El diagnóstico de metástasis ovárica fue basado en criterios diagnósticos estandarizados, los hallazgos intraoperatorios extraídos de las descripciones quirúrgicas, las imágenes diagnósticas pre y posquirúrgicas disponibles fueron revisadas.

La determinación del tumor primario fue basado en los hallazgos imagenológicos, intraoperatorios y los reportes definitivos de patología.

Realizamos revisión de las historias clínicas, los paraclínicos y las imágenes pre y posquirúrgicas, así como el seguimiento por la consulta externa.

**Resultados.** De 10 pacientes con diagnóstico de tumor de Krukenberg confirmado por inmunohistoquímica encontradas durante el tiempo de estudio, cuatro casos tienen primario reconocido en vesícula o vías biliares, las pacientes tienen un promedio de 49 años, 3 tienen origen en colangiocarcinoma y 1 por cáncer de vesícula, el promedio de tiempo de aparición de las metástasis fue 10 meses luego del diagnóstico y el estudio que inicialmente las sugirió fue la tomografía abdominal contrastada. Los síntomas más frecuentemente descritos por las pacientes fueron dolor abdominal y sensación de masa pélvica. Todas las pacientes tienen seguimiento con marcadores tumorales Ca19-9, AFP y ACE.

Una de las pacientes no asistió nuevamente a las consultas de seguimiento y no ha sido posible comunicación, sin embargo las otras 3 sobreviven con un promedio de sobrevida hasta ahora de 11 meses, con una calidad de vida que anotan adecuada, se encuentran en seguimiento por cirugía hepatobiliar, gineco-oncología y oncología clínica.

El tumor primario fue identificado antes que las metástasis en todos los casos.

*Discusión y conclusiones.* El tumor de Krukenberg es una rara presentación de metástasis ováricas del tumor de vesícula biliar y de colangiocarcinoma, con pocos casos reportados en la literatura mundial y sin ningún reporte en nuestro medio, en la base de datos de los pacientes del grupo de cirugía hepatobiliar del Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, encontramos 4 casos de mujeres entre 40 y 55 años, un promedio de edad acorde con lo descrito en la literatura mundial para esta patología, que luego del diagnóstico inicial de colangiocarcinoma o cáncer de vesícula y durante sus análisis de seguimiento presentaron masas pélvicas con confirmación histológica y por inmunohistoquímica de tumor de Krukenberg, se hizo una revisión de sus historias clínicas, paraclínicos, imágenes diagnósticas y seguimiento de sobrevida para reportar los casos en conjunto con la revisión de la literatura.

## 02-063

### **Manejo de bilioperitonitis por laparoscopia como complicación de la presencia de Conducto de LUSCHKA en paciente POP de colecistectomía por laparoscopia**

*Pedro Fernando Duque, Ricardo Villarreal*  
Fundación salud el Bosque, Universidad El Bosque  
Bogotá D.C., Colombia  
pedrofdoduquevasquez@me.com

*Introducción.* La Bilio peritonitis hace referencia a la complicación de una lesión inadvertida, en el caso de un paciente en posoperatorio reciente de una colecistectomía.

Se trata de un paciente con obesidad mórbida, con abdomen agudo en sus primeras horas POP con nueva intervención, identificando un conducto de Luschka, control por laparoscopia e identificación por CPRE.

*Objetivo.* Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura de conductos de Luschka, y manejo de bilioperitonitis.

*Material y método.* Presentación de imágenes y video.

*Resultados.* Disminuir la morbilidad y mortalidad en complicaciones de la vía biliar.

*Conclusión.* La cirugía mínimamente invasiva como herramienta para nuevas

Intervenciones, posterior a una complicación en pacientes con comorbilidad múltiple,

disminuyendo la morbilidad y mortalidad, como es la del caso que presentamos de una lesión inadvertida, con abdomen agudo con control de la complicación por laparoscopia.

## 02-067

### **Paraganglioma pancreático, reporte de caso y revisión de la literatura**

*Edgar César Ssneyder, Dínimo José Bolívar, Juan David Linares, Jorge Campillo, María Fernanda Castro, María Camila González*

Hospital Universitario Mayor, Méderi, Universidad del Rosario  
Bogotá, D.C., Colombia  
dinimobolivar@gmail.com

*Introducción.* Los paragangliomas son tumores poco frecuentes que surgen de las células cromafines. Su distribución anatómica es amplia, pero de forma incidental se originan en el páncreas.

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

*Material y método.* Reporte de caso. Se describe un paciente con masa a nivel de la cabeza del páncreas que es llevado a cirugía; en el estudio histopatológico se demuestra paraganglioma de la cabeza del páncreas. Se revisa la literatura.

*Resultados.* Paciente que presenta dolor abdominal crónico severo y masa palpable en mesogastrio. Se documenta masa en la cabeza del páncreas hipervascularizada por Tomografía Computarizada y Resonancia Nuclear Magnética con gadolinio que comprime el colédoco distal. Es llevado a cirugía con diagnóstico de neoplasia no determinada de la cabeza del páncreas. Se practica pancreatoduodenectomía por técnica Longmire Traverso. El resultado definitivo de la patología demuestra paraganglioma de la cabeza del páncreas.

*Conclusión.* Los paragangliomas pancreáticos son una presentación rara de los tumores de células cromafines y difíciles de diferenciar de otros tipos de tumores neuroendocrinos en este órgano, en especial cuando estos son no-funcionales. Los hallazgos imagenológicos y marcadores inmunohistoquímicos son característicos, independiente de su presentación anatómica, facilitando su diagnóstico y tratamiento oportuno.

## 02-083

### **Manejo de cálculos biliares abandonados en cavidad abdominal, reporte de dos casos**

*Anwar Medellín, Manuel Cadena, María Isabel Rizo*  
Fundación Santa Fe de Bogotá  
Bogotá, d.c., Colombia  
anwar\_medellin@hotmail.com

*Introducción.* Las complicaciones por la presencia de cálculos biliares abandonados en cavidad abdominal son infrecuentes. El abandono de cálculos implica una reacción inflamatoria local que favorece a la aparición de abscesos, adherencias y fistulas.

El diagnóstico de los cálculos abandonados constituye un reto para los cirujanos generales, ya que el tiempo de presentación de síntomas inespecíficos es en promedio de 5,5 meses, sin embargo hay pacientes asintomáticos hasta por 20 años.

El manejo consiste en el retiro del cálculo abandonado con resolución de la complicación generada por este, sea por vía abierta o laparoscópica.

*Objetivo.* Mostrar la clínica, manejo y evolución de dos pacientes que ingresaron a la Fundación Santa Fe de Bogotá por cálculos abandonados en cavidad abdominal.

*Material y método.* Se evaluaron dos pacientes, una mujer de 58 años y un hombre de 71 años, con dolor abdominal crónico con antecedente colecistectomía laparoscópica a quienes por estudios tomográficos se les evidenció presencia de cálculos abandonados en cavidad abdominal.

**Resultados.** Los dos pacientes fueron llevados a laparoscopia, en donde se les realizó liberación de adherencias, extracción de cálculos y a uno de ellos se le drenó un absceso. La evolución postoperatoria fue satisfactoria.

**Conclusión.** Los cálculos abandonados sí constituyen una fuente de morbilidad y por tal motivo se debe ser rigurosa en la extracción de estos.

Lo inusual de las complicaciones y lo inespecífico de los síntomas constituyen un reto para los cirujanos generales. El tratamiento debe ser quirúrgico y la laparoscopia en principio constituye la vía de elección.

**02-088**

### **Resección de tumor neuroendocrino de cola de páncreas asociado a paraparesia**

*Jorge Herrera, Laura Lugo*  
Universidad del Cauca  
Popayán, Colombia  
lauralugo@gmail.com

**Introducción.** Los tumores pancreáticos neuroendocrinos no funcionantes representan del 3 al 5 % de las neoplasias pancreáticas. Son tumores con una diferenciación endocrina que no se asocian en la mayoría de veces a síndromes clínicos por hiperproducción hormonal. En dichos tumores se considera que la cirugía es la única modalidad curativa.

**Objetivo.** Presentar un caso de tumor pancreático neuroendocrino no funcionante asociado a paraparesia.

**Material y método.** Paciente femenina con paraparesia de novo, a quien en medio de sus estudios se le encuentra tumor de páncreas.

**Resultados.** Se decide llevar a pancreatectomía distal encontrando masa de 10 por 8 cms en cola y cuerpo del páncreas cuya patología e inmunohistoquímica reportaron tumor neuroendocrino.

**Conclusión.** Los tumores neuroendocrinos no funcionantes son infrecuentes y representan un reto quirúrgico. En este caso se llevó a cabo una pancreatectomía distal con adecuada evolución en el postoperatorio inmediato. Ante la asociación con paraparesia consideramos importante compartir este caso con la comunidad médica.

**02-090**

### **Pancreatitis posttiroidectomía, reporte de un caso y revisión de la literatura**

*Jorge Herrera, Laura Lugo*  
Universidad del Cauca  
Popayán, Colombia  
lauralugo@gmail.com

**Introducción.** La pancreatitis posttiroidectomía es una condición infrecuente y con pocos reportes en la literatura, al parecer está relacionada con hipercalcemia secundaria a manipulación de las paratiroides.

**Objetivo.** Presentar un caso de pancreatitis posttiroidectomía y la revisión de la literatura al respecto.

**Material y método.** Paciente masculino de 56 años, que presenta masa en lado derecho del cuello con biopsia que reporta carcinoma medular de tiroides que se ingresa para cirugía programada

**Resultados.** El paciente ingresó para cirugía programada de tiroidectomía más vaciamiento linfático cervical se llevó a cirugía y 2 días después presenta dolor en abdomen superior asociado a leucocitosis y elevación de amilasas, con ecografía y tac compatibles con pancreatitis Baltazar C.

**Conclusión.** La pancreatitis posttiroidectomía es infrecuente y allí la importancia de reportar este caso y discutirlo con otros participantes en el congreso, en los pocos artículos reportados encontramos la alteración en la regulación del calcio y la producción de calcitonina como posibles causas de hipercalcemia y pancreatitis secundaria.

**02-095**

### **Neoplasia pseudopapilar del páncreas: a propósito de un caso**

*Sandra Herrera, Hernando José Coba, Juan Carlos Hoyos, Juan Javier Acevedo, Karina Ruiz*  
Universidad de Cartagena, Hospital Universitario del Caribe  
Cartagena, Colombia  
kcaez05@hotmail.com

**Introducción.** Los tumores del páncreas presentan una gran diversidad morfológica; entre éstos se encuentra la denominada neoplasia sólida pseudopapilar de páncreas. Este término es el actualmente recomendado en la clasificación de los tumores pancreáticos de la Organización Mundial de la Salud (WHO), y está definida como una neoplasia benigna, con predominio en mujeres jóvenes, compuestas de células monomórficas formando áreas sólido y estructuras pseudopapilares, La neoplasia sólida pseudopapilar es una entidad poco común, pero se ha reconocido con frecuencia cada vez mayor en los últimos años.

**Objetivo.** Presentar un caso de una patología de baja incidencia, que se manejó quirúrgicamente y que presentaba una configuración poco descrita.

**Material y método.** Paciente femenina de 24 años de edad, quien consulta a hospital de tercer nivel remitida por consulta externa de cirugía general por presentar masa en hipocondrio izquierdo de un año de evolución. Se realizó ecografía abdominal que reporta masa gigante dependiente de cabeza y cola de páncreas de aspecto necrótico. Se programa para resección de tumor pancreático más vaciamiento ganglionar (pancreatectomía distal más esplenectomía). La evolución posoperatoria fue favorable.

**Resultados.** Intervención quirúrgica con excelente evolución, resección de la lesión y estudio histopatológico que reporta: Neoplasia sólida pseudopapilar de páncreas.

**Conclusión.** La neoplasia sólida pseudopapilar es una entidad poco común. Representa aproximadamente el 1-2 % de todos los tumores pancreáticos exocrinos. Es de etiología desconocida. El tratamiento es la resección quirúrgica de la lesión, con buen pronóstico a largo plazo.

02-101

**Análisis de la mortalidad posoperatoria temprana en una cohorte de 132 pacientes sometidos a cirugía de Whipple en la ciudad de Medellín**

Jaime Chávez, Sergio Hoyos, Álvaro Duarte, Cristina Ángel, Ángela Segura  
Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín  
Medellín, Colombia  
jchavez@hptu.org.co

*Introducción.* La pancreaticoduodenectomía es una cirugía compleja con alta morbilidad y una mortalidad que ha venido descendiendo en las últimas décadas debido a una detallada atención a la técnica quirúrgica y la anatomía, mejoría en las especialidades concurrentes en su manejo como cuidado crítico, radiología intervencionista y endoscopia, y fundamentalmente a los beneficios generados por la centralización en centros de alto volumen para la atención de estos pacientes que proporciona mayor experiencia a los cirujanos y a todas las especialidades involucradas en su manejo. Identificar factores asociados a la mortalidad posoperatoria permite detectar puntos en donde la calidad de la atención médica puede ser mejorada en nuestro propio escenario.

*Objetivo.* El objetivo del estudio es determinar los factores asociados a la mortalidad posoperatoria temprana de los pacientes sometidos a cirugía de Whipple.

*Material y método.* Se realizó un estudio descriptivo de una serie consecutiva de pacientes a los que se les realizó una cirugía de Whipple en el hospital Pablo Tobón Uribe de la ciudad de Medellín, en el periodo comprendido entre junio de 2004 hasta junio de 2013, con análisis bivariado y multivariado de los factores asociados a mortalidad posoperatoria temprana (definida esta como la muerte durante los primeros 30 días del posoperatorio).

*Resultados.* Se realizaron 132 cirugías de Whipple en éste período de tiempo, como factores asociados a mortalidad posoperatoria a 30 días con significancia estadística en el análisis bivariado se encontraron: sangrado operatorio ( $p=0.014$ ), pH intraoperatorio ( $p=0.006$ ), amilasa en el dren en el primer día posoperatorio ( $p=0.012$ ) y cuarto día posoperatorio ( $p=0.023$ ), y PCR al quinto día posoperatorio ( $p=0.036$ ). En el análisis multivariado se encontró el sangrado intraoperatorio mayor de 300 ml, Bicarbonato en el día 1 posoperatorio menor de 22.2 mmol/L, ph intraoperatorio menor de 7.34 y Amilasa en el dren en el primer día posoperatorio menor de 2500 U/ml como los factores asociados a mortalidad temprana, aunque sin lograr significancia estadística.

*Conclusión.* El seguimiento y análisis riguroso de la evolución de los pacientes sometidos a pancreaticoduodenectomía permite establecer que en nuestro medio se pueden conseguir resultados comparables a los de otras series en centros especializados del mundo e identificar factores asociados a la mortalidad postoperatoria para detectar puntos en donde la calidad de la atención médica puede ser mejorada.

02-108

**Absceso hepático izquierdo roto; presentación de un caso**

Sandra Yadira Moreno, Yulieth Acevedo, José Antonio Rodríguez, Yessica Trujillo

Clínica Cartagena del Mar  
Cartagena, Colombia  
sayamoa@yahoo.com ; drayuli860813@hotmail.com

*Introducción.* Los abscesos piógenos del hígado suelen ser únicos, localizados generalmente en el lóbulo derecho y raros en el lóbulo izquierdo; más de la mitad de los casos están relacionados con alguna enfermedad del árbol biliar; diversas causas de sepsis abdominal como la diverticulitis o la apendicitis aguda, son causantes de la formación de estos abscesos y una pequeña proporción variable pero significativa puede no relacionarse causalmente con alguna enfermedad identificable. La rotura de un absceso es una complicación poco frecuente que puede cursar con un cuadro de abdomen agudo.

*Objetivo.* Valorar la importancia de diagnosticar e identificar patologías poco frecuentes como causa de abdomen agudo.

*Material y método.* Reporte de caso de paciente femenino con abdomen agudo de 9 días de evolución, séptica, hipotensa, oligúrica sin patología identificable quien es llevada a cirugía para procedimiento realización de laparotomía exploratoria.

*Resultados.* Durante la laparotomía exploratoria se encuentra como hallazgo incidental absceso hepático izquierdo roto, peritonitis generalizada, áreas de isquemia a nivel intestinal global.

*Conclusión.* Ante la rotura del absceso con signos clínicos de peritonitis, la situación de gravedad o la sospecha de una enfermedad abdominal primaria causante del absceso hacen necesaria la exploración quirúrgica de la cavidad abdominal. El abordaje habitual es una laparotomía, aunque, existen casos seleccionados para el abordaje por laparoscopia.

02-113

**Manejo exitoso del sangrado pospancreatectomía secundario a pseudoaneurisma de la arteria gastroduodenal utilizando angioplastia con stent. Reporte de un caso**

Carolina Salinas, Carlos Alberto López, Jaime Fernando Chávez, Sergio Álvarez  
Universidad Pontificia Bolivariana  
Medellín, Colombia  
carosp@gmail.com

*Introducción.* A pesar que la mortalidad asociada a la pancreatoduodenectomía ha disminuido a lo largo del tiempo, la morbilidad continúa constantemente elevada 30-50%, siendo la hemorragia post pancreatoduodenectomía la complicación mas común, con una alta mortalidad, por lo que demanda un diagnóstico y tratamiento preciso.

Con el advenimiento de nuevos avances en radiología intervencionista, la cirugía ha quedado confinada a casos específicos y el tratamiento endovascular (embolización arterial transcater, Angioplastia con Stent) es una opción adecuada en la mayoría de los casos, teniendo en cuenta la posibilidad de isquemia, infarto y absceso hepático con la embolización arterial.

*Objetivo.* Reportar un caso de hemorragia post pancreatectomía tardía severa extraluminal secundaria a un pseudoaneurisma originado en la arteria gastroduodenal que se documentó por arteriografía y fue excluido exitosamente mediante Angioplastia con Stent.

**Material y método.** Presentamos un reporte de caso, se realizó la recolección de los datos e imágenes de la historia clínica del paciente. Se realiza una búsqueda exhaustiva de de la literatura disponible a cerca de esta estrategia de manejo y se realiza una discusión crítica de la misma.

**Resultados.** Describimos en nuestra experiencia un caso de Hemorragia post pancreatoduodenectomía tardía secundario a un pseudoaneurisma de la arteria gastroduodenal que se logró excluir exitosamente con *Stent*, sin complicaciones.

**Conclusión.** Se reporta un caso de Hemorragia post pancreatoduodenectomía tardía secundario a un pseudoaneurisma de la arteria gastroduodenal que se logró excluir con *Stent*, sin complicaciones, confirmando así el potencial de éxito del tratamiento intervencionista como manejo inicial del sangrado, disminuyendo la morbilidad posprocedimiento, de otros enfoques de manejo.

02-118

### **Pancreatitis aguda severa por hiperparatiroidismo Primario, reporte de un caso**

Joel Arévalo, Juliana Gómez, Sebastián Monsalve, Lina Marcela Restrepo, Carlos Andrés Rodríguez  
Universidad de Antioquia  
Medellín, Colombia  
jofareno785@gmail.com

**Introducción.** En la literatura revisada son pocos los casos reportados en Latinoamérica de hiperparatiroidismo primario debido a un adenoma paratiroideo; específicamente en Colombia, no se encontramos ningún caso.

**Objetivo.** Describir un caso de pancreatitis aguda severa secundaria a hipercalcemia por hiperparatiroidismo primario debido a un adenoma paratiroideo.

**Material y método.** Hombre de 38 años de edad con síntomas de dos días de evolución, consistentes en dolor abdominal, amilasa de 448 U/L, se documentó pancreatitis aguda severa, con calcio sérico de 13.29 mg/dL y parathormona (PTH) de 378.5 pg/mL, se inició manejo édico para la hipercalcemia, cuando resolvió la parte crítica de la pancreatitis se realizó gammagrafía de paratiroides con Tc-99 con sestamibi evidenciando un adenoma paratiroideo inferior derecho, se realizó paratiroidectomía de la glándula sospechosa; con reporte de patología de un adenoma paratiroideo sin malignidad

**Resultados.** Buena evolución clínica con resolución de los síntomas, normalización de la PTH, y del calcio.

**Conclusión.** La pancreatitis aguda es una rara manifestación del hiperparatiroidismo primario, sin embargo se debe tener en cuenta como una de las causas etiológicas que se debe descartar en todo paciente con pancreatitis aguda, donde generalmente el manejo definitivo del hiperparatiroidismo primario es la resección quirúrgica de un adenoma paratiroideo.

02-119

### **Agenesia vesicular, presentación de dos casos y revisión de la literatura**

Robín Germán Prieto, Claudio Brando Moreno, Ernesto Andrade, Humberto Martínez, Eduardo Silva, Andrés Torres

COMPENSAR E.P.S.  
Bogotá, D.C., Colombia  
rgprietoo@hotmail.com

**Introducción.** Desde cuando en 1701 Lemery describió por primera vez un caso de agenesia vesicular, se han informado menos de 500 casos de esta variante anatómica que es considerada la menos común de las alteraciones embriológicas de la vía biliar. En Colombia son muy pocos los casos descritos, entre otras causas debido a la falta de diagnóstico.

**Objetivo.** Presentar dos casos de agenesia vesicular, encontrados en pacientes del Programa de Cirugía Laparoscópica Ambulatoria de Compensar E.P.S.

**Materiales y métodos.** Durante los últimos dos años hemos encontrado dos casos de agenesia vesicular en forma intraoperatoria, en pacientes de cirugía electiva, ambulatoria y laparoscópica en quienes se tenía el diagnóstico prequirúrgico, clínico y ecográfico de coledolitiasis, y en quienes posteriormente se confirmó el diagnóstico de agenesia vesicular mediante colangiografía nuclear magnética

**Resultados.** Se presentan dos casos clínicos de agenesia vesicular, se realiza una revisión de la literatura, y se resalta el uso de la colangiografía nuclear magnética, como el método confirmatorio de elección en estos pacientes, en quienes el manejo posquirúrgico debe ser expectante.

**Conclusión.** La agenesia vesicular es la variante anatómica menos frecuente del árbol biliar, y su diagnóstico generalmente se hace en forma intraoperatoria, el mismo debe confirmarse posteriormente mediante colangiografía nuclear magnética.

## **GASTROINTESTINAL**

02-004

### **Vólvulos de J ileal reporte de un caso y revisión de la literatura**

Daniel Rodrigo Riaño, Gustavo Andrés Ramos, Heinz Ibáñez, Javier Senejoa, Carlos Martínez  
Universidad Nacional de Colombia  
Bogotá D.C., Colombia  
eldanipinto@gmail.com

**Introducción / Objetivo.** Este artículo lo escribimos a raíz de una patología exótica, y de la cual hay mínimos reportes en la literatura mundial. Se reconocen múltiples complicaciones de la J o PouchIleal, sin embargo, a diferencia de la inflamación, perforación, formación de abscesos, los vólvulos de este es una patología exótica y muy difícil de reconocer.

Además mostramos nuestra experiencia exitosa con el tratamiento inicial de corrección del vólvulos vía colonoscópica más inserción de tubo endo-anal y posteriormente el tratamiento quirúrgico vía laparoscópica, con la liberación de adherencias y el diagnóstico de una hernia interna, la cual favoreció el vólvulos pero sin signos de incarceration. La cual fue corregida por laparotomía infraumbilical, y con seguimiento a exitoso del paciente.

**Material y Método.** Se realizó una búsqueda en la literatura indexada, y no indexada, encontrando un máximo de 3 reportes de vólvulos de la J ileal.

**Resultados.** Exponemos entonces, según la búsqueda bibliográfica, el primer caso de vólvulos de la J ileal resuelto por colonoscopia más tubo endoanal como manejo inicial, y posterior método quirúrgico, con una buena evolución posquirúrgica en el seguimiento temprano -3 meses-.

**Conclusión.** El vólvulos de la J ileal es una patología exótica, sólo hay 3 casos reportados en la literatura, sin embargo, favorecer el manejo endoscópico al quirúrgico inicialmente es de mayor beneficio al paciente. Además con el aumento de incidencia de Enfermedad Inflamatoria Intestinal el cirujano debe estar preparado para el aumento de la patología de la J ileal.

## 02-007

### Presentación clínica de un divertículo esofágico

Jessica Capre, Sandra Molina, Adolfo González,  
Universidad del valle  
Cali, Colombia  
jessicacapre@hotmail.com

**Introducción.** Un divertículo de zenker (DZ) es una evaginación de la mucosa sin pared muscular, a través de la pared esofágica, causan menos del 5 % de las causas de disfagia, la mayoría son adquiridos y en adultos entre la sexta y novena década de la vida. La incidencia es 2 por cada 100.000/ año y es más común en hombres. Se sitúa posteriormente, proximal al músculo cricofaríngeo. Los síntomas son: Disfagia, regurgitación, pérdida de peso, aspiración, halitosis, sensación de cuerpo extraño; al examen físico generalmente no se encuentran hallazgos positivos que sugieran la patología. El diagnóstico requiere imágenes como esofagograma, esofagoscopia y manometría esofágica.

**Objetivo.** Presentar el caso de un paciente con divertículo faringoesofágico o de zenker y sus manifestaciones.

**Material y método** Reporte de caso.

**Resultados.** Presentamos el caso de un paciente de 82 años, cuadro de 1 año de disfagia, odinofagia progresiva hasta intolerancia a líquidos, asociado a disnea, regurgitación pérdida de peso (20 kg). Fumador pesado, ingresa en Regulares condiciones generales, Caquéctico. Se realiza esofagograma que reporta inmediatamente posterior al paso del cricofaríngeo se observa gran divertículo de 5 x 4 cm. confirmado por endoscopia. Se realiza manejo endoscópico del divertículo con resolución completa de todos los síntomas desde el primer día posquirúrgico

**Conclusión.** Existen diferentes técnicas quirúrgicas para el manejo. Las técnicas mínimamente invasivas se han convertido en el manejo de elección pues se ha relacionado con menor trauma y menor tasa de complicaciones.

## 02-008

### Complicaciones en cirugía laparoscópica. Reporte de un caso de hernia de pared abdominal posterior a gastrectomía por cáncer gástrico

Mauricio Zuluaga, Ivo Siljic, Juan Carlos Valencia, Uriel Ovidio Cardona  
Clínica de Occidente Cali, Clínica Saludcoop, Clínica Farallones, Hospital Universitario del Valle

Cali, Valle, Colombia  
mauriciozuluagaz@yahoo.es

**Introducción.** Las complicaciones en cirugía laparoscópica son frecuentes, se revisara el caso de 1 paciente sometido a gastrectomía subtotal por cáncer gástrico y síndrome adherencial por cirugía previa que presento hernia de pared abdominal cuya resolución fue laparoscópica.

**Objetivo.** Presentar un caso de complicación de cirugía laparoscópica y su manejo mínimamente invasivo.

**Material y método.** Revisión de un caso clínico de paciente sometido a gastrectomía subtotal laparoscópica por cáncer gástrico antral, con evolución tórpida, laboratorios normales, sin dolor abdominal, con cuadro obstructivo alto. Se realizo revisión laparoscópica encontrando hernia de pared abdominal la cual se corrigió por esta vía, sin complicaciones posteriores. Se realizara revisión de la literatura.

**Resultados.** Las complicaciones posteriores a cirugía laparoscópica son frecuentes, la presencia de hernias de pared abdominal por cirugías previas y por los puertos es común.

**Conclusión.** Las complicaciones en cirugía laparoscópica son comunes, solo la alta sospecha y la decisión de revisión laparoscópica temprana puede evitar complicaciones mayores.

## 02-009

### Resección laparoscópica de un paraganglioma retroperitoneal. Reporte de caso

Sandra Milena Gutiérrez, José Omar Zorrilla  
Universidad del Valle, Hospital Universitario del Valle  
Cali, Valle, Colombia  
sandragutierrezmd@gmail.com

**Introducción.** Los paragangliomas son tumores raros que se originan de la cresta neural, por lo cual se pueden ubicar a lo largo de todo el sistema nervioso autónomo, en una variedad de sitios retroperitoneales o en ganglios simpáticos viscerales y pueden sintetizar y almacenar catecolaminas. Representan 10 % a 20 % de los tumores derivados de la cresta neural, la mayoría de ubicación suprarrenal (feocromocitomas) y de ellos aproximadamente el 10 % son retroperitoneales. Debido a su rareza, existe poca información disponible sobre la historia natural de estos tumores y su manejo, por lo cual presentamos este caso.

**Objetivo.** Presentar un reporte de caso de una resección laparoscópica de un paraganglioma retroperitoneal.

**Material y método.** Reporte de caso

**Resultados.** Se presenta el caso de una paciente de 31 años que acude a un servicio de consulta externa por un cuadro crónico de síntomas dispepticos y dolor en hipocondrio derecho, sin otros síntomas asociados. Paciente previamente sana, antecedente de lipectomía hace 4 años. En los estudios realizan una ecografía abdominal que muestra una masa de ubicación retroperitoneal, no es posible definir órgano comprometido. Se realiza una Tomografía abdominal contrastada que muestra la presencia de una masa heterogénea, con realce periférico, de ubicación retropancreática con plano de clivaje a los órganos adyacentes, sin compromiso perivascular. Se lleva a resección por vía laparoscópica, encontrando una masa retropancreática, inter aorto-cava, de 7 cm de diámetro, que durante su manipulación produce picos hipertensivos.

La pieza quirúrgica se extrae por cicatriz de cirugía previa. Patología confirma un paraganglioma. La paciente presenta adecuada evolución en su postquirúrgico y se da alta a los 2 días.

**Conclusión.** Los paragangliomas retroperitoneales son tumores poco frecuentes. Los reportes en la literatura muestran una amplia variedad en su malignidad (0 a 50 %) y en su funcionalidad (14 a 100 %). La mayoría de pacientes se presentan normotensos previamente. La resección quirúrgica es la única opción de curación e incrementa la supervivencia. Las tasas de recurrencia locales se reportan alrededor del 50 %, por lo cual los pacientes requieren un seguimiento prolongado. Se requiere una alta tasa de sospecha clínica para una adecuada preparación multidisciplinaria en el pre, trans y postoperatorio.

## 02-017

### Vólvulo de intestino delgado: reporte de un caso y revisión de la literatura

*Pedro Vides de la Cruz, César Augusto Ortiz, Walter Puello, Rodolfo Barrios, Francisco Herrera*  
Universidad de Cartagena  
Cartagena, Colombia  
pevidelac@live.com

**Introducción.** El vólvulo de intestino delgado es la torsión del intestino alrededor de su sitio de fijación mesentérica. Es una entidad rara que puede producir una obstrucción intestinal y oclusión de vasos mesentéricos que conduce a isquemia y necrosis. El vólvulo puede ser primario si no existe anomalía anatómica predisponente, o secundario debido a una anomalía anatómica congénita o adquirida. El diagnóstico es difícil debido a que la clínica y los laboratorios son inespecíficos. El estudio de elección es la tomografía. La cirugía es el estándar de manejo.

**Objetivo.** Reporte de un caso.

**Material y método.** Paciente masculino de 19 años de edad con cuadro de 72 horas de dolor y distensión abdominal asociado a emesis y fiebre, y con signo de irritación peritoneal. En los laboratorios se evidenció leucocitosis, acidosis metabólica, y abundante líquido libre en cavidad abdominal en la ecografía.

**Resultados.** Se practicó laparotomía con hallazgo intraoperatorio de vólvulo intestinal a nivel de la raíz del mesenterio con necrosis de intestino delgado desde yeyuno proximal hasta el íleon distal. Se realizó resección del intestino delgado necrótico y anastomosis intestinal. El paciente desarrolló síndrome de intestino corto y fue manejado inicialmente con nutrición parenteral total, con posterior desmonte progresivo del aporte parenteral hasta continuar solamente con suplementación enteral. La evolución fue satisfactoria.

**Conclusión.** El diagnóstico temprano y la intervención quirúrgica de urgencia es vital para reducir el vólvulo y restablecer el flujo sanguíneo antes de que se desarrollen complicaciones graves como la necrosis de un segmento o de todo el intestino, con una alta tasa de mortalidad.

## 02-022

### Reconstrucciones intestinales en gastrectomía laparoscópica

*Ivo Siljic Bilicic, José Omar Zorrilla, Mauricio Zuluaga, Juan Carlos Valencia, Uriel Ovidio Cardona*

Clínica de Occidente de Cali, Hospital Universitario del Valle, Hospital San Juan de Dios  
Cali, Valle  
mauriciozuluagaz@yahoo.es

**Introducción.** La cirugía laparoscópica avanzada requiere de habilidades para realizar reconstrucciones intestinales.

**Objetivo.** Evaluar las diferentes técnicas de reconstrucción en gastrectomía laparoscópica.

**Material y método.** Se realizó la revisión de la técnica quirúrgica de reconstrucción intestinal en gastrectomía por vía laparoscópica. Se realizó y Roux modificada en 75 pacientes llevados a gastrectomía por cáncer. Se describirá la técnica de reconstrucción.

**Resultados.** La reconstrucción en y de Roux modificada es una técnica que facilita las reconstrucciones intestinales en gastrectomías por laparoscopia.

**Conclusión.** La reconstrucción en y de Roux modificada es una alternativa para la reconstrucción intestinal en pacientes sometidos a gastrectomía laparoscópica.

## 02-023

### Síndrome de intestino corto, presentación de un caso y revisión de la literatura

*Sandra Galindo, Francisco Herrera, Juan Javier Acevedo, Luis Gerardo Villota, Brenda Lamadrid*  
Universidad de Cartagena, Hospital Universitario del Caribe  
Cartagena, Bolívar, Colombia  
Sandramilenagv29@hotmail.com

**Introducción.** El síndrome de intestino corto se considera una enfermedad compleja debido a las complicaciones en la alteración del balance energético-proteico, hidroelectrolítico, de micro y macronutrientes. Es un conjunto de síntomas secundarios a resección quirúrgica, defecto congénito o pérdida de la absorción intestinal. Presente en 1 de cada 1.000 ingresos y el manejo está orientado a disminuir los eventos catastróficos de la falla intestinal.

**Objetivo.** Presentación de caso de un paciente joven, enfoque nutricional, manejo médico y prevención de complicaciones.

**Material y método.** Estudio de la historia clínica, hallazgos clínicos y de imagen, manejo médico, nutricional, complicaciones y revisión de la literatura médica.

**Resultados.** Paciente de 19 años de edad, masculino, cuadro de 72 horas, con dolor abdominal de localización difusa, con predominio en fosa iliaca derecha, signos de irritación peritoneal, asociado a fiebre, escalofríos y vómitos. Hallazgos quirúrgicos: hemoperitoneo, vólvulo intestinal y necrosis del intestino delgado a 15 cm del ángulo de Treitz hasta 10 cm de la válvula ileocecal.

**Conclusión.** Síndrome de intestino corto es una forma de falla intestinal que se asocia a una gran morbimortalidad. Sus causas más frecuentes son isquemia mesentérica, vólvulo intestinal, hernia estrangulada y trauma abdominal. El objetivo va encaminado en realizar un enfoque global apoyado en un buen soporte nutricional lo cual permita restablecer y desarrollar una adaptación estructural y funcional del remanente intestinal. El pronóstico y el manejo de esta patología a mediano y largo plazo están enfocados en estrategias

para disminuir los factores asociados con una insuficiencia intestinal de forma individual.

## 02-026

### **Causas inusuales de abdomen agudo: invaginación intestinal. Presentación de casos**

*Sandra Milena Galindo, José Carlos Posada, Luis Gerardo Villota, Jonathan Liendo, Juan Javier Acevedo*  
Universidad de Cartagena, Hospital Universitario del Caribe  
Cartagena, Bolívar, Colombia  
Sandramilenagv29@hotmail.com

**Introducción.** La intususcepción representa entre 1 y 5 % de las causas de obstrucción intestinal. El fenómeno de invaginación se produce cuando un segmento, generalmente proximal, del intestino llamado intususceptum se desplaza al lumen de un segmento intestinal adyacente distal llamado intususcipiens, lo que resulta en la obstrucción y el posible compromiso isquémico. En la mayoría de los casos existe una causa mecánica identificable, usualmente una lesión tumoral benigna o maligna. La presentación clínica atípica de la patología, requiere del apoyo imaginológico para su diagnóstico temprano.

**Objetivo.** Presentar una serie de 5 casos de intususcepción atendidos en el Hospital Universitario de Cartagena, se analizaron los datos relacionados con la presentación, diagnóstico, tratamiento y la patología.

**Material y método.** Estudio de la historia clínica y revisión de la literatura médica.

**Resultados.** Se identificaron 5 pacientes atendidos en los últimos 2 años con hallazgos clínicos y paraclínicos compatibles con invaginación intestinal de diferentes etiologías incluyendo 2 tumores de colon, 1 de recto, 1 tumor de íleon distal (Linfoma), y 1 caso sin identificarse lesión tumoral. Se manejaron quirúrgicamente con resultado adecuado.

**Conclusión.** El trastorno es poco común en los adultos. Los tumores benignos y malignos son la causa de la invaginación intestinal en la mayoría de los casos. Se requiere alto índice de sospecha y se debe tener como una posible causa de patología abdominal aguda quirúrgica. El diagnóstico y el tratamiento tardío se asocian a más riesgo de complicaciones. El manejo quirúrgico es la opción de tratamiento más adecuada.

## 02-029

### **Divertículo de intestino delgado perforado**

*Sandra Galindo, Juan Javier Acevedo, Rodolfo Barrios, Luis Gerardo Villota, Juan Carlos Martínez*  
Universidad de Cartagena, Hospital Universitario del Caribe  
Cartagena, Bolívar, Colombia  
sandramilenagv29@hotmail.com

**Introducción.** La enfermedad diverticular intestinal complicada se define como una entidad anatómica difícil de determinar, la prevalencia es baja 0.06 a 1.3 %. Su etiología se centra en las alteraciones del músculo liso o plexo mientérico. Su diagnóstico clínico e imaginológico es de presentación atípica y el diagnóstico se realiza en un gran porcentaje intraoperatoriamente.

**Objetivo.** Presentar un caso de paciente adulto con diverticulitis perforada, abordaje y manejo quirúrgico.

**Material y método.** Estudio de la historia clínica, manejo médico, quirúrgico, complicaciones y revisión de la literatura médica.

**Resultados.** Se presenta el caso de un hombre de 50 años con cuadro clínico de 36 horas de dolor abdominal difuso, generalizado, asociado a episodios de emesis, pico febril y hiporexia, sin signos de irritación peritoneal ni masas. Con tac abdominal que reporta engrosamiento intestinal en colon descendente. Se identificó un divertículo en yeyuno perforado, con área de plastrón en colon transverso. Se le realiza laparotomía exploratoria con resección de intestino delgado más anastomosis término terminal.

**Conclusión.** Las perforaciones de los divertículos intestinales se presentan en un 2-6 % de las diverticulitis, las áreas de mayor compromiso se presentan a nivel de yeyuno en un 80 %, es una condición rara, con enormes desafíos en el diagnóstico y tratamiento. Debe ser altamente sospechada en pacientes de mayor edad que presenten síntomas abdominales inexplicables. En presencia de complicaciones, la resección quirúrgica con anastomosis primaria es la opción de tratamiento indicada.

## 02-032

### **Poliposis glandular del estómago, en la era de los inhibidores de bomba de protones. Presentación de un caso**

*Rogelio Matallana, Daniela Sierra, Victor Valencia*  
Medellín, Colombia  
rogeliomatallana@hotmail.com

**Introducción.** La poliposis glandular del estómago es una entidad clínica con una incidencia poco conocida en nuestro medio, en parte por desconocimiento de la misma y que cada vez gana más importancia dada su relación con el uso crónico de inhibidores de bomba de protones.

**Objetivo.** Con este caso clínico buscamos mostrar la forma más común de presentación de esta y los resultados obtenidos con las opciones de manejo ofrecidas; además de una revisión de la literatura actual disponible.

**Material y método.** Se realizó una descripción detallada del caso clínico de una mujer con enfermedad por reflujo gastroesofágico que desarrolló poliposis glandular relacionada al consumo crónico de Omeprazol; además de una revisión sistemática de la literatura.

**Resultados.** En el caso clínico descrito se obtuvo un resultado favorable con la involución de los pólipos gástricos que se originaron secundarios al consumo crónico con inhibidores; además se ofreció un manejo quirúrgico alternativo al consumo de medicamentos para controlar su enfermedad de reflujo gastroesofágico.

**Conclusión.** La poliposis glandular del estómago es una entidad que existe y cada vez se hace más prevalente gracias al uso casi epidémico de los inhibidores de bomba de protones, por lo que conocerla y por ende sospecharla nos dará las herramientas necesarias para abordar a los pacientes que presenten dichos hallazgos endoscópicos, conociendo su potencial maligno y opciones de manejo disponibles.

02-033

**Perforación duodenal Post-CPRE**

Jorge Hernán Trujillo, Eduardo Londoño, Jaime Solano  
Fundación Santafé de Bogotá, Universidad El Bosque  
Bogotá D.C., Colombia  
jorgito20@gmail.com

*Introducción.* La patología biliar litiasica es un motivo frecuente de consulta, donde la patología de la vía biliar toma gran participación por sus múltiples presentaciones. El manejo de la litiasis de la vía biliar en la última década ha sido delegado a los procedimientos mínimamente invasivos como la Colangiopancreatografía Endoscópica Retrógrada (CPRE) por su facilidad, baja morbimortalidad, menor estancia hospitalaria, etc. Pero las complicaciones asociadas a estos procedimientos, son de cuidado y requieren de manejo interdisciplinario especializado.

Se presenta el caso de paciente femenina de 53 años de edad con diagnóstico de coledocolitiasis documentado por endosonografía biliopancreática con antecedente de tres episodios previos de pancreatitis de origen biliar. Se realiza Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada programada con imposibilidad de canalización de la vía biliar, con gran dificultad técnica, ante sospecha de perforación, se solicita radiografía de abdomen evidenciando retroneumoperitoneo. Inicialmente se toma conducta expectante con paraclínicos control y vigilancia clínica, ante deterioro clínico de la paciente, es llevada a cirugía se realizó colecistectomía laparoscópica con canalización del cístico y recuperación antero grada por endoscopia logrando la inserción de prótesis (*stent* biliar), dada la identificación de colección retroperitoneal, se considero laparotomía exploradora evidenciando perforación duodenal que requirió exclusión pilórica. Posterior a esto se discute evolución clínica de la paciente y se realiza revisión de la literatura sobre perforación duodenal poscolangiopancreatografía endoscópica retrógrada.

*Objetivo.* Presentación, discusión y análisis de caso clínico. Revisión de la literatura sobre perforación duodenal poscolangiopancreatografía endoscópica retrógrada.

*Materiales y métodos.* Revisión de Caso clínico de historia clínica completa de la paciente de la Fundación Santafé de Bogotá. Posterior revisión de la literatura del caso.

*Resultados.* Se documento y resumió historia clínica de la paciente. Se realizó revisión de la literatura actual del tema, se planteo discusión, análisis y conclusiones.

*Discusión y conclusiones.* La incidencia de la perforación duodenal poscolangiopancreatografía endoscópica retrógrada es poco frecuente, pero es una complicación que debe ser de conocimiento amplio por el cirujano, para así individualizar y elegir el tratamiento adecuado para cada paciente. Requiere de manejo multidisciplinario entre los servicios de Gastroenterología, Cirugía General, Unidad de cuidado intensivos, Nutrición clínica, etc. Los parámetros clínicos, paraclínicos e imaginológicos indican el diagnóstico. El mecanismo de lesión, el sitio, extensión de la lesión, los hallazgos clínicos e imaginológicos son una guía para la selección de manejo quirúrgico vs conservador

02-035

**Hematoma retroperitoneal por ruptura de mielolipoma adrenal derecho. Caso clínico**

Wilmar Martín Montero, Álvaro Valencia, William Salamanca,  
Giovanny Gómez,  
Fundación Universitaria Sanitas  
Bogotá D.C., Colombia  
wilmartin16@yahoo.com; giovannygomez78@hotmail.com

*Introducción.* El mielolipoma Adrenal es un tumor benigno poco frecuente, generalmente no funcional. Compuesto por adiposo, y hematopoyético. Afecta a hombres y mujeres por igual entre quinta y séptima década de la vida. La incidencia es 0,08 % a 0,4 %. La mayoría son unilaterales, pequeños y asintomáticos. Pueden alcanzar un gran tamaño produciendo sensación de masa, compresión de órganos vecinos y cursar con hemorragia aguda intratumoral o retroperitoneal.

*Objetivo.* Describir patología poco frecuente de los tumores adrenales.

*Material y método.* Se describe el caso de un hombre de 44 años de edad con cuadro clínico de inicio súbito y severo de dolor abdominal en hipocondrio derecho, irradiado a dorso y región lumbar.

*Resultados.* Se realiza Urotac, con imagen sugestiva de lesión neoplásica, localización suprarrenal derecha con componente graso y de aspecto hemorrágico, probablemente condiciona hematoma peri y pararenal ipsilateral. RNM, masa solida de 9 x 6 x 7 cm, en la glándula suprarrenal derecha. Se acompaña de un componente hemorrágico con hematoma, posterior a lesión de 12 cm que se extiende al espacio pararenal posterior.

Paciente cursa con descenso progresivo de hemoglobina con taquicardia, con persistencia de dolor abdominal por lo se considera persistencia del sangrado, y se lleva a laparotomía mas adrenalectomía derecha de urgencia

*Conclusión.* El mielolipoma adrenal es un tumor poco frecuente de naturaleza benigna, en la mayoría de los casos son asintomáticos. Suelen ser pequeños, pero pueden alcanzar un gran tamaño produciendo sensación de masa abdominal, con compresión de órganos vecinos, y presentar hemorragia y choque hipovolémico, requiriendo adrenalectomía de urgencia.

02-044

**Adrenalectomias por laparoscopia en un servicio de cirugía gastrointestinal**

Juan Carlos Hoyos, Laura Loaiza, Brenda Lamadrid, Andy Gómez, Maryuri Becerra, Mauro Garzón  
Universidad de Cartagena  
Cartagena, Colombia  
blamadridm@gmail.com, andygo10@hotmail.com

*Introducción.* Con el auge que ha tenido la cirugía mínimamente invasiva, se ha procurado realizar la mayor cantidad de procedimientos quirúrgicos por vía laparoscópica. Traemos la experiencia del servicio de cirugía gastrointestinal en el último año en adrenalectomias por vía laparoscópica.

**Objetivo.** Presentar los resultados de un servicio de cirugía gastrointestinal de adrenalectomías por laparoscopia durante un año.

**Materiales y métodos.** Estudio retrospectivo de los casos operados en el servicio y revisión de la literatura.

**Resultados.** Durante el último año se realizaron seis adrenalectomías por vía laparoscópica en el servicio de cirugía gastrointestinal, tres pacientes de sexo femenino y tres pacientes masculinos, con edades que oscilan entre los 17 y los 56 años. Tiempo quirúrgico promedio de 93 minutos, sin conversión a cirugía abierta. Todos los pacientes tuvieron buena evolución posquirúrgica, con egreso promedio a los tres días.

**Conclusiones.** La adrenalectomía laparoscópica se ha demostrado que es un abordaje tanto seguro como efectivo para la exéresis de la glándula suprarrenal para patologías benignas menores de 6 cm, con buenos resultados tanto peri-operatorios como posoperatorios, con todas las ventajas que proporciona la cirugía mínimamente invasiva. La mejora en los resultados posoperatorios de estos pacientes va a depender del perfeccionamiento de las destrezas quirúrgicas en laparoscopia.

02-047

### Manejo endoscópico (*stent* esofágico) de perforación esofágica espontánea (síndrome de Boerhaave)

Hernando Omar Espitia, Nydia Quataquira, Germán Junca, Germán Quintero, Felipe Vargas  
Hospital Méderi, Universidad del Rosario  
Bogotá, Colombia  
omarmd632002@yahoo.com

**Introducción.** La perforación espontánea del esófago fue reportada por primera vez en 1724 por el Profesor Herman Boerhaave de la Universidad de Leyden.

La perforación espontánea en la mayoría de los casos se relaciona con un aumento súbito de la presión intraluminal del esófago, esta perforación es en su mayoría longitudinal, en la pared posterolateral izquierdo.

A pesar de los avances en el manejo médico y quirúrgico de estos pacientes esta patología está asociada con altas porcentajes de morbilidad y mortalidad especialmente si el diagnóstico y manejo se retarda más de 24 horas.

**Reporte caso clínico.** Ingresó al servicio de urgencias hombre de 69 años con dolor en epigastrio súbito, luego de múltiples episodios de hematemesis, estable termodinámicamente, con antecedente de EPOC, dislipidemia, hipotiroidismo, infarto agudo de miocardio (2012) con colocación de *stents* 02, se toman gases arteriales con equilibrio ácido básico, Rx de tórax sin derrames pleurales, hemograma normal, endoscopia digestiva con dx 1. Desgarro de Mallory Weiss largo y profundo se interroga que el desgarro mucoso tenga perforación asociada. Se toma TAC DE TORAX con contraste con lectura engrosamiento concéntrico de la unión gastroesofágica con escasas burbujas fuera de la luz compatible con perforación esofágica contenida, se inició terapia antimicrobiana de amplio espectro, se suspendió la vía oral, se decide que por las comorbilidades del paciente, los hallazgos clínicos e imaginológicos podría ser candidato para manejo no quirúrgico de la perforación esofágica, se coloca prótesis metálica autoexpandible bajo visión fluoroscópica, a las 72 horas se reinicia la vía oral, se completa esquema antimicrobiano,

se cita el 8 semanas para retiro de la prótesis, su evolución clínica es satisfactoria.

**Discusión.** Se plantea la posibilidad de realizar manejos terapéuticos endoscópicos no radicales tales como esofagectomías con derivaciones gastrointestinales en un grupo de pacientes con perforaciones esofágicas pequeñas, contenidas sin patología previas del esófago, sin signos de mediastinitis, o en grupos de pacientes que por sus comorbilidades el manejo quirúrgico puede cursar con altas tasas de morbilidad, algunas series de pacientes informan resultados exitosos con colocación de *stents*.

**Bibliografía.**

L.Sulpice. Conservative surgical management of Boerhaave syndrome. International journal of surgery 11(2013) 64-67

Brinster. Evolving options in the management of esophageal perforation. Ann Thorac Surg 2004.77

02-049

### Manejo quirúrgico del hemangiolinfangioma duodenal

Manuel Santiago Mosquera, Paola Andrea Cifuentes, Sebastián Gómez  
Fundación Cardio Infantil  
Bogotá, Colombia  
paolacigr@gmail.com; cirujanosgenerales@cardioinfantil.org

**Introducción.** Los hemangiolinfangiomatos gastrointestinales son tumores vasculares benignos infrecuentes que tienen compromiso linfático y vascular de la pared intestinal. Su incidencia oscila entre 1,2-2,8/1000 habitantes. Ocurre más frecuente en recién nacidos y niños; y en raras ocasiones afecta pacientes adultos. En su mayoría, hay compromiso tumoral de la capa mucosa y submucosa, manifestándose con sangrado digestivo oculto y anemia.

**Objetivo.** Presentar el manejo quirúrgico del hemangiolinfangioma duodenal, realizando resección completa del tumor.

**Material y método.** Se presenta el caso de una paciente de 43 años sin comorbilidades asociadas, con cuadro de año y medio de evolución de anemia y sangrado intestinal oculto. Se realiza cápsula endoscópica con sangrado activo en duodeno distal y enteroscopia con lesión sangrante de aspecto vascular.

Se realiza resección completa de lesión tumoral con reporte de patología compatible con hemangiolinfangioma.

**Resultados.** Se realizó laparotomía encontrando tumor vascularizado en duodeno distal de 3x4 cm sin compromiso macroscópico de órganos adyacentes; se resecó completamente y se realizó anastomosis latero-terminal duodeno-yeyunal, sin complicaciones.

**Discusión y conclusión.** Los hemangiolinfangiomatos del tracto gastrointestinal, y en especial los duodenales, son tumores vasculares benignos muy infrecuentes. Su incidencia oscila entre 1,2-2,8/1000 habitantes. En su mayoría existe compromiso tumoral de la capa mucosa y submucosa, manifestándose como sangrado digestivo oculto recurrente y dolor abdominal crónico.

La resección amplia del tumor se considera el tratamiento más efectivo, sumado a una inspección completa de la cavidad para descartar invasión a órganos adyacentes. Otras opciones terapéuticas incluyen la escleroterapia, electrocauterio, criocirugía, entre otros.

02-051

### Manejo de herniación de plicatura gástrica hospital Manuel Uribe Ángel

Jesús Vásquez, Carolina Ocampo

Hospital Manuel Uribe Ángel de Medellín, Universidad El Bosque,  
Universidad de Antioquia  
Bogotá, D.C., Colombia  
ecoacx@gmail.com

**Introducción.** Paciente de 47 años, natural de Los Ángeles EUA. Cuadro de obesidad mórbida operada hace 2 años con la técnica plicatura gástrica en la ciudad de barranquilla, perdida de peso aprox. 40 kg. Regresa a la ciudad de Los Ángeles, presenta vómito posprandial generando malnutrición y requiriendo Nutrición Parenteral Total. Evolución tórpida, un año post operatorio regresa a Colombia con diagnóstico de malnutrición, persiste con vomito de 1 a 2 horas posterior a ingesta de alimento el cual es de característica fecaloide, controla vómito ingiriendo porciones alimentarias pequeñas, con aumento progresivo de peso aprox. 50 kg. Se realizan estudios EVDA, describiendo imagen peculiar de “fundus gástrico en forma de gorro frigio” contenido alimentario abundante parcialmente digerido con imagen en doble luz de la cámara gástrica. Vías digestivas con imagen de la curvatura menor aserrada o dentada. TAC abdomen con imagen de engrosamiento de las paredes gástricas y alteración de la anatomía. Por lo que se decide programar para procedimiento conversión a gastrectomía Vertical (*Sleeve*) Vs *Bypass* gástrico de acuerdo a los hallazgos operatorios.

**Material y método.** Se realiza procedimiento con los siguientes hallazgos: engrosamiento de paredes gástricas, hacia la curvatura mayor adherencia del epiplón, engrosamiento desde el tercio superior del estomago hasta 5 cm por encima del píloro. Se decide realizar gastrectomía vertical (*Sleeve* gástrico) ya que a nivel superior no permitía realizar gastro yeyunostomía.

**Resultados.** Duración del procedimiento 1 hora 15 min. Sangrado 20 cc aprox. Se realizan pruebas neumáticas para descartar fuga, se refuerza línea de sutura con PDS y epiplón para control de sangrado. Se da alta hospitalaria al segundo día de cirugía con adecuada tolerancia vía oral. Control ambulatorio con pérdida de peso aprox 18 kg.

Se cuenta con fotos y videos del procedimiento.

**Conclusión.** Descripción del manejo de complicaciones posterior a procedimientos Bariátrica en este caso la plicatura gástrica, técnica debatida, con la que se estudia la herniación del fundus gástrico y la posibilidad de corrección con Gastrectomía Vertical, procedimiento que mantiene la conducta de cirugía Bariátrica por laparoscopia por obesidad y a la vez controla las complicaciones descritas por la plicatura gástrica.

02-055

### Comparación entre la tomografía abdominal computadorizada de abdomen y la laparoscopia en la detección de carcinomatosis peritoneal en cáncer gástrico. Experiencia institucional

Carlos Manuel Zapata, Jorge Andrés Castro, Jorge Andrés

Azuero, Iván Darío Martín

Hospital Universitario la Samaritana  
Bogotá, Colombia  
andr\_castro@hotmail.com

**Introducción.** El cáncer gástrico es una patología con importante morbimortalidad en el mundo, siendo endémico en nuestro país. La determinación de carcinomatosis peritoneal en la estadificación de estos tumores permite direccionar el manejo y evitar laparotomías fútiles.

**Objetivo.** Determinar el rendimiento de la TAC abdominal en la detección de carcinomatosis peritoneal con respecto a la laparoscopia de estadiaje

**Material y método.** Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes llevados a laparoscopia de estadiaje por carcinoma gástrico en el periodo comprendido desde el año 2010 hasta el 2014. No se incluyeron pacientes con histología diferente a adenocarcinoma gástrico. Los hallazgos de la TAC se definieron por lectura oficial de radiólogo. La carcinomatosis peritoneal se definió como nódulo peritoneal o citológico de líquido peritoneal con células tumorales, ambos confirmados con patología.

**Resultados.** Se realizaron 36 laparoscopias de estadiaje, se excluyeron dos casos por corresponder a linfoma. La edad media fue 61.9 años (31 – 86), 21 hombres, 13 mujeres; 28 presentaban desnutrición aguda severa al momento de la intervención, 20 fueron tipo intestinal y 14 fueron difusos. Todos tenían TAC negativa. La laparoscopia encontró siembras peritoneales en 3 pacientes, líquido libre positivo en 3 y ambos criterios en 9 para un total de 15 pacientes con carcinomatosis, correspondiendo a un 44 % de falsos negativos.

**Conclusión.** La Tomografía Axial Computarizada de Abdomen no es el examen de elección para diagnosticar enfermedad metastásico asociada a carcinomatosis peritoneal, deben realizarse otros estudios como la laparoscopia de estadiaje para disminuir el número de laparotomías fútiles.

02-056

### Hernia hiatal ¿Es seguro el reparo con malla? Reporte de complicación

Ricardo Nassar, Juan David Hernández, Juan David Linares

Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá  
Bogotá D.C., Colombia

rnassarmd@gmail.com; juanlinaresmd@gmail.com

**Introducción.** La controversia que existe sobre el uso del reparo con malla en hernias hiatales, tipo de malla e indicaciones para prevenir la recurrencia y complicaciones secundarias aún no ha sido resuelta. Se presenta un caso de recurrencia y complicación secundaria al uso de malla de poliéster.

**Objetivo.** Presentar un reporte de caso manejado en el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá y revisar la literatura.

**Material y método.** Reporte de caso. Se describe un paciente con recurrencia de hernia hiatal y vólvulus gástrico asociado, es llevado a cirugía para corrección de la misma y refuerzo del defecto herniario con malla de poliéster para prevenir la recurrencia. Por medios radiológicos se documentó estrechez severa de la unión gastroesofágica por lo cual es llevado nuevamente a cirugía. Se revisa la literatura.

**Resultados.** Paciente con antecedente de hernia hiatal y recurrencia de la misma asociada a vólvulus gástrico. Es llevado a corrección de la hernia y se realiza refuerzo del defecto herniario con malla de poliéster. En seguimiento posoperatorio el paciente presenta disfagia, emésis y pérdida progresiva de peso, es llevado a cirugía por sospecha

de complicaciones secundarias a la implantación de malla. Se realizó liberación de la malla de poliéster, que se encuentra desplazada y condicionaba la estrechez de la unión gastroesofágica.

*Conclusión.* Las diferencias de resultado entre el reparo primario de las hernias hiatales y el uso de malla es muy pequeño, la decisión de su uso depende de la experiencia, la tasa de reintervención y recurrencia de cada cirujano.

#### 02-057

### **Eventrorrafia: experiencia de un grupo de pared abdominal (MEDERI)**

*Alejandro Moscoso, Felipe Vargas, Jorge Navarro, Andrés Isaza, Mónica Parrado*

Hospital Universitario Mayor, Méderi  
Bogotá, Colombia  
Moscoso.luis@urosario.edu.co

*Introducción.* Las eventraciones representan un serio problema de salud pública en el mundo. Actualmente aunque el mecanismo fisiopatológico y el conocimiento en la biomecánica de la pared abdominal es más profundo, se ha visto un incremento en su incidencia. En Estados Unidos 2001 a 2006 aumento en un 12 % con un total de 378000 casos. En Colombia se desconoce las características epidemiológicas de la población así como el impacto de las diferentes técnicas empleadas a largo plazo.

*Objetivo.* Mostrar la experiencia del grupo de pared abdominal del Hospital Universitario Mayor (HUM) en reparación de Eventraciones entre el 1 de enero 2013 a 1 de abril 2014.

*Material y método.* Se presenta la experiencia de los pacientes sometidos a eventrorrafia realizados en el HUM entre el 2013 a 2014. Se incluyeron pacientes electivos y de urgencias.

Se realizó la clasificación de la hernia ventral según los parámetros de la European Hernia Society 2009.

*Resultados.* El procedimiento fue realizado en 80 pacientes, 65 % mujeres, con edades entre 21 y 84 con media de 59 años. Se encontraron en su mayoría grandes defectos de la pared abdominal de localización medial (M3). En 5 % de los procedimientos se realizó retiro de malla previa. La recidiva fue del 2.5 %. La complicación más frecuente fue la infección, solo un paciente presentó fistula enterocutánea. La mortalidad fue de 0 %.

*Conclusión.* La reparación de hernia ventral es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes realizados en el hospital universitario mayor. Procedimiento con baja morbimortalidad y recurrencia.

#### 02-059

### **Manejo endoscópico con clips de fistula gástrica posesplenectomía laparoscópica: reporte de caso y revisión de la literatura**

*Sebastián Tabares, Juliana Restrepo, Juan Carlos Ocampo*  
Universidad Pontificia Bolivariana, Universidad de Antioquia  
Medellín, Colombia  
sebastabares@hotmail.com

*Introducción.* La fistula gástrica posesplenectomía es una entidad rara, se presenta en menos del 1 % de los pacientes, el sitio usual de perforación gástrica es a lo largo de la curvatura mayor hacia el fundus. Se presenta el caso de una paciente femenina de 32 años de edad con una fistula gástrica luego de realizársele esplenectomía laparoscópica por enfermedad hematológica. Se discuten los principales aspectos etiopatogénicos, diagnósticos y terapéuticos de esta entidad.

*Objetivo.* Presentar el caso de una paciente con una fistula gástrica posesplenectomía a la cual se le realizó manejo endoscópico con clips.

*Material y método.* Se hizo revisión tanto de la historia clínica de la paciente, como de la literatura.

*Resultados.* Presentamos el caso clínico de una paciente femenina a la que se le realizó manejo endoscópico con clips por una fistula gástrica posesplenectomía. La paciente tuvo una evolución favorable logrando el cierre de la fistula con este método.

*Conclusión.* Se trata de una entidad poco común en la que es necesario realizar un diagnóstico precoz y manejo de la misma de acuerdo al comportamiento de la fistula.

#### 02-064

### **Lesiones subepiteliales como causa de sangrado gastrointestinal, tumor de GIST y lipoma Del intestino delgado, presentación de casos clínicos**

*Pedro Fernando Duque, Jaime Solano M, Manuel Cadena, Arturo Vergara*

Hospital Universitario Fundación Santa Fé de Bogotá, Universidad El Bosque  
Bogotá, D.C., Colombia  
pedrofdoduquevasquez@me.com

*Introducción.* Las Causas de Sangrado Gastrointestinal con requerimiento de intervención quirúrgica.

*Objetivo.* Revisión de la literatura y presentación de casos clínicos de sangrado gastrointestinal, de lesiones subepiteliales.

*Material y método.* Exposición con presentación de imágenes.

*Resultados.* Lesión tumoral Gastrointestinal de intestino delgado como tumor de GIST y Lipoma,

*Conclusión.* Las Lesiones Subepiteliales en su componente de su evolución de crecimiento progresivo causan degeneración y erosión de la mucosa intestinal, produciendo sangrado gastrointestinal, con requerimiento de intervención quirúrgica, previa identificación del sitio de la lesión, con ayudas diagnósticas imaginológicas y endoscopios. En nuestro dos casos clínicos con tumor de GIST y turno de LIPOMA como causas de sangrado gastrointestinal.

#### 02-077

### **Isquemia intestinal segmentaria resuelta por liberación de brida congénita por Laparoscopia**

*Pedro Fernando Duque, Ricardo Villarreal*  
Fundación Salud El Bosque, Universidad El Bosque  
Bogotá D.C., Colombia  
pedrofdoduquevasquez@me.com

**Introducción:** Isquemia intestinal como causa de dolor abdominal en una paciente sin antecedentes quirúrgicos, con manejo laparoscópico, sin requerimiento de resección intestinal.

**Objetivo.** Presentación de casos de clínico de manejo de brida congénita.

**Material y método.** Presentación de video y revisión de literatura.

**Resultados.** Manejo mínimamente invasivo de brida congénita.

**Conclusión.** La brida congénita como causas de dolor abdominal, con isquemia intestinal con manejo por laparoscopia sin requerimiento de resección intestinal, presentación de video con revisión de literatura.

## 02-078

### Ruptura esplénica espontánea, reto diagnóstico para el cirujano de urgencias, reporte de un caso clínico

Leonardo Herrera, Germán Andrés Santamaría G., Juan Antonio Gaitán

Clínica del Occidente, Clínica Universitaria Colombia, Fundación Universitaria Sanitas  
Bogotá D.C., Colombia  
german.santamaria@hotmail.com

**Introducción.** La ruptura del bazo en ausencia de trauma o de una patología diagnosticada previamente es una de las causas de dolor abdominal más ignoradas en los servicios de urgencias tanto por el médico general como por el cirujano; en la literatura mundial se reportan en promedio diez casos al año por lo que es una entidad que vale la pena revisar con detenimiento

**Objetivo.** Realizar una revisión de la literatura acerca de las causas reportadas de ruptura esplénica sin factores de riesgo ni patología diagnosticada previamente

**Material y método.** Presentación de caso clínico de un paciente adulto quien ingresa al servicio de urgencias de la Clínica del Occidente por presentar dolor abdominal en epigastrio de 12 horas de evolución, irradiado a región escapular y que le impide la posición de decúbito. Por abdomen en tabla se pasa a cirugía encontrando hemoperitoneo masivo y como causa de éste una esplenomegalia con ruptura lineal hacia el polo superior. Se realiza esplenectomía total.

**Resultados.** El paciente evoluciona favorablemente, sin requerir soporte vasoactivo y sin presentar signos de respuesta inflamatoria sistémica que hagan sospechar proceso séptico. En espera de reporte de patología para aclarar diagnóstico subyacente o confirmar ruptura esplénica espontánea

**Conclusión.** La ruptura esplénica espontánea es una entidad potencialmente letal como causa de dolor abdominal que puede ser la primera manifestación de una enfermedad sistémica en paciente previamente sano. Al revisar la literatura se encuentra un gran espectro diagnóstico dentro del cual puede presentarse, por tal razón el paciente debe ser estudiado con acuciosidad de manera multidisciplinaria.

## 02-086

### Absceso esplénico por *salmonella spp*, reporte de un caso

Carlos Alberto López, Maryan Liseth Ruiz, María Clara Mendoza  
Universidad de Antioquia, Universidad Pontificia Bolivariana  
Medellín, Antioquia, Colombia  
carloslopez97@hotmail.com; arianlruiz@gmail.com;  
mariacmendozaa@gmail.com

**Introducción.** El absceso esplénico es una condición infrecuente, con una incidencia reportada entre 0,14 – 0,7 % en series de autopsias. Está relacionado con factores predisponentes como la diabetes mellitus y las inmunodeficiencias. Los microorganismos más comúnmente implicados son los cocos Gram positivos y en muy raras oportunidades se deben a bacilos Gram negativos como *Salmonella spp*. La salmonelosis está clásicamente descrita como una entidad que afecta el tracto gastrointestinal en forma de gastroenteritis autolimitada, sin embargo en raras oportunidades se puede presentar como manifestación de una infección extraintestinal y la formación de un absceso esplénico es una sus manifestaciones más infrecuentes. Se realiza el reporte de un caso de absceso esplénico debido a *Salmonella spp*.

**Objetivo.** Realizar el reporte de un caso de absceso esplénico por *Salmonella spp*

**Material y método.** Reporte de un caso

**Resultados.** Se presenta el caso clínico de un paciente masculino de 38 años, con antecedente de Diabetes Mellitus, quien consultó por presentar dolor en hipocondrio izquierdo, acompañado de elevación de reactantes de fase aguda. Se solicitó tomografía abdominal que reveló la presencia de un absceso esplénico el cual se manejó inicialmente con antibióticos de amplio espectro sin respuesta adecuada, por lo que se decidió realizar esplenectomía diagnóstica, con crecimiento de *Salmonella spp*.

**Conclusión.** El absceso esplénico es una entidad poco común y su tratamiento es ampliamente debatido e incluye el drenaje percutáneo y la esplenectomía.

Se presenta el caso del manejo exitoso de un absceso esplénico por *Salmonella spp* con esplenectomía.

## 02-096

### Manejo laparoscópico inicial y de complicación de un tumor gástrico estromal (GIST)

José Omar Zorrilla, Marcela Lucía Tascón, Karen Ponce  
Clínica Farallones, Universidad del Valle  
Cali, Colombia  
marcelatascon@gmail.com

**Introducción.** Los tumores estromales gastrointestinales se encuentra más comúnmente en el estómago e intestino delgado proximal, corresponden al 1 % de cánceres gastrointestinales primarios. Sin embargo, su verdadera frecuencia es desconocida. Se presenta un caso clínico de un paciente con tumor de GIST, el manejo laparoscópico inicial y de su complicación posoperatoria.

**Material y método.** Presentación de caso clínico.

**Resultados.** Paciente masculino, 68 años, antecedente de hipotiroidismo, diabetes mellitus, obesidad. Consulta por 15 días de deposiciones diarreicas, realizan ecografía abdominal con lesión gástrica confirmada en tomografía de abdomen: diámetro 5cm, sin alteraciones en endoscopia digestiva alta. Se programa para gastrectomía subtotal por laparoscopia, hallazgos: lesión 10 cm diámetro mayor en curvatura menor corpoantral y pared posterior y lesión deprimida blanca en segmento II hepático de 5 mm; Biopsia por congelación en cuña: Tumor de GIST, se procede a resección de curvatura menor con grapadoras mecánicas más reforzamiento de sutura por sangrado con PDS. Manejo en UCI por patologías de base, buena evolución clínica, tolerancia a vía oral y alta al 4 día posoperatorio. Consulta de nuevo a las 48 horas por distensión abdominal y dolor, se pasa turno para revisión por laparoscopia con evidencia de dehiscencia de sutura 3 cm, se realiza nueva sutura con PDS. Buena evolución clínica, nueva revisión sin evidencia de fugas. Tolerancia a la vía oral y seguimiento clínico satisfactorio.

**Conclusión.** Las técnicas quirúrgicas por laparoscopia nos brindan beneficios para el manejo inicial de las patologías tumorales y sus complicaciones con menor estancia hospitalaria y mejor tolerancia en pacientes con múltiples comorbilidades.

#### 02-100

### **Cirugía de demolición de fistula enterocutánea con cierre secuencial de la pared abdominal, con separación de componentes, revisión de la literatura y presentación de un caso**

*Carlos Luna, Ricardo Villarreal, Carlos Leal, Cristian Navarro*  
Clínica El Bosque, Universidad El Bosque  
Bogotá D.C., Colombia  
christdana@hotmail.com

**Introducción.** Los principios quirúrgicos se basan en restaurar la anatomía normal del cuerpo en un solo acto quirúrgico, sin embargo desde 1993 con el desarrollo de la cirugía de Damage control y el abdomen abierto mientras el paciente se recupera fisiológicamente, sin embargo esto ha llevado al aumento de hernias ventrales gigantes y la alteración de la funcionalidad de los pacientes. Por lo anterior se han desarrollado técnicas como el cierre secuencial de la pared abdominal empleando el sistema VAC y la Sutra progresiva de una malla inlay, con el fin de disminuir las repercusiones a largo plazo de una hernia ventral como son el aumento de los costos en el sistema de salud. Con esto nos permitimos presentar nuestra experiencia en cierre secuencial de la pared abdominal y una revisión de la literatura.

**Objetivo.** Determinar la seguridad y eficacia del cierre secuencial de la pared abdominal en pacientes con Damage control o cirugía abdominal de urgencia, mostrando nuestra experiencia quirúrgica.

**Material y método.** Se revisaron las bases de datos Pubmed y MDconsult, con los siguientes términos Mesh: dynamic abdominal closure, fascia traction, negative pressure therapy y ventral hernia, en los últimos 5 años, y se seleccionaron los estudios aleatorios controlados y revisiones de la literatura más significativas según el factor de impacto de la revista, mostrando nuestra experiencia.

**Resultados.** El abdomen abierto genera complicaciones como fistulas enterocutáneas y hernia ventral a largo plazo y el cierre secuencial de la fascia aumenta el éxito del cierre de la pared abdominal.

**Conclusión.** El cierre secuencial de la pared abdominal es más costo efectivo que el planeamiento de una hernia ventral.

#### 02-105

### **Tumores estromales del tracto gastrointestinal, reporte de casos**

*Juliana Mercedes Jaramillo, Daniel Orlando Delgado, Noelia Muñoz*  
Universidad del Cauca  
Cali, Colombia  
julianajaramillo@yahoo.es

**Introducción.** Los tumores GIST pertenecen a las neoplasias que se originan en las células mesenquimales, corresponden al 1-3 % de todos los tumores del tracto gastrointestinal, la localización más común es en estómago (50-60%), seguido de intestino delgado (30-35%), en menor frecuencia colon - recto (5%) y esófago (menos del 1%). Se identifica enfermedad metastásica en un tercio de los pacientes al momento del diagnóstico. El gold standard en el manejo es la resección quirúrgica.

**Objetivo.** El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia de tres instituciones en la ciudad de Popayán durante el período 2010-2014 en el manejo quirúrgico de tumores GIST.

**Material y método.** Se revisaron los protocolos de patología desde 2010 hasta 2014 con diagnóstico histopatológico de GIST. Se incluyeron en la revisión a los pacientes con diagnóstico de GIST, con CD117 positivo.

**Resultados.** Se identificó a un total de ocho pacientes, el rango de edad oscila entre los 41 y 78 años, con un promedio de 57 años, seis de los pacientes fueron hombres (75%) y dos mujeres (25%), en relación con su localización, el estómago fue el sitio más comprometido, presentándose en seis pacientes, seguido por el intestino delgado, en dos y no se documentaron tumores en otras localizaciones. Dos pacientes presentaron GIST de alto grado beneficiándose del manejo adyuvante con imatinib.

**Conclusión.** En el periodo de tiempo analizado, se documentaron 6 casos de GIST, siendo de predominio gástrico, los hallazgos encontrados son comparables con lo descrito en la literatura mundial.

#### 02-112

### **Melanoma maligno intestinal primario como causa de intususcepción intestinal en el paciente adulto. Presentación de un caso y revisión de la literatura**

*Jairo Hernán Ortega, Juan Carlos Arenas, Paola Arce*  
Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario, Hospital Universitario Mayor, Méderi  
Bogotá, Colombia  
doctormagic@hotmail.com; arenasr.juan@urosario.edu.co

**Introducción.** El melanoma maligno intestinal primario (MMIP) es una entidad muy rara e incluso diversos autores dudan de su existencia pues la gran mayoría de los casos se encuentran en relación con un tumor primario a nivel de piel, ojos, canal anal, pericardio o meninges.

Muchas son las teorías de su origen, sin embargo, la más aceptada está en relación con la presencia de células pluripotenciales melanoblásticas de la cresta neural que migran al tracto gastrointestinal a través del conducto onfalomesentérico y, en la vida adulta, pueden llegar a diferenciarse en melanocitos; de esa forma tendrían la capacidad de causar la enfermedad.

Su diagnóstico es generalmente tardío ya que la sintomatología es muy inespecífica presentándose, como en el caso expuesto, cursando con un cuadro de abdomen agudo quirúrgico. Está relacionado con pronóstico ominoso y su mejor manejo es el quirúrgico ya que terapias neo y/o adyuvantes no tienen relación con mayor sobrevida.

*Objetivo.* Reconocer al MMIP como causa, aunque rara, de intususcepción intestinal en el adulto y aprender sobre su enfoque y manejo.

*Materiales y métodos.* Reporte de un caso y revisión de la literatura.

*Resultados.* Hay en el mundo muchos casos reportados de metástasis intestinales de melanoma maligno con primario en piel, sin embargo escasean en la literatura informes sobre MMIP. Por lo general el diagnóstico estuvo en relación con obstrucción, sangrado, anemia o perforación intestinal y solo una pequeña proporción presentó intususcepción.

*Conclusión.* El MMIP es una entidad muy rara, y en muy pocas oportunidades se relaciona con intususcepción intestinal, sin embargo, debe ser tenido en cuenta en el diagnóstico diferencial del paciente adulto obstruido y se debe conocer sobre su enfoque, manejo y seguimiento.

## 02-121

### Rehabilitación intestinal con menos de 40 cm de yeyuno-íleon residual

Carlos Ernesto Guzmán, Álvaro Mena, Sergio Iván Hoyos, Sandra Milena Alzate, Carolina Echeverri  
Hospital Pablo Tobón Uribe  
Medellín, Colombia  
cguzman@hptu.org.co

*Introducción.* Desde 1950 el manejo del síndrome de intestino corto ha tenido un desarrollo progresivo en el mundo, favorecido por los avances en la nutrición parenteral total y enteral.

*Objetivo.* Reportar la evolución de nuestros primeros tres pacientes, con menos de 40 cm de yeyuno-íleon residual, en lograr un completo proceso de adaptación intestinal.

*Material y método.* Es un estudio descriptivo de la evolución de una paciente de 21 años, quien el 12 de noviembre de 2007 quedó solamente con 37cm de yeyuno-íleon; de un paciente de 47 años quien el 7 de febrero de 2012 quedó solamente con 40cms de yeyuno-íleon; y de una paciente de 54 años quien el 24 de diciembre de 2012 quedó solamente con 40cms de íleon; todos con el colon completo, y todos secundarios a tromboisis mesentérica masiva.

*Resultados.* Todos los pacientes fueron manejados inicialmente con nutrición parenteral total y dieta astringente, con reducción progresiva del aporte calórico parenteral hasta lograr un desmonte de ella cuando llegaba al 50 %, continuando solamente con suplementos enterales. La primera paciente requirió 3 meses de nutrición parenteral total, el segundo 4 meses, y los terceros 7 meses, permaneciendo todos, hasta la fecha, con una completa autonomía nutricional.

*Conclusión.* El permanecer estos pacientes con un índice de masa corporal adecuado a pesar de haber quedado con menos de 40cms de yeyuno-íleon, nos estimula para compartir con los demás cirujanos colombianos que las resecciones intestinales masivas por tromboisis mesentérica ya tienen posibilidad de manejo conservador, con resultados cada vez más satisfactorios.

## 02-122

### Peritonitis esclerosante encapsulante. Reporte de caso y revisión de la literatura

Kevin Fernando Montoya, Fermín Alonso Canal, Darío Fernando Perdomo, Jainer Muñoz, Paola Puerto  
Neiva (Huila), Colombia.  
Kefemoqu@gmail.com

*Introducción.* Rara condición clínica que afecta el peritoneo cuyo origen aún es desconocido. Característicamente forma una gruesa membrana fibrosa que encierra total o parcialmente el intestino, el hígado y el estómago. Por la manera como envuelve a las diferentes estructuras abdominales semeja un capullo; siendo la distribución de las asas en esta coraza y la formación de adherencias las causantes de la obstrucción intestinal.

*Objetivo.* Revisar un caso clínico y hacer una revisión de la literatura.

*Material y método.* Enfermedad catalogada como causa rara de obstrucción intestinal: la formación de cápsula y adherencias están presentes en el 60 % de los casos. Se clasifica etiológicamente en idiopática y secundaria. La diálisis peritoneal y la reacción adversa a Betabloqueadores explican la mayoría de los casos. Su asociación con diálisis peritoneal generalmente es fatal. El tratamiento sustitutivo peritoneal, el uso de soluciones hipertónicas para realizar la ultrafiltración y la presencia de peritonitis previas son las morbilidades asociadas. La mortalidad oscila en un 56 % y se asocia a complicaciones derivadas de la obstrucción intestinal: desnutrición y sepsis.

*Resultados.* Se presenta un caso clínico tratado y manejado en nuestra institución.

*Conclusión.* Aún con los tratamientos disponibles el pronóstico de esta enfermedad es pobre, la muerte por lo general ocurre dentro de los días, semanas o meses después de la intervención quirúrgica. La elevada mortalidad resulta del diagnóstico tardío y de las complicaciones inherentes a la enfermedad. El diagnóstico precoz, la diálisis con soluciones biocompatibles y la mejoría en la terapia inmunosupresora podrían mejorar a futuro el pronóstico de estos pacientes.

## 02-123

### Manejo médico de fistula del tubo gástrico luego de ascenso gástrico video asistido

Evelyn Dorado A., Andrés Romero, Mauricio Velásquez, Oscar Rojas, Pedro Argüello  
Cali, Colombia  
doradofamilia@gmail.com

*Introducción.* El manejo de la acalasia estadio III es la esofagectomía con ascenso gástrico, y la mínima invasión ha demostrado ser efectiva y menos mórbida para el paciente. Las fugas de la anastomosis

cervical o del tubo ascendido al tórax están descritas y su manejo es un desafío para los cirujanos.

*Objetivo.* Describir el manejo médico de fistula del tubo gástrico

*Material y método.* Paciente de 53 años con diagnóstico de acalasia estadio III, quien fue programado para esofagectomía con ascenso gástrico videoasistido. Se hizo repleción nutricional 10 días antes de la cirugía. Con el paciente en posición prono se practicó toracoscopia y disección del esófago dilatado y en decúbito supino se realizó preparación del tubo gástrico por laparoscopia; en el primer disparo de la sutura mecánica se pusieron grapas en la sonda nasoyeyunal, por lo que fue necesario hacer una incisión en la línea de las grapas para extraer la sonda y se suturó manualmente.

*Resultados.* El paciente salió de cirugía a la UCI, sin tubo orotraqueal, con sonda para alimentación entérica. Al séptimo día posoperatorio se observa salida de material purulento por el tubo a tórax derecho. Es llevado a toracoscopia donde se drena el empiema y se dejan dos tubos de drenaje. Durante el paso de una sonda nasoyeyunal por endoscopia se evidencia una disrupción de la línea de grapa del tubo gástrico. Se inicia nutrición mixta parenteral y entérica y se suplementa con 42g de proteína por la sonda nasoyeyunal. Disminuye la cantidad de líquido producido por los tubos, se realiza prueba de azul de metileno y es negativa y tránsito intestinal que también es negativo para fistula. Se inicia vía oral y al día 50 se da de alta.

*Conclusión.* El manejo médico de las fistulas con drenaje, nutrición mixta y aporte adicional de suplementos proteicos muestran una recuperación rápida y eficaz de una fistula que pudo representar muchos meses, infecciones nosocomiales y posible mortalidad.

## 02-126

### Estómago al revés. Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura

*Ricardo Villarreal, Felipe Bernal, Carlos Leal, Carlos Luna, Luis Felipe Cabrera*  
Clínica El Bosque, Universidad El Bosque  
Bogotá D.C., Colombia  
luis.felipe.cabrera@hotmail.com

*Introducción.* El estómago al revés, se considera como el tipo de hernia hiatal menos frecuente con una incidencia de menos del 5 %, caracterizado por migración del estómago o gran parte de este hacia el mediastino posterior, conformando una hernia gigante para esofágica y por desplazamiento (mixta) tipo 3, aunque algunos autores lo consideran una hernia hiatal tipo 4. Puede presentarse con dolor retroesternal, náuseas, emesis posprandial, sangrado mucoso por obstrucción venosa del estómago herniado y de forma mucho menos frecuente con obstrucción intestinal y abdomen agudo.

*Objetivo.* Revisar el manejo actual del estómago al revés basados en la presentación de un caso clínico de nuestra experiencia.

*Material y método.* Se revisaron las bases de datos Pubmed y MDconsult, con los siguientes términos Mesh: Upside Down Stomach, en los últimos 10 años, y se seleccionaron las series de casos y revisiones de la literatura más significativas según el factor de impacto de la revista.

*Resultados.* Debido a la baja incidencia no existen estudios que indiquen un manejo estándar y se presentan controversias en la colocación de mallas en el hiato.

*Conclusión.* El estómago al revés, es una patología médico quirúrgica poco frecuente, pero que debe ser tenida en cuenta como causa de obstrucción intestinal, abdomen agudo y dolor torácico atípico.

## COLON Y RECTO

### 02-002

#### Divertículo gigante de ciego, patología inusual a nivel mundial. Reporte de caso y revisión de la literatura

*Sergio Alejandro Álzate, David Ricardo Baquero, Liliana Fonseca*  
Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, Hospital Universitario Mayor, Méderi  
Bogotá, D.C., Colombia  
sergioalejandroalzate@hotmail.com

*Introducción.* La enfermedad diverticular es una patología común que ocurre entre el 5 % al 10 % de la población mayor de 45 años y aproximadamente el 80 % de los mayores de 85 años. Un divertículo colónico gigante es un evento poco frecuente y se define con un tamaño de 4 cm, con predominio en colon sigmoide.

*Objetivo.* Presentar caso clínico, diagnosticado y manejado en el Hospital Universitario Mayor Méderi, de enfermedad diverticular complicada con características de edad, tamaño y localización infrecuente, además realizar revisión de la literatura y plantear la incógnita sobre los cambios epidemiológicos de la enfermedad diverticular.

*Material y método.* Se presenta el caso de un paciente de 26 años, llevado apendicetomía por laparoscopia, donde se evidencia masa en colon ascendente asociada a plastrón: quien requiere hemicolectomía derecha por sospecha de tumor perforado de colon.

*Resultados.* Patología que reporta enfermedad diverticular complicada con colonias bacterianas en válvula ileocecal dos lesiones 4x4 cm y 3.5x3 cm de aspecto diverticular al corte.

*Conclusión.* En el caso expuesto, la clínica de enfermedad diverticular muestra una caracterización inusual de 1 a 2 % de los especímenes quirúrgicos en series europeas y americanas; en un contexto paciente joven con divertículo gigante de colon, con cuadro clínico sugestivo de apendicitis aguda, masa emplastrada asociada a adenomegalias, considerando como primera posibilidad neoplasia

maligna del ciego. Patología poco frecuente en colon ascendente que puede estar asociado a estreñimiento crónico, origen angiodisplásico o un efecto de válvula del colon ascendente que reporta la literatura en la generación de este tipo de divertículo.

### 02-005

#### Situs inversus y apendicitis. Reporte de un caso y revisión de la literatura

*Daniel Rodrigo Riaño, Edgar Germán Junca, Álvaro Cano*  
Universidad Nacional de Colombia  
Bogotá D.C., Colombia  
eldanipinto@gmail.com

*Introducción / Objetivo.* Se escribe este artículo a raíz de un caso de un paciente de 15 años con abdomen agudo por dolor en cuadrantes

inferiores, de predominio en fosa iliaca derecha e hipogastrio y antecedente de dextrocardia, en el cual sospechamos que presentaba *Situs Inversus*. Sin embargo, al encontramos en una institución donde no contábamos con ayuda radiológica ni posibilidad de uso de laparoscopia se llevó a Cirugía y encontramos apendicitis aguda del lado izquierdo (LSAA) por sus siglas en inglés.

**Material y Método.** Se decidió ante lo extraño de la patología realizar una búsqueda en la literatura indexada y no indexada, encontrando una descripción de tan sólo menos de 100 casos reportados.

**Resultados.** En la búsqueda en la literatura se encuentra un error diagnóstico del 45 % y lo que es más relevante un error incisional en un 37 % debido a lo poco frecuente de esta patología. Además de la relevancia de descartar comorbilidades, y el uso frecuente de TAC en el posoperatorio.

**Conclusión.** La LSAA es una patología muy rara, la cual el cirujano se encontrará una o dos veces en la vida. Sin embargo, con una clínica inusual por lo que debe estar familiarizado con la misma. Para evitar error diagnóstico e incisional, se considera no pertinente el uso de Tomografía y como estándar de oro la cirugía laparoscópica, para diagnóstico y tratamiento donde esté disponible.

## 02-006

### Vólvulo de colon sigmoides: manejo actual

Ricardo Villarreal, Dauris Johanna Ortega  
Universidad El Bosque  
Bogotá D.C., Colombia  
ortegacirugia@hotmail.com

**Introducción.** El vólvulo intestinal es una rotación axial del colon sobre su propio mesenterio, y que a su vez es causa de obstrucción intestinal. Su ubicación más frecuente es en el colon sigmoides por ser el segmento más móvil del tracto gastrointestinal. Hay factores de riesgo asociados como, el género, la dieta, habitar en áreas endémicas, entre otros.

La importancia del diagnóstico temprano radica en disminuir la morbimortalidad, evitando la progresión de la isquemia intestinal y sus complicaciones, por medio de escenarios terapéuticos, siendo el manejo quirúrgico el pilar del tratamiento, recomendado durante la hospitalización.

**Objetivo.** Realizar una revisión y actualización de la fisiopatología, el diagnóstico y tratamiento del vólvulo del colon sigmoide.

**Material y métodos.** Se presenta el video de una sigmoidectomía video-asistida en un paciente adulto mayor con clínica de obstrucción intestinal con evidencia radiográfica de vólvulo intestinal, es llevado a de volvolución endoscópica con éxito y posteriormente a manejo quirúrgico definitivo.

**Resultados.** El principio del manejo en el vólvulo intestinal es quirúrgico, que con técnicas mínimamente invasivas permiten realizar tanto una adecuada técnica, como brindar al paciente una mejor recuperación.

**Conclusión.** El vólvulo intestinal es una emergencia gastrointestinal que se debe diagnosticar tempranamente para suscitar un tratamiento adecuado disminuyendo así la morbimortalidad asociada, siendo el manejo quirúrgico el "goldstandard" de tratamiento, actualmente con abordajes menos invasivos que repercuten en una recuperación

más rápida, menos dolorosa y con una integración pronta a las actividades del paciente.

## 02-011

### Paciente con GIST en el apéndice. Presentación de caso clínico y revisión a la literatura

Ángela María Calle, Jhonny Alberto Sierra, Carlos Alberto López, Alejandra Ávila  
Clínica Universitaria Bolivariana  
Medellín, Colombia  
jhonny.sierra.marin@gmail.com

**Introducción.** El sarcoma del tracto gastro intestinal es una patología con baja frecuencia, en la literatura en inglés se han descrito 14 casos con compromiso del apéndice.

**Objetivo.** Describir las características clínicas y paraclínicas de una paciente con diagnóstico patológico de GIST localizado en el apéndice y realizar una revisión de la literatura sobre esta entidad.

**Materiales y métodos.** Se analizaron datos clínicos, imágenes diagnósticas, hallazgos quirúrgicos e histopatológicos, comparándolos con la literatura mundial disponible.

**Resultados.** Paciente femenino de 57 años, ingresa a urgencias con cuadro de 3 días de dolor abdominal tipo cólico en flanco y fosa iliaca derecha asociado a emesis. No antecedentes de cirugía, al examen físico en abdomen con signo de dunphy y blomberg presente, se programa para apendicetomía, se evidencia apéndice edematoso con lesión indurada en la base menor de 2 cm sin compromiso del mesoapendice o adenopatías adyacentes. La paciente es dada de alta 24 horas de la cirugía sin complicaciones, se realizan órdenes de estudios ambulatorios, con marcadores de inmuno - histoquímica positivos para GIST.

**Conclusiones.** Los GIST apendiculares son muy raros, se presentan con síntomas inespecíficos indiferenciables en ocasiones de la apendicitis aguda y generalmente es un hallazgo histopatológico. El tratamiento para la mayoría de los casos es la apendicetomía y en algunos casos la resección de tejido y órganos adyacentes o incluso la base del ciego puede ser necesaria para la eliminación completa del tumor y la reducción al mínimo del riesgo de recurrencia local.

## 02-016

### Barotrauma rectal por aire comprimido: resección anterior baja por vía laparoscópica de urgencias

Daniel Gómez, Pedro Villadiego, César Guevara, Camilo Bautista, Daniel Pérez  
Centro Policlínico del Olaya  
Bogotá, D.C, Colombia  
Vesalius0216@yahoo.com

**Introducción.** El trauma de colon y recto sigue siendo altamente prevalente en nuestro medio por lesiones personales asociadas a el uso de armas de fuego, objetos corto punzantes y accidentes automovilísticos; El hallazgo de una lesión colorectal por barotrauma es una entidad clínica inusual. La primera descripción de este caso fue hecha por Stone en 1904 registrando un desenlace fatal. Desde entonces pocos han sido los casos publicados en la literatura de estas raras lesiones.

**Objetivo.** A continuación presentamos un caso de lesión de recto intra y extraperitoneal por aire comprimido el cual se maneja con resección anterior baja por vía laparoscópica en un contexto clínico de urgencias.

**Material y método.** Varón de 45 años sin antecedentes de importancia, quien ingresa al servicio de urgencias por cuadro de dolor abdominal 2ª a contacto con columna de aire comprimido de la zona perineal durante escasos segundos al explotar tubería de gas en área laboral. En el examen físico de ingreso encontramos paciente algico, sin signos de respuesta inflamatoria, con abdomen agudo, y sin hallazgos destacables en la exploración ano rectal. En los paraclínicos de ingreso se encontró en el hemograma leucocitosis y neutrofilia, radiografía de tórax con importante neumoperitoneo. Ante la sospecha de lesión de víscera hueca se decidió llevar a laparoscopia diagnóstica de urgencias encontrando neumoperitoneo a tensión, perforación lineal de la cara anterior del recto medio de más o menos 5 cm con extensión por debajo de la reflexión peritoneal hacia el recto extraperitoneal y peritonitis de 4 cuadrantes, se procedió a realizar drenaje de la peritonitis por cuadrantes, resección anterior baja de recto por vía laparoscópica, se dejó un dren pélvico y colostomía terminal *in situ*.

**Resultados.** Se instauró manejo antibiótico con Ureidopenicilina en infusión, no se presentaron complicaciones transoperatorias, el paciente presentó una evolución post operatoria favorable iniciando tolerancia de la vía oral a las 48 horas, alta médica al séptimo día posoperatorio, continuara seguimiento en la consulta para planear cierre definitivo de la colostomía.

**Conclusión.** El barotrauma por aire comprimido es una de las raras etiologías de las lesiones colorectales de origen iatrogénico o accidental, como son: la colonoscopia (0.20 %) o los estudios con contraste baritado (0.10 %). En el caso presentado, la manipulación inadecuada de aire comprimido fue el mecanismo de trauma desencadenante de la lesión descrita; solo 14 artículos de revisión fueron encontrados describiendo esta entidad, ninguno de los cuales describe su manejo por vía laparoscópica lo cual sumado a lo inusual de la lesión lo convierte en un caso único en la literatura médica disponible.

## 02-019

### Tumor miofibroblástico inflamatorio de ciego

*Brenda Lamadrid, Hernando Coba, Sandra Galindo, Alix Portela, Mauro Garzón*  
Universidad de Cartagena, Hospital Universitario del Caribe  
Cartagena, Colombia  
blamadridm@gmail.com; natasha1798@hotmail.com

**Introducción.** La presencia de masas a nivel de cuadrante inferior derecho, suponen un reto diagnóstico, por el amplio espectro de posibilidades, que incluyen lesiones infecciosas, parasitarias, neoplasias, inflamatorias, entre otras.

**Objetivo.** Dar a conocer el caso de un paciente joven con cuadro de masa y dolor en cuadrante inferior del abdomen, con diagnóstico histológico de tumor miofibroblástico inflamatorio de ciego

**Material y método.** Estudio de la historia clínica, técnica quirúrgica, complicaciones y revisión de la literatura médica.

**Resultados.** Se presenta el caso de un paciente joven con cuadro de dolor y masa en cuadrante inferior derecho del abdomen de un mes

de evolución, además, agudización tres días previos al ingreso, con signos de respuesta inflamatoria e irritación peritoneal por lo que se lleva a cirugía, con hallazgo de tumoración a nivel de ciego, evoluciona con buena evolución posquirúrgica y diagnóstico histopatológico de tumor miofibroblástico inflamatorio.

**Conclusión.** El tumor miofibroblástico inflamatorio es una entidad rara, que se caracteriza por una proliferación fusocelular, que va desde lesiones reactivas, hasta neoplasias benignas. Los sitios más comunes de presentación incluyen pulmón, hígado y orbita, pero se han documentado en casi todos los sitios del cuerpo. La localización intraabdominal y visceral es muy infrecuente, en la mayoría de los casos el diagnóstico es histológico, donde la inmunohistoquímica juega un papel fundamental en la tipificación de la lesión. Aunque este tipo de tumores se consideran benignos, en algunos casos pueden presentar recidivas locales y metástasis a distancia, lo que hace que pensar en un comportamiento incierto.

## 02-020

### Tumor de apéndice: un diagnóstico diferencial de apendicitis

*Walter Puello, Asdrubal Miranda, Cesar Augusto Ortiz, Pedro Vides de la Cruz*  
Universidad de Cartagena, Hospital Universitario del Caribe  
Cartagena, Colombia  
walterpuello@yahoo.com.ar

**Introducción.** Neoplasias del apéndice son raras. Se encuentran en aproximadamente el 1 % de los especímenes de apendicectomía y cuenta para sólo alrededor de una media de 1% ciento de neoplasias intestinales. Los tumores carcinoides son los más comunes, que comprende más del 50 %.

**Objetivo.** Describir una patología poco frecuente pero potencialmente mortal y revisar la literatura científica.

**Materiales y métodos.** Se reporta caso de paciente femenina de 45 años de edad que consulta por cuadro de 3 días de dolor abdominal, de inicio en epigastrio, que luego se ubica en fosa iliaca derecha, asociado a náuseas, fiebre. Se evidencia durante acto operatorio presencia de gran masa apendicular. Se revisa literatura

**Resultados.** Paciente es llevado a cirugía con impresión clínica de apendicitis aguda, en cirugía se encontró gran masa apendicular. Se realiza hemicolectomía derecha más vaciamiento ganglionar. Con adecuada evolución posquirúrgica es dada de alta a los 8 días. La patología reporta neoplasia mucinosa del apéndice cecal, de potencial maligno incierto. Bordes de resección negativos. Ganglios aislados negativos.

**Conclusión.** Cáncer apéndice es raro. Los principales tipos histológicos son los carcinoides, adenocarcinomas, adenocarcinoides, cistoadenomas y cistadenocarcinomas. El espectro de tumores epiteliales del apéndice oscila entre los mucocel benigno a un adenocarcinoma agresivo. La resección quirúrgica debe ser realizada aunque tengan apariencia benigna. Apendicectomía simple, es suficiente para mucocel apendiculares benignos. La colectomía derecha está indicada para cistadenocarcinomas con afectación de órganos o mesentérica adyacente, mucocel complicados con afectación del íleon terminal o ciego, cistadenocarcinomas, y para los carcinoides de células calciformes.

02-034

### Neumatosis intestinal asociada a apendicitis aguda. Revisión de la literatura y presentación de un caso

Camilo Medina Suárez, Viviana Marcela Hidalgo  
Universidad del Rosario, Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario  
Bogotá, D.C., Colombia  
camilomedina83@hotmail.com

**Introducción.** La Neumatosis Intestinal (NI) definida como la presencia de aire en la pared del intestino es una condición cuya patogénesis permanece incierta involucrando un amplio espectro de causas. La asociación de apendicitis aguda con neumatosis intestinal es una forma rara de presentación clínica con sólo 3 casos reportados en la literatura. Nosotros presentamos un nuevo caso en un paciente de 78 años con dolor abdominal de 2 días de evolución al ingreso con irritación peritoneal y hallazgo radiológico de distensión de asas delgadas además de patrón de panal de abejas a quien se le realiza laparotomía exploratoria con hallazgos de peritonitis generalizada secundaria a apendicitis perforada y neumatosis que compromete la totalidad del intestino delgado con posterior desenlace fatal; concluyendo que la neumatosis es debida al proceso séptico abdominal. El diagnóstico temprano de la causa subyacente en la neumatosis intestinal es difícil requiriendo por condiciones clínicas desfavorables de manejo quirúrgico inmediato con fin diagnóstico y terapéutico.

**Objetivo.** El objetivo de este trabajo es revisar la literatura en las bases de Pubmed, Medline y Cochrane de neumatosis intestinal y apendicitis aguda, y a la vez reportar un caso de un hospital de Bogotá.

**Material y método.** Revisión de la literatura y reporte del cuarto caso de neumatosis intestinal y apendicitis aguda.

**Resultados.** La neumatosis intestinal es una patología relativamente infrecuente cuya sospecha imaginológica generalmente es confirmada durante el intraoperatorio y su tratamiento no está establecido a parte del manejo de la patología de base, con complicaciones y una alta mortalidad.

02-039

### Pileflebitis posapendicectomía mas drenaje de peritonitis localizada por laparoscopia. Reporte de caso clínico

José Luis Espinosa, Óscar Luis Padrón  
Fundación Universitaria Sanitas, Clínica Universitaria Colombia  
Bogotá D.C., Colombia  
cirugiacruz@gmail.com - hozezito@gmail.com

**Introducción.** La pileflebitis es una complicación de procesos sépticos intra-abdominales. Es la tromboflebitis séptica del sistema portal, es poca la literatura acerca de esta, su incidencia antes de 1950 era 0,4 %, pero es menor por avances en antibioticoterapia y cirugía. La mortalidad es 30-50 %. El diagnóstico es tardío por baja sospecha y hallazgos clínicos atípicos. Por lo que no hay estándares de atención y manejo claros para esta.

**Objetivo.** Describir caso clínico de patología infrecuente, que respondió a manejo conservador

**Material y método.** Paciente femenina de 33 años, en día 7 posapendicectomía más drenaje de peritonitis localizada laparoscópica, con 2 días de dolor abdominal en flanco y fosa iliaca derechos, fiebre e ictericia. Hemograma con leucocitosis/neutrofilia y función hepática alterada. TAC contrastado con trombosis de ramas segmentarias de la vena porta intrahepática derecha e izquierda, gas en la rama segmentaria posterior derecha, microabscesos hepáticos en segmento VII. Trombosis de la vena mesentérica superior.

Se inicia ampicilina-sulbactam y enoxaparina, presenta evolución tórpida con persistencia de respuesta inflamatoria y deterioro de la función hepática. Infectología escalona a piperacilina-tazobactam y se inicia Warfarina. Por persistencia de fiebre se cambia a meropenem por tiempo de 6 semanas.

**Resultados.** Paciente evoluciona adecuadamente, modula SIRS, mejoría de la función hepática. Alta, antibiótico domiciliario, continúa con Warfarina. Controles por Cirugía General

**Conclusión.** La pileflebitis es una complicación rara con alta mortalidad, debe ser considerada y se debe tener sospecha diagnóstica. Los pilares del tratamiento son; manejo antibiótico y anticoagulación plena aunque esta discutida. El manejo conservador debe ser la primera opción para el paciente.

02-042

### Endometrioma transmural de válvula ileocecal en una paciente de 49 años

Ricardo Andrés Torres, Alejandro Moreno  
Universidad de Antioquia  
Medellín, Colombia  
riandrestorres@hotmail.com

**Introducción.** La endometriosis puede afectar a cualquier mujer desde la menarquía hasta la posmenopausia, independiente de la raza y su estado reproductivo, afectando hasta un 15 % de mujeres en edad reproductiva, mostrando un compromiso intestinal solamente en 3 a 7 % de las mujeres afectadas por endometriosis y la zona menos comprometida es la válvula ileocecal.

**Material y método.** Se reporta el caso de un endometrioma transmural que comprometía la válvula ileocecal y se manifestó como obstrucción intestinal primaria en una mujer de 49 años.

**Resultados.** Con hallazgos clínicos y de imagen compatibles con obstrucción intestinal se realizó laparotomía mediana evidenciando masa estenosante en topografía cecal, con varias adenopatías de 0.5 a 1,5 centímetros de diámetro en mesocolon derecho e íleon distal, requiriendo hemicolectomía derecha sin complicaciones. El examen histológico evidenció endometriosis que involucraba la serosa y la muscularis propia de la válvula ileocecal midiendo 3 cm de longitud y 2 cm de diámetro con reacción inflamatoria adyacente generando obstrucción crítica de la luz intestinal.

**Conclusión.** La endometriosis intestinal a pesar de ser una entidad infrecuente y ser un reto diagnóstico para el cirujano, debe tenerse en cuenta en mujeres en edad fértil, ya que la identificación temprana de la patología puede evitar la morbimortalidad del tratamiento quirúrgico ante una complicación como la obstrucción intestinal manifestada por la paciente en este caso.

02-070

**Tratamiento médico de la apendicitis aguda: evidencia y ética a propósito de un caso**

*María Isabel Rizo, Anwar Medellín, Ricardo Nassar, Juan David Hernández*  
Fundación Santa Fe de Bogotá  
Bogotá, D.C., Colombia  
juandah@yahoo.com

*Introducción.* La apendicectomía ha sido desde el siglo XIX el tratamiento de la apendicitis aguda, basado en que la fisiopatología, progresa con obstrucción, isquemia y perforación, y el único tratamiento es remover el órgano. Se ha estudiado y propuesto la posibilidad de dar tratamiento médico como alternativa.

*Objetivo.* Presentar el manejo con antibióticos y vigilancia de una paciente con apendicitis aguda que rechazó la cirugía. Proponer una solución al dilema ético que representa un paciente que rechaza el tratamiento aceptado.

*Material y método.* Paciente de 87 años con cuadro de 18 horas de dolor abdominal difuso, que se localizó en cuadrante inferior derecho, náuseas e hiporexia. Paraclínicos mostraron leucocitosis y neutrofilia. Tomografía simple de abdomen mostró apendicitis aguda. La paciente rechazó la cirugía. TAC de control a las 24 horas confirmó el hallazgo.

*Resultados.* Se inició tratamiento antibiótico y seguimiento con cuadro hemático y proteína C reactiva. La paciente evolucionó hacia la mejoría, con desaparición del dolor, normalización del recuento de leucocitos y de la PCR. Se dio de alta a los cinco días con hospitalización en casa hasta completar 14 días de antibiótico. Tres meses después la paciente continúa asintomática.

*Conclusión.* El tratamiento con antibiótico, analgesia y vigilancia clínica ha sido propuesto como alternativa a la cirugía. Puede ser considerado en situaciones especiales, diferentes al plastrón apendicular. Su uso aún no es aceptado por la mayoría de los cirujanos. Un paciente que rechaza un tratamiento debe ser presentado con una alternativa aceptable y no abandonarlo a su suerte.

02-072

**Ameboma como causa de abdomen agudo quirúrgico. Reporte de un caso en el Hospital Universitario de Neiva**

*Luis Eduardo Sanabria, Fernando Bolaños, Diego Chilatra, Sebastián Gómez*  
Hospital Universitario de Neiva, Universidad Surcolombiana  
Neiva, Huila, Colombia  
lesanabriar@gmail

*Introducción.* Como parte del plan de desarrollo y la reducción de la inequidad se implementan políticas públicas orientadas al mejoramiento de las condiciones sanitarias. La amebiasis y sus complicaciones son secundarias a necesidades básicas insatisfechas. El ameboma se presenta como una masa intestinal con dolor y en los estudios imaginológicos se confunde con un carcinoma de colon o plastrón apendicular.

*Objetivo.* Reportar el ameboma como causa de complicación de la amebiasis en nuestro medio. Caso clínico en el Hospital Universitario de Neiva.

*Material y método.* Paciente de 76 años, 1.68 mt, 80 kg, 3 semanas de dolor abdominal en mesogastrio, posterior localización en fosa iliaca derecha, sensación de masa, diarrea con moco y sangre, fiebre, antecedentes de EPOC. Signos vitales normales, abdomen doloroso en fosa iliaca derecha, sensación de masa de 15x15 cm, leucocitosis, neutrofilia, ecografía reporta imagen compatible con proceso neoplásico. Con abdomen agudo se realiza laparotomía exploratoria, drenaje de absceso pericólico derecho tumoral, hemicolectomía derecha, ileotransversostomía, lavado peritoneal, empaquetamiento, laparostomía. Describen gran masa tumoral de aparente origen cecal que compromete todo el hemicolon derecho firme, adherencia tumoral a pared anterior y posterior que se extiende hasta fosa renal derecha. Manejo con ampicilina/sulbactam + metronidazol. Continua lavados, fistula intestinal, peritonitis, sepsis, sobreinfección bacteriana multiresistente y falla orgánica que requiere manejo interdisciplinario en UCI, evolución tórpida con mejoría.

*Resultados.* Estudio anatomopatológico: marcado proceso inflamatorio, ausencia de malignidad, ameboma de colon.

*Conclusión.* Se reporta un caso ameboma como causa de abdomen agudo quirúrgico y resección intestinal. En nuestro medio es una opción diagnóstica de las masas abdominales.

02-073

**Amebiasis como causa de apendicitis aguda complicada. Reporte de un caso en el Hospital Universitario de Neiva**

*Luis Eduardo Sanabria, Fernando Bolaños, Diego Chilatra, Sebastián F. Gómez*  
Hospital Universitario de Neiva, Universidad Surcolombiana  
Neiva, Huila, Colombia  
lesanabriar@gmail

*Introducción.* En los objetivos del milenio de la ONU se incluye reducir la pobreza extrema. El DANE determina los grupos que no que son clasificados como pobres. La amebiasis es frecuente en aquellos lugares con condiciones higiénicas precarias especialmente en disponibilidad de agua potable y el control sanitario. La amebiasis como causa de apendicitis no es frecuentemente reportada.

*Objetivo.* Reportar la amebiasis como causa de apendicitis en nuestro medio a partir de un caso clínico en el Hospital Universitario de Neiva.

*Material y método.* Paciente de 59 años, femenina, 160 cm y 65 kg, 8 días de dolor abdominal y constipación, manejada con enemas, consulta a primer nivel, persiste sintomatología y remiten. Apendicectomía hace 2 meses como apendicitis edematosa, sin complicaciones. Al examen taquicardia y polipneica, abdomen blando depresible, dolor en mesogastrio e hipogastrio irradiado a fosa iliaca derecha, leucocitosis con neutrofilia, TAC: colección retrovesical, se maneja empíricamente con metronidazol, ciprofloxacina, se realiza laparoscopia diagnóstica, laparotomía exploratoria, drenaje de absceso pélvico, sigmoidectomía y colostomía tipo Hartmann, requiere remodelación de colostomía, lavados y drenajes, cultivos: Klebsiella y Pseudomona resistentes, se adiciona Polimixina B y Amikacina, y recambios de terapia de presión subatmosférica, hasta su evolución satisfactoria.

*Resultados.* Estudio anatomopatológico: pared de apéndice cecal con infiltrado inflamatorio polimorfonuclear a nivel de

la mucosa. Se reconocen trofozoitos de *Entamoeba histolytica* a nivel de la luz y adherida al epitelio de la superficie. No se reconoce malignidad.

**Conclusión.** Se reporta un caso de amebiasis como causa de apendicitis con evolución tórpida y múltiples complicaciones. La amebiasis, en nuestro medio, es una opción diagnóstica en toda patología gastrointestinal.

## 02-082

### Uso del TAC abdominal simple para diagnóstico de la apendicitis aguda

*María Isabel Rizo, Manuel Cadena, Arturo Vergara, Anwar Medellín*  
Fundación Santa Fe de Bogotá  
Bogotá, D.C., Colombia  
nenamirg@hotmail.com

**Introducción.** La apendicitis aguda es uno de los diagnósticos más frecuentes en urgencias. Por el deseo de un diagnóstico oportuno y preciso se usan imágenes diagnósticas, disminuyendo el tiempo de observación clínica y evitando llevar a los pacientes a cirugías innecesarias. El TAC abdominal contrastado es el método diagnóstico más sensible y específico. En los últimos años se ha implementado el uso del TAC abdominal simple, por permitir un diagnóstico rápido, las ventajas de no requerir medio de contraste y la posibilidad de llevar al paciente a cirugía inmediata, mostrando ser un método efectivo para el diagnóstico de apendicitis.

**Objetivo.** Mostrar el uso del TAC abdominal simple para el diagnóstico de apendicitis en los pacientes adultos del servicio de urgencias de la fundación Santafé de Bogotá.

**Material y método.** Se revisaron 1000 pacientes llevados a apendicectomía en la Fundación Santa Fe de Bogotá entre Enero de 2012 y Diciembre 2013, a los cuales se les realizaron imágenes diagnósticas para apendicitis.

**Resultados.** Se encontraron 526 pacientes a los cuales se les realizó TAC de abdomen contrastado, con una sensibilidad del 95 %. Así mismo se encontraron 50 TAC de abdomen simple, con unos resultados similares. Se evidenciaron menos complicaciones y los pacientes pudieron ser llevados a cirugía más tempranamente.

**Conclusión.** La apendicitis aguda puede llegar a ser de difícil diagnóstico requiriendo estudios imaginológicos y el TAC simple ha mostrado ser un método diagnóstico rápido, efectivo y sin los efectos secundarios del medio de contraste.

## 02-103

### Lipoma en colon descendente, a propósito de un caso

*Julían Andrés Meza, Juliana Mercedes Jaramillo, Carlos Felipe Chau, Daniel Orlando Delgado, Roger Orlando Bonilla*  
Hospital Universitario San José  
Popayán, Colombia  
julianajaramillo@yahoo.es

**Introducción.** Los lipomas de colon, son tumores mesenquimales benignos que se originan en el tejido adiposo de la pared intestinal, fueron descritos por Bauer en 1757, pueden confundirse fácilmente con adenocarcinomas. Se presentan como lesiones únicas en el 90 %

de los casos, ocupan el segundo lugar entre las neoplasias benignas del colon.

**Objetivo.** Presentar el caso de un paciente con sospecha de adenocarcinoma de colon cuya patología reportó lipoma en colon descendente.

**Material y método.** Se presenta el caso de un paciente de 46 años, originario de la ciudad Popayán, sin antecedentes, consultó por cuadro de tres meses de dolor abdominal asociado a rectorragia y pérdida de peso, al examen físico con masa palpable en fosa iliaca izquierda, tacto rectal normal, colonoscopia total que reportó a 20 centímetros del margen anal lesión que obstruye la totalidad de la luz del colon.

**Resultados.** Se lleva a hemicolectomía izquierda laparoscópica con anastomosis colorectal, sin complicaciones posoperatorias y evolución clínica satisfactoria, reporte de patología compatible con lipoma en colon descendente.

**Conclusión.** Los lipomas colónicos son lesiones que se presentan con una mayor frecuencia en mujeres, su ubicación habitual es el colon derecho seguido del transverso, estas lesiones suelen ser asintomáticas, sin embargo dependiendo del tamaño puede presentarse sintomatología como rectorragia, dolor abdominal, alteración en el hábito intestinal, los lipomas de colon se pueden confundir con un adenocarcinoma a este nivel, debido a que las dos neoplasias pueden cursar con una clínica y anatomía macroscópicamente similar.

## 02-110

### Invaginación colo-colónica por lipoma en un paciente adulto

*Adriana Echavarría, Amy del Mar Piñeres, Carolina Salinas*  
Universidad Pontificia Bolivariana  
Medellín, Colombia  
adriecha@hotmail.com

**Introducción.** La invaginación intestinal es una causa poco frecuente de dolor

Abdominal en adultos. Ocurre en menos del 1 % de obstrucción intestinal. En adultos la mayoría de los casos son el resultado de una lesión neoplásica intestinal; la invaginación idiopática es extremadamente rara

**Objetivo.** Presentar el caso de una paciente con invaginación colo-colónica en el adulto y realizar una revisión del tema y la literatura acerca de esta entidad.

**Material y método.** Se describe el caso de una paciente de 56 años quien consulta por cuadro de más de 48 horas de evolución de dolor abdominal tipo cólico irradiado al resto de pared abdominal asociado a náuseas, no vómito no otros síntomas en el momento. El cuadro se presenta luego de inicio de preparación de colon para colonoscopia, se realiza TAC de abdomen donde se evidencia imagen en diana sugestiva de invaginación colo-colónica a nivel del ángulo esplénico del colon, por los hallazgos se decide llevar la paciente a cirugía.

**Resultados.** Se realiza transversectomía con anastomosis T-T, con una resección total de 8 - 10 cm de colon transverso por laparotomía infraumbilical, paciente con adecuada evolución posoperatoria, resultado de biopsia que evidencia pólipos colónicos e inflamación crónica sin malignidad.

**Conclusión.** La invaginación colo- colonica es una entidad rara en adulto, la cual en la mayoría de los casos requiere manejo quirúrgico, se presenta el caso de una invaginación en paciente adulto y revisión de la literatura.

02-128

### **Apendicitis aguda y absceso del psoas y fascitis del muslo**

*Víctor G Ramírez, William Sánchez M*

Hospital Militar Central, Universidad Militar Nueva Granada  
Bogotá, D.C., Colombia  
sanchez.william@cable.net.co

**Introducción.** La apendicitis aguda es el gran simulador abdominal, en el diagnóstico diferencial se puede considerar la gran mayoría de las patologías inflamatorias intraabdominales. Hay presentaciones clínicas poco usuales como es la afección retroperitoneal con absceso del psoas.

**Objetivo.** Presentamos un caso de apendicitis aguda de localización retroperitoneal que forma un absceso del psoas que predispone al desarrollo de una fascitis necrotizante del muslo y el glúteo ipsilateral.

**Descripción del caso:** Paciente de 78 años de edad con un mes de evolución de dolor en cadera derecha, 8/10 en escala análoga del dolor, irradiado a pierna, con limitación a la marcha y bipedestación, sin otros síntomas asociados. Al examen físico de ingreso se encuentra el paciente con leve dolor abdominal en FID, sin signos de irritación peritoneal, con limitación a la flexo-extensión del muslo sobre la cadera. por las características del cuadro se decide solicitar TAC abdominopélvico contrastado, en el que se evidenció absceso que compromete porción inferior del psoas y se extiende a glúteo medio con abundante gas en su interior y engrosamiento sobre área cecal, cursando además con SIRS, dado por taquicardia, leucocitosis (17.000) y aumento de la PCR (12), por lo cual se decide llevar a cirugía. Se realiza laparoscopia encontrando apendicitis retrocecal ascendente perforada con absceso del psoas conformando una caverna, se realiza la apendicectomía laparoscópica y posteriormente se evidencia edema subcutáneo con tumefacción de cara externa de muslo derecho y glúteo con crepitación por lo que se hace incisión amplia con necresectomía, fasciotomía hasta la rodilla y lavado quirúrgico. El cultivo informa *E Coli* multisensible y la patología apendicitis necrosada y fascitis necrotizante. Se maneja con Piperaciliza Tazobactam, apoyo de cuidados intensivos y múltiples lavados con uso de terapia VAC® con apósitos de plata. Evoluciona favorablemente y una vez controlado el proceso infeccioso se hace cierre combinado por parte de cirugía plástica dando de alta el paciente 40 días después de su ingreso.

**Conclusión.** La apendicitis aguda a pesar de que tiene por lo general un cuadro típico en su presentación, se puede manifestar clínicamente con múltiples variaciones. Aunque es excepcional la afección retroperitoneal con formación de absceso del psoas su diagnóstico se debe sospechar por exclusión e incluso hay que considerar que puede desencadenar una fascitis necrotizante ipsilateral.

## **VASCULAR**

02-031

### **Ruptura postraumática de aneurisma de arteria renal izquierda**

*Brenda Lamadrid, Maryuri Becerra, Asdrúbal Miranda, Mauro Garzón, Genys Gutiérrez,*

Universidad de Cartagena, Clínica Universitaria San Juan de Dios  
Cartagena, Colombia  
blamadridm@gmail.com, Maryuribecera@gmail.com

**Introducción.** Los aneurismas de la arteria renal representan el 1 % de todos los aneurismas, la mayoría de casos provienen de autopsias, por lo que se considera una patología rara, pero con el advenimiento de la angiografía su diagnóstico se incrementó en un 2.5 %. La causa principal en pacientes jóvenes es la displasia fibromuscular y en ancianos la aterosclerosis. En nuestra paciente se presenta una ruptura postraumática.

**Objetivo.** Presentar un caso de una mujer joven con ruptura de aneurisma de la arteria renal postraumático, el cual fue manejado quirúrgicamente de urgencias satisfactoriamente.

**Material y método.** Estudio de la historia clínica, técnica de extracción, complicaciones y revisión de la literatura médica.

**Resultados.** Se presenta el caso de una paciente femenina de 48 años, con dolor lumbar de inicio súbito, posterior a caída desde su propia altura, con uroanálisis que evidenciaba microhematuria, con posterior deterioro rápido de su estado hemodinámico, con TAC que evidencia de amputación de arteria renal en la entrada del hilio renal izquierdo y hemoperitoneo, por lo cual es llevada a laparotomía exploratoria, evidenciado lesión tangencial de la arteria renal izquierda a nivel parahiliar, que impidió su reparo, por lo que se realizó nefrectomía izquierda.

**Conclusión.** El aneurisma de la arteria renal es una patología rara y poco prevalente, pero con alta mortalidad, en caso de ruptura inadvertida. Describimos el caso de una paciente joven, con una ruptura traumática, la cual fue manejada quirúrgicamente de manera exitosa.

02-045

### **Manejo endovascular de isquemia crítica de miembro inferior**

*Ricardo Alonso Jurado, Gabriel Fernando Mejía, Mauricio Lozano*  
Unisanitas, Clínica Universitaria Colombia.

Bogotá, Colombia  
Ric\_jurado@hotmail.com

**Introducción.** La enfermedad arterial periférica y su estado avanzado de la enfermedad, tiene un amplio impacto en la calidad de vida de nuestros pacientes, el conocimiento de la clasificación, diagnóstico y nuevas opciones terapéuticas de la patología como un abordaje para disminuir la morbilidad asociada a la amputación del miembro.

**Objetivo.** Mostrar un caso clínico de manejo Endovascular de isquemia crítica en miembro inferior con un buen resultado, evitando la amputación como posibilidad de tratamiento.

**Material y método.** Paciente femenina 55 años, remitida de institución sin disponibilidad de cirujano vascular, por cuadro clínico de 3 días de dolor intenso en miembro inferior izquierdo progresivo, hasta el tercio proximal de pierna asociado a limitación funcional del mismo, motivo por el cual consulta. Ingresó con dolor, estable hemodinámicamente, anestesia en bota, cambios de coloración y ausencia de pulsos izquierdos, Angiotac de sitio de remisión evidencia oclusión de arteria femoral superficial y poplítea izquierda, con diagnóstico de isquemia crítica estadio IIB, se indica manejo Endovascular para salvamento de extremidad. Trombolisis intraarterial durante 24 horas, con control angiográfico posterior, recibe manejo integral de terapia física, sin complicaciones, se egresa 16 días después con férula y manejo por rehabilitación física.

**Resultados.** Dada la condición clínica de ingreso de la paciente y su estadio avanzado de la enfermedad se decidió realización de manejo endovascular de rescate de extremidad, con lesión neurológica, sin complicaciones infecciosas, actualmente en manejo por fisioterapia.

**Conclusión.** La terapia endovascular se ha convertido, en una pieza fundamental dentro del armamentario disponible para evitar la amputación de un miembro, que causa alta comorbilidad y disminución en la calidad de vida de los pacientes.

02-069

### Isquemia mesentérica aguda de origen venoso, manejo laparoscópico

*María Isabel Rizo, Anwar Medellín, Ricardo Nassar, Juan David Hernández*  
Fundación Santa Fe de Bogotá  
rnassarmd@gmail.com

**Introducción.** La isquemia intestinal es producida por obstrucción del flujo sanguíneo mesentérico, puede ser arterial o venoso, más frecuente en ancianos y representa hasta el 5 % de las muertes intrahospitalarias. La isquemia venosa aguda representa el 10 % de esta patología.

**Objetivo.** Presentar el manejo laparoscópico de una paciente con obstrucción intestinal por isquemia intestinal de origen venoso.

**Material y método.** Paciente de 94 años de edad con cuadro de 24 horas de dolor abdominal difuso, múltiples episodios eméticos y en cuncho de café, y ausencia de deposiciones. Paraclínicos mostraron leucocitosis y acidosis metabólica. Tomografía simple de abdomen con dilatación de asas delgadas, ingurgitación de vasos mesentéricos y líquido libre. Con diagnóstico de hernia interna Vs isquemia venosa, fue llevada a laparoscopia diagnóstica.

**Resultados.** En cirugía se encontró líquido hemático de sufrimiento de asas aproximadamente 300 cc con un segmento de 80 cm de fleón necrótico a aproximadamente 50 cm de la válvula ileocecal. Mediante el uso de un separador de Alexis (Applied Medical) y por una incisión de 6 cm, se practicó exteriorización del segmento descrito, resección intestinal y anastomosis latero-lateral. Ajustando el separador alrededor del trócar, se realizó lavado y revisión laparoscópica. Adecuada evolución posoperatoria. A las 48 horas, la segunda mirada laparoscópica mostró anastomosis intacta, sin isquemia residual.

**Conclusión.** La isquemia intestinal sigue una patología catastrófica, causa importante de consulta en urgencias que requiere diagnóstico y manejo oportunos. Ha aumentado su frecuencia por el envejecimiento de la población. Su manejo puede ser realizado con seguridad y eficacia por vía laparoscópica o asistida.

02-080

### Manejo multidisciplinario de la trombosis de arteria mesentérica superior, presentación de casos clínico

*Germán Andrés Santamaría G., Leonardo Herrera, César Jiménez, Juan Antonio Gaitán*  
Clínica del occidente, Clínica Universitaria Colombia, Fundación Universitaria Sanitas  
Bogotá D.C., Colombia  
german.santamaria@hotmail.com

**Introducción.** La isquemia mesentérica es una entidad con una mortalidad que en ocasiones es superior al 50 % a pesar de los avances en el manejo de la enfermedad vascular. Las causas van desde cardioembolia hasta la trombosis mesentérica venosa en pacientes con hipercoagulabilidad. La celeridad y prontitud en el diagnóstico y la revascularización mejoran notablemente el pronóstico del paciente.

**Objetivo.** Realizar una revisión de la literatura acerca del manejo actual de la trombosis arterial mesentérica y discutir la utilidad de las diferentes opciones terapéuticas para esta patología

**Material y método.** Paciente que ingresa a urgencias en marzo de 2014 por dolor abdominal, la tomografía sugiere proceso trombotico a nivel de arteria mesentérica superior, es pasada a laparotomía encontrando isquemia de 30 cm de yeyuno que requiere resección y anastomosis en segundo tiempo. Se realiza arteriografía que evidencia oclusión completa de la arteria mesentérica superior por lo que se lleva a tromboembolotomía, endarterectomía y parche venoso. Requiere reintervención por retrombolisis en el sitio del parche por lo que se retira, se realiza trombectomía y cierre de la arteriotomía.

**Resultados.** Se comprueba la adecuada viabilidad de las asas; la paciente evoluciona adecuadamente, se logra el cierre de pared abdominal, modula la respuesta inflamatoria y tolera la vía oral por lo que es dada de alta antes de cumplir las 4 semanas de su ingreso

**Conclusión.** La trombosis arterial mesentérica es una enfermedad que debe ser manejada de manera multidisciplinaria con el objetivo de restablecer y asegurar prontamente la perfusión y viabilidad del intestino.

02-081

### Pseudoaneurisma de la arteria humeral. Presentación de un caso

*Leonardo Herrera, Clara Briceño*  
Hospital San Blas.  
Bogotá, D.C., Colombia.  
cbricenom@unal.edu.co

**Introducción.** Las lesiones vasculares traumáticas, bien sean venosas o arteriales, continúan siendo un motivo frecuente en la consulta de urgencias del cirujano general. Falta de suspicacia para sospechar estas patologías, así como de conocimiento para diagnosticarlas y manejarlas con competencia, hacen que las complicaciones de

derivadas de estas lesiones lleguen incluso a comprometer la vida del paciente.

*Objetivo.* Se presenta el caso de un paciente con antecedente de herida por arma cortopunzante en el tercio ínfero-medial del brazo izquierdo que desarrolló un pseudoaneurisma de la arteria humeral. Se pretende mostrar la necesidad de que los médicos de los servicios de urgencias estén familiarizados y entrenados en el manejo inicial del trauma vascular. Así como propugnar por que los cirujanos generales aborden, de ser necesario, este tipo de lesiones, tratándolas adecuadamente.

*Material y método:* No aplica.

*Resultados.* Se realizó exploración quirúrgica, resección del pseudoaneurisma y reconstrucción de la arteria humeral utilizando un injerto autólogo de safena reversa. La evolución posoperatoria del paciente fue adecuada, con regresión de todos los signos y síntomas patológicos.

*Conclusión.* Un mayor tiempo de evolución en las lesiones vasculares se relaciona con una mayor dificultad técnica para la resolución del problema o complicación, así como con un peor pronóstico vital y funcional. El sistema de salud colombiano no favorece una intervención oportuna de los pacientes, como tampoco una remisión a un mayor nivel de complejidad cuando se requiere. Es por esta razón que debe tratar de darse el tratamiento definitivo que el paciente requiera cuando sea posible.

#### 02-084

##### **Aneurisma visceral arterial renal como hallazgo incidental en tomografía. Reporte de caso y revisión de la literatura**

*Adriana Echavarría, Walter Ángel, Marby Forero, Alejandro Gómez*  
Universidad Pontificia Bolivariana  
Medellín, Colombia  
adriecha@hotmail.com

*Introducción.* Los Aneurismas renales son una rara entidad, aunque pueden presentarse en hasta el 42 % de los pacientes con HTA secundaria, el riesgo de ruptura de estos aumenta cuando estos son mayores de 2 cm, la mayoría de estos son extraparenquimatosos y se detectan generalmente como hallazgos incidentales.

*Objetivo.* Presentar el caso de una paciente con aneurisma de arteria renal y realizar una revisión de la literatura acerca de esta entidad.

*Material y método.* Paciente femenina de 42 años, quien desea quedar en embarazo por lo que se realiza estudios de control, sin hipertensión, dolor abdominal esporádico, en TAC toracoabdominal de estudio preconcepcional, con hallazgo de aneurisma de la arteria renal izquierda de 2 x 3 cm por lo que consulta.

*Resultados.* Se realiza resección de pared anterior del aneurisma y plastia a través de incisión subcostal izquierda, paciente con adecuada evolución en su posoperatorio.

*Conclusión.* Los aneurismas viscerales renales, son entidades raras, aunque su incidencia se ha visto aumentada más recientemente por el mayor uso de la TAC contrastada en el estudio de diferentes entidades. Hay alto riesgo de ruptura cuando son mayores de 2 cm

y su riesgo aumenta aún más en el periodo gestacional, por lo que en estos casos requieren intervención según sus características por intervencionismo o cirugía abierta.

#### 02-084 A

##### **Pseudoaneurisma visceral arterial esplénico como hallazgo incidental en tomografía. Reporte de caso y revisión de la literatura**

*Adriana Echavarría, Walter Ángel, Marby Forero, Alejandro Gómez*  
Universidad Pontificia Bolivariana  
Medellín, Colombia  
adriecha@hotmail.com

*Introducción.* Los aneurismas y pseudoaneurismas arteriales viscerales son condiciones raras, secundarias la mayoría de las ocasiones a degeneración de las arterias, la ruptura ocurre en cerca del 25 % de los casos siendo más común en los aneurismas arteriales hepáticos (80 %) que en los esplénicos donde la ruptura ocurre en aproximadamente el 20 % de los casos

*Objetivo.* Presentar el caso de una paciente con pseudoaneurisma de arteria esplénica y realizar una revisión de la literatura acerca de esta entidad

*Material y método.* Se trata de una mujer de 36 años, múltipara, con diagnóstico de enfermedad de Still de comienzo en el adulto, en manejo inicial con esteroides y posteriormente con aziatropina, consulta al servicio de urgencias por dolor, edema y limitación funcional en rodilla derecha reactantes de fase aguda en ascenso, evolución tórpida con sintomatología no compatible con su enfermedad de base, por lo que reumatología ordena TAC toracoabdominal para descartar otras causas de su cuadro clínico, con hallazgo de pseudoaneurisma de arteria esplénica de 12 mm a nivel del hilio esplénico.

*Resultados.* Se realiza arteriografía + embolización con Coils de pseudoaneurisma, obteniéndose exclusión completa de la lesión con conservación del 80 % de la perfusión del bazo, se da de alta a la paciente sin complicaciones.

*Conclusión.* Los aneurismas y pseudoaneurismas arteriales viscerales esplénicos, son entidades raras, aunque su incidencia se ha visto aumentada más recientemente por el mayor uso de la TAC contrastada en el estudio de diferentes entidades.

#### 02-098

##### **Pseudoaneurisma de la arteria mesentérica superior, tres años después de cirugía bariátrica**

*Camilo Espinel, Juan Guillermo Barrera, Andrea Sanabria*  
Fundación Cardiovascular de Colombia  
Bucaramanga, Colombia  
espino@yahoo.com; drjuangbarrera@yahoo.com

*Introducción.* Las complicaciones vasculares relacionadas con la instrumentación laparoscópica durante la cirugía bariátrica son infrecuentes pero potencialmente mortales.

*Objetivo.* Reportar un caso de pseudoaneurisma roto de la arteria mesentérica superior como complicación tardía de cirugía bariátrica.

**Material y método.** Revisión de la historia clínica física y electrónica de la fundación cardiovascular de Colombia.

**Resultados.** Mujer de 53 años con antecedente de cirugía bariátrica hace 3 años, ingresa remitida en agosto de 2013 por dolor abdominal agudo, anemia y diagnóstico ecográfico de aneurisma de aorta abdominal roto. Se realiza angiografía que muestra imagen sospechosa de pseudoaneurisma de la arteria mesentérica superior con hematoma retroperitoneal y hemoperitoneo masivo. La arteriografía de vasos viscerales confirma pseudoaneurisma roto en rama de la arteria mesentérica superior. Se realiza embolización selectiva con coils bajo visión fluoroscópica con posterior laparotomía exploratoria encontrando trombo a nivel del meso cerca de la anastomosis en "y" de cirugía bariátrica previa con identificación de la zona del pseudoaneurisma trombosado sin sangrado activo. Requiere drenaje de hemoperitoneo y politransfusiones dejando abdomen abierto por 48 horas. Hospitalización sin complicaciones. Egresada a los 7 días. En seguimiento a 9 meses permanece asintomática.

**Conclusión.** Los pseudoaneurismas de la arteria mesentérica superior que se rompen a cavidad abdominal son complicaciones tardías raras de la cirugía bariátrica, que debe considerarse como diagnóstico diferencial en pacientes con este antecedente, debido al alto riesgo de mortalidad. En esta paciente el tratamiento mediante embolización con coils fue exitoso.

02-099

### Quiste subadventicio de arteria femoral y poplítea, presentación de casos

*Santiago Huertas, Jaime Caballero, Alberto Muñoz*  
Hospital universitario fundación Santa Fe de Bogotá, Clínica Vasculard de Bogotá,  
Universidad nacional de Colombia  
Bogotá, D.C., Colombia  
shuertasta@gmail.com

**Objetivos.** La enfermedad quística adventicial fue descrita en 1947 por Atkins originada en la arteria iliaca externa izquierda. Desde entonces se han informado cerca de 380 casos en la literatura mundial. La arteria poplítea es afectada en el 85 % de los casos pero se han descrito en otras localizaciones incluyendo venas.

**Material y métodos.** Se reportan dos casos de quiste subadventicio, uno localizado en la arteria femoral y otro localizado en la arteria poplítea.

#### Resultados

Caso 1. Mujer de 50 años de edad con claudicación severamente incapacitante. El dúplex scan arterial demostró lesión obstructiva con imagen sugestiva de un aneurisma y estenosis a nivel de arteria femoral confirmada con arteriografía. En cirugía se encuentra dilatación arterial sugestiva de un aneurisma y al incidirla drena líquido sinovial. Se practica resección arterial y reconstrucción con prótesis de dacrón de 6 mm. La paciente evoluciona satisfactoriamente cediendo completamente sus síntomas y actualmente con vida normal.

Caso 2:

Hombre de 66 años con claudicación intermitente de miembro inferior derecho a los 200 metros. El dúplex scan arterial, angiogramografía, y arteriografía sugieren el diagnóstico de quiste

subadventicio de arteria poplítea derecha. Durante la exploración quirúrgica se confirma el diagnóstico y se practica resección arterial y reconstrucción con puente de vena safena invertida. Su evolución posoperatoria cursa sin incidentes.

**Conclusión.** La enfermedad quística adventicial se debe considerar como diagnóstico diferencial en pacientes con claudicación de miembros inferiores. Existen diferentes modalidades terapéuticas, prefiriendo nosotros la resección e interposición de injerto.

02-114

### Síndrome de hipoplasia aorto-iliaca, enfoque multidisciplinario y discusión de caso

*Jaime Gómez, Jorge Andrés Azuero, Iván Darío Martín*  
Universidad Nacional de Colombia, Hospital Universitario de la Samaritana E.S.E  
Bogotá, D.C., Colombia  
jorgeandresazueroescallon@gmail.com

**Introducción.** El síndrome de hipoplasia aorto-iliaca o síndrome de aorta pequeña es una patología poco frecuente que genera compromiso aterosclerótico sistémico dada su importante afectación hemodinámica, cuyo diagnóstico y manejo ha sido controversial a lo largo del tiempo. Y debe realizarse un manejo y estudio multidisciplinario para garantizar una adecuada relación riesgo beneficio.

**Objetivo.** Presentar un caso clínico de una patología poco frecuente como lo es el síndrome de hipoplasia aorto-iliaca y discutir las opciones terapéuticas junto con las indicaciones quirúrgicas. En este caso particular se trata de una mujer de 33 años con síndrome de hipoplasia aorto-iliaca que por su importante compromiso hemodinámico y alto riesgo cerebrovascular no fue candidata a manejo quirúrgico.

**Material y método.** Exposición de caso clínico con imágenes diagnósticas, estudios hemodinámicos no invasivos y contextualización del mismo mediante revisión de la literatura.

**Resultados.** El estudio y manejo de los pacientes con síndrome de hipoplasia aorto-iliaca requiere de la valoración de un equipo multidisciplinario que debe evaluar el riesgo beneficio de cualquier intervención dado el importante compromiso hemodinámico derivado de esta patología. En este caso se optó por continuar con el manejo médico.

**Conclusión.** El síndrome de hipoplasia aorto-iliaca es una patología poco frecuente donde se debe evaluar con gran certeza por parte de un equipo multidisciplinario el riesgo beneficio de cualquier intervención a realizar.

## MAMA Y TEJIDOS BLANDOS

02-130

### Manejo de tumor *phylloides*, experiencia institucional

*Carlos Manuel Zapata, Jorge Andrés Castro, Jorge Andrés Azuero, Iván Darío Martín*  
Hospital Universitario la Samaritana  
Bogotá, D.C., Colombia  
andr\_castro@hotmail.com

**Introducción.** El tumor *Phyllodes* representa alrededor del 0,5% de todos los tumores de mama. Es una lesión con componente estromal y epitelial, en la cual su comportamiento varía dependiendo de su grado de malignidad, llegando incluso a causar metástasis.

**Objetivo.** Documentar la experiencia de nuestra institución en el manejo de tumor *Phyllodes*.

**Material y método.** Estudio retrospectivo tipo serie de casos, se revisaron las historias clínicas de las pacientes en quienes se diagnosticó tumor *Phyllodes* en el periodo comprendido desde el año 2009 hasta el 2014 para caracterizar datos demográficos, el manejo recibido y la histopatología. Se realizó seguimiento para establecer presencia de recidiva.

**Resultados.** Se manejaron 10 casos de tumor *Phyllodes*, la edad promedio fue 43,2 años (34-58), 5 lesiones fueron derechas. La biopsia inicial mostró tumor estromal o fibroadenoma en 5 pacientes. En 7 casos el manejo quirúrgico fue la resección de masa con márgenes y en 3 casos se realizó mastectomía simple. El análisis de las piezas quirúrgicas reveló que el grado más común fue el bajo con 7 pacientes, seguido del alto con 2 y el intermedio con 1. El peso promedio fue de 623,4g (20 – 2100) y el tamaño de 11.6x9.6x8.6 cm (2x1x1 cm – 20x20x20 cm). Al momento del seguimiento no se han presentado recidivas.

**Conclusión:** En concordancia con la literatura, el tumor *phyllodes* es una patología poco frecuente, en general con un curso poco agresivo, lo que determina la baja tasa de recidiva local y metástasis pulmonar, que en nuestra experiencia fue nula.

## TRAUMA E INFECCIONES

### 02-036

#### **Manejo del trauma penetrante cardiaco por toracoscopia: experiencia en el Hospital Universitario de Santander.**

*Jaime Fernando Barajas, Andrés Guillermo Barco, Laura Juliana Delgado*

Clínica Guane, Floridablanca, Santander; Hospital Universitario de Santander  
Bucaramanga, Santander

**Introducción.** El trauma cardiaco penetrante es una lesión potencialmente letal cuya mortalidad oscila entre 80 a 90 % y es atribuida principalmente al taponamiento cardiaco y hemorragia exanguinante. El diagnóstico clínico se apoya en dos métodos de evaluación: el *Focused Assessment with Sonography for Trauma* y la ventana pericárdica subxifoidea o torascópica; siendo la toracotomía el procedimiento de elección para el manejo de estos pacientes; sin embargo, a continuación reportamos dos casos de rafia cardiaca por torascópica en pacientes con herida por arma corto-punzante (HACP) en el Hospital Universitario de Santander (HUS).

**Objetivo.** Descripción de manejo del trauma cardiaco penetrante por torascópica. Reporte de dos casos.

**Materiales y Métodos.** Los datos se recopilaron de la historia clínica sistematizada de la institución y las imágenes fueron capturadas durante la realización del procedimiento.

**Resultados.** Se reportan dos casos de HACP en región precordial con hemoneumotórax izquierdo (caso 1 y 2) y hematoma subpulmonar

(caso 2), estables hemodinámicamente, en los cuales se realiza ventana pericárdica torascópica identificando herida cardiaca penetrante en ventrículo derecho (en ambos), manejadas por esta vía. Los procedimientos fueron exitosos, sin complicaciones y con evolución clínica satisfactoria de los dos pacientes.

**Conclusión.** En estos casos, la vía torascópica fue una herramienta útil y adecuada tanto en el diagnóstico como en el manejo de las heridas cardiacas penetrantes, teniendo en cuenta la estabilidad de los pacientes, las características de la lesión y el entrenamiento del cirujano. Es importante resaltar el gran beneficio que obtuvieron ambos pacientes con el uso de este procedimiento mínimamente invasivo.

### 02-037

#### **Manejo conservador de trauma rectal, reporte de un caso**

*Juliana Gómez, Sebastián Camilo Monsalve, Joel Fawiany Arévalo, Herman René Cruz*

Universidad de Antioquia  
Medellín, Colombia  
juligomez1985@gmail.com, seboxmonsalve@gmail.com

**Introducción.** Las lesiones rectales son infrecuentes, sin embargo, con los años se ha establecido el manejo quirúrgico como primera línea de tratamiento. A continuación realizamos el reporte de un caso de un hombre de 39 años, a quien se le ofrece manejo conservador de una trauma rectal, con excelentes resultados.

**Objetivo.** Presentar el caso clínico de un paciente masculino de 39 años, a quien se le ofrece manejo conservador de un trauma rectal y su posterior desenlace.

**Material y método.** Se realizó la revisión y el resumen de la historia clínica del caso mencionado. Además, se hizo revisión de la literatura y discusión del tema.

**Caso clínico y resultados.** Hombre de 39 años, quien sufre trauma penetrante rectal (Estaca de madera), sin signos clínicos de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) o irritación peritoneal, pero con tomografía de abdomen contrastada (TAC) y Colonoscopia con evidencia de lesión a 10 cm del reborde anal y posible trayecto fistuloso a piel. Ante hallazgos imaginológicos, a pesar de la estabilidad clínica, se le realiza al paciente Anoscopia bajo anestesia general, encontrando lesión ya cerrada. Se continúa manejo conservador y se da alta 2 días después sin complicaciones

**Conclusión.** El manejo quirúrgico, ya sea con reparación primaria o con ostomía de protección ha sido gold estándar para los pacientes con Trauma Rectal, sin embargo, podría considerarse el manejo conservador en aquellos pacientes con lesiones extraperitoneales de bajo grado, sin evidencia imaginológica de absceso.

### 02-038

#### **Fascitis necrotizante de pared abdominal. Reporte de caso**

*Diana Paola Tunjano, Wilmar Martín Montero*  
Fundación Universitaria Sanitas, Clínica Universitaria Colombia  
Bogotá D.C., Colombia  
cirugiatic@gmail.com

**Introducción.** La fascitis necrotizante es una infección rápidamente progresiva de la piel y los tejidos blandos que suele asociarse a importante toxicidad sistémica. Su incidencia ha incrementado en los últimos años. Supone la forma más grave de sepsis de tejidos blandos, debido a la rápida progresión y al desarrollo, de *shock* y falla multiorgánica. El diagnóstico es clínico y en los casos de alta sospecha no debe retrasarse la exploración quirúrgica, ya que su pronóstico depende en gran medida de un diagnóstico precoz y de un tratamiento agresivo inmediato.

**Objetivo.** Describir patología de alta mortalidad con desenlace favorable

**Material y método.** Paciente femenina de 59 años, quien ingresa por cuadro clínico de 8 días de evolución de eritema, calor rubor e induración en pared abdominal de hemiabdomen derecho, asociado a astenia adinamia, fiebre no cuantificada. Paciente en malas condiciones generales hipotensa, taquicardia, con rubor calor, induración, flictenas y crepitación. Paraclínicos de ingreso con leucocitosis y falla renal aguda. Requiere manejo por cuidado intensivo además de múltiples lavados y desbridamientos, antibiótico terapia, y posterior reconstrucción por cirugía plástica.

**Resultados.** El manejo quirúrgico precoz de la paciente así como un proceso multidisciplinario con infectología unidad de cuidado intensivo y cirugía plástica demostró un resultado efectivo en el manejo de la fascitis necrotizante en esta paciente.

**Conclusión.** La Fascitis Necrotizante es una patología de creciente incidencia asociada a importante morbimortalidad, por su curso rápido y destrucción tisular, asociada a la aparición de shock séptico. Es importante la sospecha clínica precoz y un inicio rápido de las medidas terapéuticas adecuadas.

## 02-041

### Hernia cardíaca en trauma contuso torácico: diagnóstico y manejo

Juan Pablo Hoyos, Juan David Wolff, Liliana Cuevas, Carlos Hernando Morales  
Universidad de Antioquia  
hoyosburgos@yahoo.es  
Envigado, Antioquia, Colombia

**Introducción.** La ruptura del pericardio por trauma torácico contuso es rara, y se estima que ocurre entre el 0.4 y el 3 % de los casos. Su principal complicación es la herniación cardíaca, cuya mortalidad puede ser hasta del 75 %, debido a su difícil diagnóstico. La mayoría de casos se diagnostican durante las necropsias o por exploración urgente del tórax debido a otras lesiones asociadas.

**Objetivo.** Describir el caso de un paciente con hernia cardíaca debido a trauma cerrado del tórax, su diagnóstico y tratamiento ofrecido.

**Material y método.** Se presenta el caso de un paciente en quien, tras sufrir trauma contuso de tórax de alta energía, se documenta por angiotomografía una hernia cardíaca por ruptura pericárdica.

**Resultados.** Se realiza toracoscopia diagnóstica izquierda, documentando un desgarramiento lineal del pericardio en su aspecto anterolateral, con el labio inferior del defecto justo por encima del nervio frénico, y extendiéndose desde la inserción diafragmática hasta la salida de los grandes vasos. Se decide dejar el pericardio abierto y se inserta una sonda a tórax.

Posterior a ello, con evolución satisfactoria, se retira el drenaje torácico dos días después y se da de alta.

**Conclusión.** La hernia cardíaca por trauma contuso es una condición infrecuente, pero que se asocia a una mortalidad alta. Se requiere tener una alta sospecha clínica para poder diagnosticarla, y el tratamiento se define según el tamaño del defecto pericárdico, su localización y si tiene impacto hemodinámico.

## 02-043

### Fístula toracobiliar traumática

César Augusto Ortiz, Alix Milena Pórtela, Edgard Gutiérrez, Jaime Hernández  
Universidad de Cartagena  
Cartagena, Colombia  
cortizg2@unicartagena.edu.co

**Introducción.** La fístula toracobiliar traumática es una entidad infrecuente pero grave, como complicación tardía de traumatismos toracoabdominales con lesión hepática y de diafragma, que da lugar a la fuga de bilis a la cavidad pleural. El diagnóstico y manejo temprano reduce la morbimortalidad. Las opciones terapéuticas no quirúrgicas deben agotarse antes de recurrir a la cirugía.

**Objetivo.** Reporte de casos.

**Material y método.** Se presentan dos casos de pacientes con traumatismo toracoabdominal por proyectil de arma de fuego que causaron hemotórax derecho, lesión diafragmática y hepática. En ambos casos, en el séptimo día postoperatorio se evidencia drenaje bilioso por el tubo de tórax. La determinación de bilirrubinas en líquido pleural confirmó el diagnóstico de bilitórax por fístula toracobiliar.

**Resultados.** Un caso se manejó conservadoramente con tubo de tórax y antibioticoterapia, con drenaje biliar de cero el día catorce del postoperatorio. Un segundo caso fue manejado inicialmente con toracostomía cerrada. Por persistencia de un elevado drenaje biliar se realizó una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, identificando la fístula toracobiliar. Se practicó esfinterotomía y colocación de stent biliar. Posteriormente el paciente desarrolla sepsis severa y falla respiratoria, motivando a toracotomía con decorticación pulmonar. Evolución satisfactoria en los dos casos.

**Conclusión.** No hay consenso sobre el tratamiento de la fístula toracobiliar traumática. Se sugiere un manejo conservador mediante toracostomía cerrada y antibioticoterapia. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica confirma el diagnóstico, proporcionando una delimitación anatómica de la lesión, y puede acelerar su resolución mediante esfinterotomía y/o la colocación de *stent*. El manejo quirúrgico temprano se realiza cuando el manejo conservador ha fallado.

## 02-048

### Manejo por video-toracoscopia del empalme de la cavidad torácica

Paola Andrea Cifuentes, Elberto Esteban Olman, Carlos Andrés Carvajal  
Hospital Santa Clara  
Bogotá, Colombia  
paolacigr@gmail.com

**Introducción.** El estándar mundialmente aceptado para manejar el empalamiento torácico ha sido la toracotomía, sin embargo; la video-toracoscopia presenta ventajas en el manejo del trauma torácico penetrante, con los beneficios del acceso mínimamente invasivo (menor dolor posoperatorio, menor tiempo de recuperación). Este procedimiento va ganando adeptos alrededor del mundo gracias al desarrollo en la última década, siendo tanto diagnóstico como terapéutico.

**Objetivo.** Presentar el manejo por toracoscopia del empalamiento torácico por cuchillo, realizando retiro del cuerpo extraño bajo visión directa, diagnosticando y manejando lesiones asociadas.

**Material y método.** Presentación del caso de un paciente de 19 años sin comorbilidades asociadas quien ingresa con herida por arma cortopunzante en región torácica posterior paravertebral derecha; radiografía de tórax con evidencia de empalamiento del tórax por cuchillo.

**Resultados.** Se realizó video-toracoscopia encontrando empalamiento de la cavidad torácica por cuchillo de 7 cm de longitud con laceración del parénquima pulmonar asociado a sangrado. Se extrajo cuchillo bajo visión directa sin complicaciones.

**Discusión y conclusión.** El trauma torácico es el causante del 25 % de muertes por trauma. El estándar mundialmente aceptado para el manejo del empalamiento torácico ha sido la toracotomía, sin embargo; se ha visto que la video-toracoscopia presenta ventajas (utilidad diagnóstica y terapéutica) y beneficios del acceso mínimamente invasivo (menor dolor posoperatorio y menor tiempo de recuperación). La toracoscopia presenta ventajas claras frente al diagnóstico de lesiones vasculares, esofágicas, parénquima pulmonar, entre otros; por lo cual se considera una opción viable y segura en el manejo del empalamiento torácico disminuyendo la morbi-mortalidad.

#### 02-054

### Trauma cerrado de carótida; presentación de un caso, aproximación diagnóstica y terapéutica de una patología letal

Alberto Muñoz, Iván Darío Martín  
Universidad Nacional de Colombia  
Bogotá D. C., Colombia  
albertomunozmd@gmail.com

**Introducción.** Históricamente el trauma cerrado de carótida (TCC) ha sido considerado una lesión rara; sin embargo una mirada reciente lo posiciona como una entidad poco frecuente pero sobre todo marcadamente subdiagnosticada, No obstante la correcta aproximación a esta entidad es crucial ya que sus consecuencias son devastadoras al tiempo que existe tratamiento efectivo para muchas formas del trauma cerrado de carótida.

**Objetivo.** El ánimo de esta comunicación es generar la sospecha clínica y orientar el abordaje inicial de esta entidad, especialmente en el escenario de pacientes con trauma severo, alteraciones neurológicas y tomografía cerebral normal.

**Material y método.** Presentamos el caso de una paciente femenina de 15 años, sin historia médica previa relevante, que ingresa al servicio de urgencias de un hospital de cuarto nivel en Bogotá, tras 18 horas de sufrir trauma contundente en hemicuello y cara derechos en medio de práctica deportiva en quien se documenta

un hematoma intramural de carótida común hasta la bifurcación, con íntima traumatizada en la región proximal y una estenosis por compresión extrínseca, las manifestaciones clínicas del caso, así como los hallazgos imaginológicos, la aproximación terapéutica y el seguimiento del caso durante varios meses, se presentan y discuten a la luz de la literatura relevante encontrada en las bases de datos MEDLINE y SciELO.

**Resultados.** N-a.

**Conclusión.** El trauma cerrado de carótida es una lesión con importancia cada vez mayor en el contexto del paciente politraumatizado, el conocimiento de sus manifestaciones clínicas y el abordaje inicial es esencial para la práctica del cirujano general.

#### 02-062

### Experiencia del manejo quirúrgico en trauma costal

Oscar Javier Barrera, Ivonne Johanna Ortiz, Lord Larry Posada, Alejandro Marín  
Universidad de Antioquia  
Medellín, Colombia  
md.oscar.barrera87@gmail.com

**Introducción.** El trauma costal es frecuente en nuestro medio y se asocia con importante morbimortalidad, en particular el tórax inestable. Hasta unos años el manejo no quirúrgico, ha sido considerado el estándar de oro, sin embargo cada vez existe más evidencia que demuestra los beneficios de la fijación quirúrgica.

**Objetivo.** Mostrar la experiencia del manejo quirúrgico en trauma costal, presentando las indicaciones y resultados a corto plazo más relevantes.

**Material y método.** Se incluyeron pacientes consecutivos, sometidos a reconstrucción de pared torácica por trauma costal, entre enero de 2013 y abril de 2014, en dos centros de trauma de tercer nivel. Se recolectaron datos preoperatorios, intraoperatorios y seguimiento a 30 días.

**Resultados.** Se obtuvieron 15 pacientes en el periodo mencionado, 11 hombres y 4 mujeres, la mediana de edad fue de 48 años (rango 30-84), en todos el mecanismo del trauma fue cerrado, el 73 % de los pacientes presenta tórax inestable como indicación para su reparación quirúrgica, la mediana del número de costillas fijadas fue seis. La mejoría de dolor se observó en 92 % de los casos; La mediana de estancia en UCI y hospitalización fue tres y seis días respectivamente, solo se presentó una complicación menor, que no requirió reintervención quirúrgica. No hubo mortalidad en un seguimiento mínimo de 30 días.

**Conclusión.** La fijación quirúrgica de las fracturas costales, es especial cuando se presenta tórax inestable, es un tratamiento seguro y con buenos resultados en control de dolor y estancia hospitalaria, con una baja tasa de morbimortalidad.

#### 02-065

### Manejo quirúrgico Vs. manejo no quirúrgico en trauma esplénico grado IV. Reporte de casos

Hernando Omar Espitia, Germán Quintero, Felipe Vargas  
Hospital Universitario Mayor, Méderi. Universidad del Rosario  
Bogotá, D.C., Colombia  
omarmd632002@yahoo.com; sanntoky@yahoo.com

**Introducción.** El trauma esplénico tiene un interés actual sobre su manejo no quirúrgico teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos y nuevas tecnologías en pacientes estables. Comparado con el de la cirugía que años atrás era el *Gold estándar* en lesiones severas.

**Objetivo.** Comparar dos pacientes con trauma esplénico grado IV, tratamiento quirúrgico Vs no quirúrgico el cual fue exitoso.

**Material y método.** Se comparan dos pacientes con trauma esplénico grado IV, paciente A masculino de 24 años que ingresa a urgencias, luego de sufrir accidente como motociclista, con trauma toracolumbar, con dolor en región lumbosacra, se documentan fractura de pelvis, neumotórax izquierdo y trauma esplénico grado IV diagnosticado con tomografía. Se realiza toracostomía izquierda, se hace seguimiento con tomografía abdominal y hemoglobina seriada, el paciente es llevado al día 5 a esplenectomía.

Paciente B, hombre de 27 años que ingresa a urgencias posterior a ser arrollado por un vehículo que presenta trauma toracoabdominal y trauma craneoencefálico, dolor en hemitorax izquierdo y abdomen en flanco izquierdo se documenta con tomografía lesión esplénica grado IV, hemo neumotorax izquierdo, contusión pulmonar fracturas costales, clavícula escapular izquierda y de apófisis espinosa de T5 y T6, es llevado a toracostomía izquierda al sexto día de ingreso. Se hace tomografía de control al 6 día sin cambios en la lesión esplénica, se traslada a UCI evoluciona favorablemente y no requiere cirugía.

**Resultados.** Se logra un manejo no quirúrgico exitoso en paciente con trauma esplénico grado IV

**Conclusión.** El manejo no quirúrgico es una opción viable en trauma esplénico severo.

02-074

### **Hepatotórax-hernia diafragmática secundario a severo trauma toraco-abdominal cerrado**

*Hernando Omar Espitia, Juan Carlos Arenas, Román Guerrero, Nydia Guataquira, Felipe Vargas*  
Hospital Méderi, Universidad del Rosario  
Bogotá, D.C., Colombia  
omarmd632002@yahoo.com

**Introducción.** La ruptura diafragmática como resultado de trauma toraco-abdominal cerrado puede ocurrir hasta en un 5 % de los casos, el diafragma derecho está comprometido solo en el 5-35 % de los casos, la baja incidencia y la baja sospecha del diagnóstico en la evaluación inicial puede conllevar a un diagnóstico tardío resultando en un incremento en la morbilidad y mortalidad.

**Reporte caso clínico.** Ingresó hombre de 49 años atropellado por vehículo automotor a alta velocidad, signos vitales fc 100 ta 100-70 con signos de dificultad respiratoria se toma Rx de tórax con elevación del diafragma derecho, ángulo costofrénico borrado, se pasa tubo de tórax en posición alta con drenaje 1000 ml de sangre, por el mecanismo de trauma se solicita angiotac de tórax y abdomen con imagen compatible con ruptura diafragmática derecha y casi la totalidad del hígado ocupando el hemitórax derecho, es llevado a laparotomía exploratoria con hallazgos de lesión tipo v del diafragma derecho con compromiso del pericardio, hígado

en cavidad torácica derecha, hematoma hepático segmento vi, se reduce el hígado, por hipotermia y acidosis se realiza colocación de viaflex en los sitios del diafragma lesionado (control de daños) para evitar la nueva herniación del hígado, se traslada a UCI a las 72 horas se logran metas de reanimación y se realiza reconstrucción del diafragma con material protésico, el paciente cursa con evolución clínica satisfactoria.

**Discusión.** La dificultad en el diagnóstico de la hernia diafragmática traumática durante la admisión es la causa más importante de morbilidad y mortalidad, el diagnóstico se puede pasar en el 7-66% de los casos, otro factor que incrementa la mortalidad son las lesiones asociadas tales como lesión de aorta torácica 4 %, lesión hepática 48 %, víscera hueca 26 %, fracturas pélvicas en el 14 %, se han reportado hasta un 85 % de herniación de órganos abdominales al torax, un alto grado de sospecha es indispensable para su diagnóstico dados los cambios inespecíficos de la radiografía de torax y la clínica del paciente en el abordaje inicial.

02-079

### **Complicaciones de una hernia diafragmática traumática olvidada. Reporte de un caso clínico**

*Leonardo Herrera, Germán Andrés Santamaría, Axel Leonardo Lara, Jorge Ramírez, Juan Antonio Gaitán*  
Clínica de Occidente, Clínica Universitaria Colombia, Fundación Universitaria Sanitas  
Bogotá D.C., Colombia  
german.santamaria@hotmail.com

**Introducción.** Las heridas del diafragma representan menos del 1% de todas las heridas por trauma. Usualmente se asocia con lesiones de otros órganos del tórax o del abdomen. Aunque algunas veces las lesiones diafragmáticas son evidentes, la injuria puede ser sutil y las imágenes diagnósticas no ser concluyentes.

**Objetivo.** Realizar una revisión de la literatura acerca de las complicaciones que se pueden derivar de una hernia diafragmática traumática.

**Material y método.** Paciente adulto quien ingresó a la Clínica del Occidente en Marzo de 2014 luego de ser víctima de herida por arma cortopunzante en región toracoabdominal izquierda. Se realiza toracostomía izquierda, laparoscopia diagnóstica y laparotomía exploratoria encontrándose solamente un hematoma periesplénico; por retiro del tubo de tórax por parte del paciente se realiza nueva toracostomía luego de la cual aqueja dolor en hemitórax izquierdo que no presentaba previamente. En radiografía de control se evidencia herniación del estómago hacia el tórax por lo que se lleva a nueva laparotomía exploratoria encontrando lesión diafragmática izquierda grado III con herniación del estómago y del bazo con necrosis de ambos órganos que obliga a esplenectomía y gastrectomía total con reconstrucción en "Y de Roux".

**Resultados.** El paciente evoluciona favorablemente, no cursa con complicaciones infecciosas ni fuga anastomótica, tiene adecuada tolerancia a la vía oral y es dado de alta al completar la antibióticoterapia.

**Conclusión.** Se necesita un alto índice de sospecha de lesión diafragmática en heridas traumáticas toracoabdominales ya que la demora en el diagnóstico se asocia con un riesgo elevado de herniación y estrangulación de los órganos intraabdominales que puede poner en riesgo la vida.

## 02-091

### Manejo endovascular de trauma carotideo en zona II del cuello

Jorge Herrera, John Freddy Dorado, Juan David Acosta, Cecilia Manzano, Edwin Muñoz  
Clínica la Estancia  
Popayán, Colombia  
jfredy191@hotmail.com

**Introducción.** El trauma carotideo corresponde al 5 % del trauma vascular, con una incidencia de 1.03 %, 75% de las lesiones son pseudoaneurismas con morbilidad neurológica entre el 40 – 80 %, una mortalidad de 5- 40 % y el 43 % de lesiones no se detectan hasta la aparición de síntomas neurológicos.

**Objetivo.** Describir un caso clínico por esquirlas de granada en zona II de cuello con presencia de un signo duro, con manejo endovascular.

**Material y método.** Paciente masculino de 30 años, remitido de nivel 1 con herida en zona II del cuello por esquirlas de granada.

**Resultados.** El paciente llega con estabilidad hemodinámica pero con soplo carotideo izquierdo, angiotac que no muestra 7 cm de la arteria carótida común izquierda y ecodoppler que muestra parcial trombosis y edema de la arteria común, bulbo y carótida interna. Se le realiza una angiografía de vasos del cuello con evidencia de dilatación pseudoaneurismática en su tercio medio y una discreta estenosis de aproximadamente de 35-40 % para lo cual se le coloca un *stent* carotideo con evolución favorable y no necesidad de reingresos.

**Conclusión.** Los pseudoaneurismas son poco frecuentes pero ameritan un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno para evitar complicaciones futuras

## 02-109

### Tratamiento quirúrgico en fracturas costales con placas de titanio

Carlos Emilio Remolina, Yulieth Acevedo, José Antonio Rodríguez  
Clínica Gestión Salud SAS  
Cartagena, Colombia  
remolinamd@gmail.com; jose7080@hotmail.com

**Introducción.** Las deformidades de la pared torácica y las fracturas costales complejas, en muchos casos requieren de reconstrucción o reparación con diversos materiales protésicos, para mantener la fisiología respiratoria. Actualmente existen materiales biocompatibles que facilitan este tipo de procedimientos. Materiales como el titanio aportan múltiples características, que lo hacen idóneo para este tipo de cirugía.

**Objetivo.** Valorar la utilidad de la osteosíntesis de costillas con placas de titanio, en la estabilización de las fracturas costales, secundario a trauma cerrado de tórax.

**Material y método.** Se trata de un paciente de sexo masculino, 49 años, que presentó trauma cerrado de tórax en accidente auto pedestre, con deformidad de hemitórax izquierdo y dolor intenso, que mejora parcialmente con los analgésicos; acompañado de disminución del murmullo vesicular en la base del pulmón izquierdo. En la radiografía

de tórax se observa hemotórax izquierdo y fracturas costales de 4, 5, 6 y 7 arcos izquierdos; a quien se le practicó drenaje de hemotórax coagulado por videotoroscopia y osteosíntesis de 4 costillas con barras de titanio.

**Resultados.** La osteosíntesis fue satisfactoria, con extubación en sala de cirugía y sin detectar problemas en la funcionalidad de la pared torácica, mejoría importante del dolor con movilización temprana. No hubo complicaciones en relación con el material utilizado ni con el método de implantación. Después de 15 días el paciente presenta movilidad adecuada sin dolor y pruebas de función pulmonar satisfactorias.

**Conclusión.** La osteosíntesis costal con placas de titanio, es un método adecuado para los pacientes con fracturas costales complicadas; proporcionando una rápida recuperación de la actividad física y de la función pulmonar, en relación con los pacientes a los que no se les realiza.

## HERNIAS

### 02-013

#### Hernia inguinal encarcerada con útero como contenido del saco herniario. Presentación de caso clínico y revisión a la literatura

Jhonny Alberto Sierra, Fred Alexander Naranjo, Alejandro Carvajal, Carolina Salinas  
Clínica Universitaria Bolivariana  
Medellín, Colombia  
jhonny.sierra.marin@gmail.com

**Introducción.** La hernia inguinal y su manejo continúan siendo un tema de debate en cuanto a su fisiopatología y tratamiento.

**Objetivo.** Describir las características clínicas y paraclínicas de una paciente con diagnóstico de hernia inguinal encarcerada cuyo contenido era el útero y realizar una revisión de la literatura sobre esta entidad.

**Materiales y métodos.** Se analizaron datos clínicos, imágenes diagnósticas, hallazgos quirúrgicos e histopatológicos, comparándolos con la literatura mundial disponible.

**Resultados.** Paciente femenina de 53 años, ingresa a urgencias con cuadro de 2 días de dolor tipo punzante en región inguinal sin cambio en el hábito intestinal. Antecedente de obesidad mórbida e hipertensión, al examen físico con masa dolorosa no reductible en la región inguinal izquierda, es llevada a cirugía se encuentra hernia encarcerada, el contenido del saco herniario correspondía a útero y anexos, se realiza reducción del saco herniario y herniorrafia con malla técnica de lichtenstein, la paciente es dada de alta 24 horas de la cirugía sin complicaciones.

**Conclusiones.** La hernia inguinal persiste como uno de los retos de la cirugía, la primera descripción del útero como contenido del saco herniario fue realizada por Soranos de Efeso en el siglo primero después de cristo, la presentación del útero como contenido es inusual y su frecuencia es muy baja con pocos casos reportados en la literatura, siendo más frecuente

02-015

### **REDO en cirugía laparoscópica de hiato: hiato frenoplastia y funduplicatura por vía laparoscópica en paciente con segunda recidiva de hernia hiatal**

*Daniel Gómez, Pedro Villadiego, Francisco Palacios, César Guevara, Daniel Pérez*  
Centro Policlínico del Olaya  
Bogotá, D.C., Colombia  
Vesalius0216@yahoo.com

**Introducción.** La cirugía del hiato esofágico ha visto su mayor desarrollo en los últimos años dado los excelentes resultados descritos con su manejo laparoscópico. Aun en manos de expertos existe un riesgo de re intervención por disfunción del 0.5 - 3.5 %. La reoperación de hiato esofágico por vía laparoscópica es técnicamente desafiante, implicando un mayor tiempo operatorio, mayor morbilidad y una alta tasa de conversión.

**Objetivo.** Presentamos un caso de REDO en cirugía laparoscópica del hiato esofágico por 2ª recidiva de hernia hiatal manejado con hiato frenoplastia con malla y funduplicatura por vía laparoscópica.

**Material y método.** Mujer de 50 años con antecedente de 3 cirugías anti reflujo y corrección de hernia hiatal por vía laparoscópica de forma extra institucional, reconsultó por persistencia de síntomas compatibles con reflujo ácido, se tomaron vías digestivas altas y tomografía abdominal que mostraron recidiva de la hernia hiatal asociada a hernia diafragmática izquierda. La paciente fue llevada a cirugía encontrándose gran síndrome adherencial, migración de la plicatura al tórax la cual se encontró parcialmente desecha, y hernia diafragmática izquierda con pequeño defecto paracrural de mas o menos 2x2 cm con epiplón incarcerada, se practico adhesiolisis, individualización de componentes con liberación de la plicatura, exposición de cruras, reducción del contenido torácico, resección del saco herniario, reducción del epiplón mayor y exposición de los bordes de la hernia diafragmática, se realizo una hiato frenoplastia libre de tensión mediante la colocación de una malla para hiato Parietex™ Composite (PCO) (Covidien) de 15X10 cm la cual se fijo con Absorbatack™ (Covidien) a ambas cruras y al borde libre del hemidiafragma izquierdo, se reconfiguro la plicatura gástrica sobre bujía 52 f con la técnica convencional, el procedimiento finalizo en su totalidad por vía laparoscópica y no se registraron complicaciones transoperatorias.

**Resultados.** Se practico procedimiento totalmente laparoscópico sin complicaciones posoperatorias, inicio de la vía oral con líquidos a las 24 horas, alta hospitalaria a las 48 horas, seguimiento a las 2 semanas, 1 mes y 3 meses con mejoría progresiva de disfagia para solidos y ausencia de pirosis, vías digestivas de control a los 6 meses sin evidencia de recidiva herniaria.

**Conclusión.** REDO en cirugía laparoscópica del hiato es un desafío quirúrgico mayor, las series publicadas al respecto tienen muestras pequeñas y reportan resultados óptimos a mediano plazo, el mecanismo de falla descrito es la migración de la plicatura y su síntoma cardinal es la disfagia; en el caso presentado se registro una combinación de fallas: migración de la plicatura con ruptura parcial de la misma, recidiva herniaria por vía hiatal. En la mayoría de series queda claro que la tasa de recidivas esta asociada a problemas técnicos, lo cual sumado a la baja tasa de reparación del hiato con malla aumenta su incidencia.

Los datos disponibles muestran que REDO en cirugía de hiato por vía laparoscópica es factible, con una baja morbilidad y buenos resultados a mediano plazo, sin embargo esta descrito el riesgo de hasta un 6 - 7 % de una 3ª reintervención lo cual queda suficientemente ilustrado en este caso.

02-027

### **Hernia diafragmática posterolateral derecha de Bochdalek**

*Edgard Gutiérrez, Juan Javier Acevedo, Brenda Lamadrid, Luis Villota, Francisco Forero, Genys Gutiérrez*  
Universidad de Cartagena, Clínica Universitaria San Juan de Dios  
Cartagena, Colombia  
blamadridm@gmail.com, lugevigo@gmail.com

**Introducción.** La hernia de Bochdalek es una de las anomalías congénitas más comunes que se manifiestan en los lactantes. En el adulto es una rareza, con una prevalencia de 0,17 a 6 % de todas las hernias diafragmáticas y del lado derecho es aún más escasa su presentación.

**Objetivo.** Dar a conocer el caso de un paciente joven con hernia diafragmática de Bochdalek del lado derecho.

**Materiales y métodos.** Estudio descriptivo, tipo presentación de caso y revisión de la literatura.

**Resultados.** Se presenta el caso de un paciente de 17 años con cuadro de disnea ocasional, que en sus estudios imagenológicos, se documenta una hernia diafragmática posterolateral derecha, con herniación intratorácica de riñón derecho, ángulo hepático del colon y domo hepático. Se decide llevar a cirugía: herniorrafia diafragmática videoasistida por dos puertos, con colocación de malla de polipropileno, sin complicaciones. Buena evolución posquirúrgica y resultados imagenológicos control.

**Conclusión.** Las hernias diafragmáticas de Bochdalek, son defectos congénitos, de manifestación clínica habitual durante los primeros meses y años de vida. Su ocurrencia en la edad adulta es extremadamente rara y en un 80 % casos, su localización es izquierda, sin embargo en nuestro paciente el diagnóstico fue incidental, con localización inusual del lado derecho. En la edad adulta, generalmente se presentan de manera aguda, con manifestaciones respiratorias o gastrointestinales dependiente de las vísceras herniadas. En nuestro paciente se decidió manejo quirúrgico por abordaje videoasistido por dos puertos, con buenos resultados tanto clínicos como radiológicos.

02-050

### **Reconstrucción de pared abdominal en pacientes con patología oncológica**

*Carlos Lehmann, Maikel Pacheco, Carolina Ocampo, Grupo cirugía de seno y tejidos blandos I.N.C*  
Instituto Nacional de Cancerología, Hospital Infantil Universitario de San José, Universidad Militar Nueva Granada, Universidad del Bosque, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud  
Bogotá, Colombia  
maikel170@hotmail.com

**Introducción.** Existen dificultades específicas para tratar pacientes con patologías oncológicas que comprometen la pared abdominal. Por originarse directamente, como en el caso de algunos tumores

en tejidos blandos, o por compromiso de la pared. También, por la utilización de los elementos de la pared abdominal en las reconstrucciones oncoplasticas, y además, por complicaciones relacionadas con el abordaje en la pared abdominal. Planteando un reto quirúrgico que implica un equipo multidisciplinario entrenado en diferentes técnicas acorde a los avances y entendimiento actual de los principios de restauración, en la función y forma, para reconstruir los defectos complejos de la pared abdominal con cáncer.

*Objetivo.* Presentar la experiencia en la reconstrucción de defectos complejos en la pared abdominal de pacientes con patologías oncológicas.

*Material y método.* Se presenta una serie de 10 casos que ilustran diferentes opciones que pueden utilizarse en la reconstrucción de defectos complejos de la pared abdominal, en pacientes con patologías oncológicas en el Instituto Nacional de Cancerología y en el Hospital Infantil Universitario de San José de la Ciudad de Bogotá.

*Resultados.* Se incluyeron 10 pacientes en el estudio, dos con complicaciones tardías de reconstrucciones TRAM, dos reconstrucciones durante TRAM, y uno durante una reconstrucción tipo VRAM, una reconstrucción de piso pélvico, una hernia paraostomal y tres eventraciones. Se muestran las características relevantes destacando el tipo de defectos y la reconstrucción realizada.

*Conclusión.* Las técnicas de reconstrucción de pared abdominal, pueden y deben ser utilizadas en pacientes con patologías oncológicas sin sacrificar los principios de tratamiento en este tipo de enfermedades.

## 02-053

### **Herniorrafia umbilical con resección y anastomosis intestinal bajo anestesia regional**

*Cristian Pérez, Andrés Valencia*  
Universidad de Caldas  
Manizales, Caldas, Colombia  
cristian.perez1709@gmail.com

*Introducción.* En pacientes con hernias de la pared abdominal que requieren cirugía urgente, son factores de mal pronóstico la edad, clasificación ASA y necesidad de resección intestinal; no es infrecuente que ellos presenten comorbilidades que aumentan el riesgo quirúrgico y anestésico.

*Objetivo.* Presentamos el caso de un paciente con hernia umbilical estrangulada, y por alto riesgo anestésico realizamos herniorrafia con resección y anastomosis intestinal bajo bloqueo de la vaina de los rectos.

*Método.* Paciente de 74 años, con hernia umbilical estrangulada, 10 horas de evolución, clínicamente sin compromiso del tracto gastrointestinal. Antecedente reciente de hospitalización prolongada en UCI por: falla ventilatoria, EPOC, falla cardiaca, hipertensión pulmonar severa e injuria renal aguda. Por alto riesgo anestésico se decidió procedimiento quirúrgico bajo anestesia regional, pero durante éste se reconoce isquemia irreversible de intestino delgado y se logra realizar resección y anastomosis bajo la misma técnica anestésica sin necesidad de inducir anestesia general.

*Resultado.* En pacientes con alta comorbilidad, los procedimientos quirúrgicos bajo anestesia general o raquídea conducen a un elevado riesgo de morbilidad y mortalidad; en este caso el bloqueo regional

surgió como alternativa logrando corrección del defecto, además de resección y anastomosis intestinal de manera exitosa y con mínimo discomfort para el paciente. En PubMed se encontró un único caso de resección y anastomosis intestinal con anestesia regional.

*Conclusión.* El bloqueo regional representa una alternativa para la reparación de hernias complicadas en pacientes con alto riesgo de realizar cirugías bajo técnicas anestésicas convencionales, permitiendo incluso la resección y anastomosis intestinal.

## 02-066

### **Herniorrafia inguinal por laparoscopia con malla de autofijación. Seguimiento de casos**

*Ricardo Nassar, Juan David Linares, Juan David Hernández, María Isabel Rizo, Anwar Medellín*  
Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá  
Bogotá D.C., Colombia  
rnassarmd@gmail.com; juanlinaresmd@gmail.com

*Introducción.* Con el advenimiento de nuevas técnicas en cirugía mínimamente invasiva, el reparo de la hernia inguinal es motivo de múltiples controversias en el ámbito quirúrgico, se presenta una serie de pacientes llevados a reparo de hernia inguinal por laparoscopia con malla de auto-fijación (Parietex Progrid®)

*Objetivo.* Presentar una serie de pacientes manejados en el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá y revisar la literatura.

*Material y método.* Se presenta una serie de pacientes llevados a reparo de hernia inguinal con abordaje total extraperitoneal con ayuda del sistema de disección preperitoneal Spacemaker™ y malla de auto-fijación (Parietex Progrid®).

*Resultados.* Se realizaron 54 reparos de hernias inguinales por abordaje extraperitoneal (TEP) con el uso de malla de auto-fijación de polipropileno (Parietex Progrid®) Hasta el momento no se ha presentado casos de recurrencia ni complicaciones secundarias.

*Conclusión.* El uso de dispositivos de fijación para mallas, tales como grapas o dispositivos helicoidales, posiblemente contribuye con el daño nervioso secundario al atrapamiento de las fibras nerviosas. El reparo de hernias inguinales por abordaje total extraperitoneal (TEP) sin dispositivos de fijación, es un procedimiento seguro en manos de un cirujano experimentado y con entrenamiento. Se expone ante la comunidad quirúrgica los resultados satisfactorios en términos de menor dolor posoperatorio, menor morbilidad en los pacientes llevados a este procedimiento. Es necesario continuar el seguimiento de los pacientes a largo plazo para confirmar los resultados descritos en la literatura.

## 02-085

### **Lesiones vasculares en corrección de herniorrafia inguinal. Reporte de caso en un hospital de Segundo Nivel**

*Oswaldo Borrás G, Adolfo de León Gómez, Juan Guardo, Edgar Mateus, Saúl Árdila, Guillermo Villa*  
Universidad Nacional de Colombia, Hospital San Blas  
Bogotá, D.C., Colombia  
adgomezc@unal.edu.co

**Introducción.** Una de las complicaciones posibles asociadas al reparo de hernias inguinales por técnica abierta sigue siendo la lesión nerviosa, de estructuras del cordón espermático en hombres y la lesión vascular de las estructuras que pasan a través del anillo femoral hacia la extremidad inferior. El manejo precoz, la identificación de estas lesiones y la toma de decisiones oportunas por parte del equipo quirúrgico en el manejo, impactan de manera importante la evolución posoperatoria y la calidad de vida del paciente.

**Objetivo.** Reporte de caso de un paciente quien sufre lesión vascular accidental de vena iliaca izquierda durante la reparación de un defecto inguinal herniario mediante técnica abierta preperitoneal.

**Material y método.** Reporte de caso ocurrido en abril de 2014 en el Hospital San Blas de segundo nivel en la ciudad de Bogotá,

**Resultados.** Identificación y seguimiento de un caso presentado en el hospital con manejo intrahospitalario, reintervención quirúrgica y seguimiento estricto de la evolución clínica y en consulta externa.

**Conclusión.** La identificación de complicaciones posoperatorias tempranas en la realización de procedimientos abiertos y/o laparoscópicos de tipo vascular en herniorrafias, su rápido diagnóstico y el manejo temprano basado en resolver los problemas inmediatos del paciente de manera integral, permiten entender que las complicaciones son eventos a resolver de manera inmediata. Esto impacta significativamente la calidad de vida de los pacientes que se someten a cualquier tipo de intervención.

02-087

### **Herniorrafia inguinal por laparoscopia. Experiencia del grupo de cirugía laparoscópica avanzada en el Hospital Universitario San José de Popayán**

Juan Pablo López, Liliana Sánchez, Roger Orlando Bonilla, Edwin Muñoz  
Universidad del Cauca, Hospital Universitario San José  
Popayán, Cauca, Colombia  
rogerbonillaras@gmail.com

**Introducción.** La operación de hernia es una de las más comunes de la cirugía ambulatoria. La evolución tecnológica y el desarrollo de nuevas técnicas, así como, la experiencia y habilidad del cirujano han permitido la corrección de las hernias inguinales mediante cirugía laparoscópica. Dos conceptos han revolucionado el tratamiento quirúrgico de las hernias inguinales en los últimos años. La utilización de material protésico preperitoneal para la reparación de las hernias y el concepto de herniorrafia sin tensión de Lichtenstein. Estos dos argumentos se aúnan en la reparación preperitoneal laparoscópica con la colocación de una malla. Las técnicas utilizadas son: la totalmente extraperitoneal (*totally extraperitoneal*, TEP), la transabdominal preperitoneal (*transabdominal preperitoneal*, TAPP), la intraperitoneal con malla aplicada (*intraperitoneal onlay mesh*, IPOM).

**Objetivo.** Presentar la experiencia del grupo de cirugía laparoscopia avanzada recientemente creado en el Hospital Universitario San José de Popayán en cuanto al reparo laparoscópico de la hernia inguinal.

**Material y método.** Estudio descriptivo. Presentación de casos clínicos y revisión bibliográfica.

**Resultados.** En nuestro hospital se utilizan las técnicas TEP y TAPP. La anestesia de elección es la raquídea. No se han observado recu-

rrencias tempranas, aunque el tiempo de seguimiento es insuficiente. Complicaciones mínimas en relación a seromas y a hidrocele. Buenos resultados funcionales.

**Conclusión.** Hasta el momento la experiencia es satisfactoria, teniendo en cuenta que nuestro hospital no contaba con el grupo de cirugía laparoscópica avanzada. Es la primera serie de casos de la ciudad de Popayán en cuanto a la reparación laparoscopia ya que antes la técnica de elección era la abierta.

02-089

### **Corrección laparoscopia de hernia hiatal gigante tipo 3 con malla fisiomesh y dispositivo securestrap. Reporte de un caso**

Jorge Herrera, Luis Fernando Álvarez, Laura Lugo  
Universidad del Cauca  
Popayán, Colombia  
lauralugo@gmail.com

**Introducción.** Las hernias paraesofágicas 3 y 4 configuran solo el 5% de las hernias hiatales, siempre son de manejo quirúrgico ante su alto riesgo de complicaciones como vólvulos y obstrucción intestinal, en cuanto a este, el avance de la cirugía laparoscópica y el desarrollo de nuevas mallas ha disminuido la morbilidad posquirúrgica.

**Objetivo.** Presentar un caso de corrección laparoscópica de hernia hiatal gigante tipo 3 con malla fisiomesh y dispositivo securestrap para fijación.

**Material y método.** Paciente femenina de 26 años con vomito persistente y pérdida de peso, con hernia paraesofágica tipo 3 a quien se le realiza cirugía programada.

**Resultados.** Se realizó cirugía laparoscópica por vía abdominal, se inició con disección del saco herniario, identificación y restauración de la posición del esófago, posteriormente se realizó sutura del defecto herniario y colocación de malla fisiomesh con dispositivo securestrap para su fijación, con importante mejoría sintomática posoperatoria.

**Conclusión.** La hernia paraesofágica tipo 3 es poco frecuente dentro de total de las hernias hiatales, el avance de la cirugía laparoscópica y sus materiales permite a estos pacientes cirugía menos invasiva con menos morbilidad, adicionalmente el uso de malla ha mostrado disminuir la recurrencia en estas hernias.

02-097

### **Hernia de Amyand incarcerada, reporte de un caso en una institución de Tercer nivel en Bogotá**

Ricardo Villarreal, Luis Cabrera, Catalina Ceballos, Jorge Trujillo, Dauris Ortega, Eric E Vinck  
Clínica Universitario Fundación Salud El Bosque  
Bogotá, D.C., Colombia  
luis.felipe.cabrera@hotmail.com; evinck@unbodque.edu.co;  
catalina\_y2k@hotmail.com

**Introducción.** La hernia de Amyand, se define como una hernia inguinal la cual contiene el apéndice cecal asociado o no a apendicitis aguda, fue descrita por primera vez en 1.735 por Claudius Amyand, cirujano del rey Jorge II, en un paciente de 11 años que presentaba

una fistula enterocutánea secundaria al apéndice cecal perforado, llevando a cabo la primera apendectomía abierta exitosa, más el reparo primario del defecto herniario.

*Objetivo.* Reportar un caso de una hernia de Amyand, diagnosticado durante una exploración quirúrgica en un paciente masculino quien ingresa a urgencias por cuadro de dolor inguinal sugestivo de una hernia.

*Material y método.* Este reporte de caso describe los hallazgos intraoperatoria de una hernia inguinal de Amyand mas la presentación clínica del paciente, además, realizamos una revisión de tema sobre la hernia de Amyand ya que representa un hallazgo raro, esta revisión se realiza con una búsqueda en bases de datos de artículos reportando otros reportas mas la fisiopatología.

*Resultados.* Con los hallazgos de nuestro paciente se reporta un a clásica hernia de Amyand que respeta los hallazgos reportados en el pasado por otros autores como por ejemplo la presentación clínica con la anatomía intraoperatoria.

*Conclusión.* La hernia de Amyand es una entidad quirúrgica rara, la cual presenta un reto diagnóstico, por lo cual la mayoría de los reportes en la literatura muestran un diagnostico intraoperatorio.

## 02-104

### Hernias Lumbares, presentación de tres casos

*Juliana Mercedes Jaramillo, Víctor Hugo Vivas, Julián Andrés Meza*  
Hospital Susana López de Valencia, Universidad del Cauca  
Popayán, Colombia  
julianajaramillo@yahoo.es

*Introducción.* Las hernias lumbares corresponden a aquellas hernias que ocurren en cualquier punto de un área delimitada en la parte superior por la doceava costilla, la cresta ilíaca en la parte inferior, a nivel medial por el músculo erector de la espina y lateral por el musculo oblicuo externo, siendo las dos áreas más frecuentes el triángulo lumbar superior (*Grynfeltt's*) o el triángulo lumbar inferior (*Jean-Louis Petit's*), pueden ser de origen congénito (20% de los casos) o adquiridas, las cuales a su vez se subdividen en espontáneas (primarias) o traumáticas (secundarias). La mayoría se presentan en hombres, de forma unilateral, localizándose en el lado izquierdo y en el triángulo superior.

*Caso clínico.* Presentamos tres casos clínicos todos documentados en pacientes masculinos, sólo uno de ellos con antecedente traumático, el principal motivo de consulta fue sensación de masa asociado a dolor lumbar, el diagnóstico en todos los casos fue clínico, a todos se les realizo reparo primario, no requirieron colocación de malla, ninguno presento recidivas.

*Conclusión.* Las hernias lumbares son hernias de la pared abdominal posterior cuya presentación es infrecuente, corresponden al 2% de todos los defectos herniarios, la mayoría de los pacientes presenta una masa móvil, que aparece con la maniobra de Valsalva, el tamaño promedio varia entre 3–7 cm, puede presentarse encarcelación en el 24% de los casos, el tratamiento descrito en la literatura es quirúrgico y corresponde a la realización de reparo primario, el reparo protésico esta indicado en defectos de gran tamaño.

## 02-124

### Hernia ventral encarcerada, hernia hiatal gigante como hallazgo incidental en sleeve gástrico por laparoscopia

*Evelyn Dorado A., Mauricio Cabanillas, John Valencia, Mónica Angarita*  
Fundación Valle del Lili, Universidad CES, Universidad del Valle  
Cali, Colombia  
doradofamilia@gmail.com

*Introducción.* Los hallazgos intraoperatorios en los pacientes con obesidad mórbida que son programados para cirugía pueden requerir decisiones rápidas y que permitan realizar exitosamente el procedimiento. El manejo de la hernia ventral y la hernia hiatal en pacientes obesos está definido por ASMBS.

*Objetivo.* Mostrar el manejo de hernia hiatal gigante y ventral encarcerada en una paciente con obesidad mórbida.

*Material y método.* Paciente de 63 años con Índice de Masa Corporal de 48 DMID, HTA, SAHOS leve con hernia ventral en cicatriz de laparotomía supraumbilical para colecistectomía de hace 4 años. Estudios extra institucionales donde mostraban hernia ventral sin asas en su interior y endoscopia normal. Paciente programada para sleeve gástrico

*Resultados.* Neumoperitoneo con técnica de palmer, se evidencia hernia ventral encarcerada con colon transversal y epiplón, el cual es reducido con bisturí ultrasónico evidenciando un defecto de 7 cm, se retrae el hígado y se observa una hernia hiatal gigante de 6cm con fundus intratorácico. Se reseca saco herniario, se libera el esófago intratorácico y se calibra el hiato. Se realiza con 36 F tubulización gástrica, se corrige con malla separadora de tejidos con técnica de T el defecto hiatal y se le realiza cierre primario al defecto ventral. 120 m de cirugía. Paciente es dada de alta al día siguiente en excelentes condiciones.

*Conclusión.* El manejo de la hernia ventral y de hiato en obesidad esta descrita en las guías de ASMBS. El hallazgo incidental de este tipo de patologías requiere entrenamiento avanzado para que el procedimiento sea exitoso.

## 02-125

### Un nuevo horizonte en el cierre total de la pared abdominal en pacientes con laparostomía en el Hospital Universitario de Neiva. Presentación de casos

*Gustavo Poveda, John Eric Williamson, Rolando Medina*  
Hospital Universitario de Neiva, Universidad Surcolombiana  
Neiva, Colombia  
Jewilliansonl@hotmail.com

*Introducción.* Existen múltiples estrategias para el manejo del abdomen abierto, aun sin contar con una que sea idónea. Dentro de estas estrategias se pueden mencionar la bolsa de Borraez, el Wittmann Patch y el sistema de presión negativa. En el siguiente reporte de caso se propone una nueva técnica que permite la disminución de la morbilidad y mortalidad al compararla con otras técnicas ya descritas.

**Objetivo.** Describir una técnica novedosa para el cierre total de la pared abdominal en paciente con laparostomía y los resultados de su implementación.

**Material y método.** Se realizó un estudio descriptivo, tipo reportes de casos en el periodo comprendido desde febrero del 2013 hasta febrero del 2014. Se ingresaron los pacientes que fueron manejados con estrategia de laparostomía. Esta estrategia se definió según el criterio del cirujano.

**Resultados.** En el 100 % de los pacientes se logró cierre total de la laparostomía, independiente del tiempo transcurrido ni de la cantidad de lavados requeridos.

Al 90 % de los pacientes (9 pacientes) se les realizó control a los 3 meses de realizado el cierre (Uno de los pacientes no se logró controlar por ubicación geográfica). En este control no se identificaron eventraciones, fistulas o colecciones intra abdominales. Un paciente presentó epidermolisis en la zona de los colgajos la cual fue manejada con sistema de presión negativa.

**Conclusión.** Con la técnica descrita se logró el cierre total de todos los pacientes lo que es superior a las otras técnicas ya mencionadas. Además se evidenció que los lavados peritoneales diarios logran un control más rápido del proceso infeccioso intra abdominal. Se reconoce la baja casuísticas antes de dar recomendaciones para su uso.

## TRASPLANTE

### 02-052

#### Neuroma de amputación postrasplante hepático

*Mónica Torres, Óscar Serrano, Luis Armando Caicedo, Jorge Villegas, Gabriel Echeverri*  
Fundación Clínica Valle del Lili, Universidad CES  
Cali, Colombia  
mptorresd@gmail.com

**Introducción.** El neuroma traumático es la proliferación no neoplásica de las fibras nerviosas y células de Schwann después de la sección de un nervio. Es más frecuente encontrarlos en extremidades, pero se han descrito casos en poscolecistectomías, esplenectomías y anastomosis intestinales; después del trasplante hepático la literatura ha descrito desde 1994 alrededor de 20 casos.

**Objetivo.** Presentar el caso de una paciente que desarrollo neuroma traumático hiliar postrasplante hepático, y contribuir con un caso más a la literatura mundial.

**Material y método.** Se describe la historia de una Paciente de 65 años con antecedente de Cirrosis y hepatocarcinoma, a la cual se le realizó trasplante de hígado en el año 2011. En su seguimiento presento dolor abdominal y se documentó una masa hilar, la cual fue biopsiada. Se presentara el caso clínico, las fotos de la biopsia abierta, las imágenes de la RNM y de la patología.

**Resultados.** El reporte de la patología confirmo un neuroma de amputación. Se realizó histoquímica con Reticulina, tricrómico de masson, hierro y PAS. Se descartó hepatocarcinoma.

La paciente no requirió manejo adicional, actualmente se hace seguimiento, y con adecuada tolerancia al injerto hepático.

**Conclusión.** En el trasplante hepático este hallazgo está relacionado con la sección de las estructuras nerviosas en el órgano explantado.

Aunque infrecuente, es una patología a tener en cuenta como complicación. En nuestra institución el neuroma traumático postrasplante hepático tiene una prevalencia del 0,125 %.

### 02-071

#### Trasplantes de hígado en niños con peso menor de 10 kg Curva de aprendizaje de un programa de trasplante en Cali, Colombia

*Luis Armando Caicedo, Verónica Botero, Jorge Villegas, Gabriel Echeverri, Óscar Serrano*  
Fundación Clínica Valle del Lili  
Cali, Colombia  
mptorresd@gmail.com

**Introducción.** Comenzar un programa de trasplante hepático pediátrico en un país en desarrollo, y en niños que pesen menos de 10 Kg, es un gran reto, debido a las dificultades técnicas, aumento de morbi-mortalidad, y disminución de la supervivencia del injerto.

**Objetivo.** Se describe la experiencia y la supervivencia postrasplante en niños que pesaron menos de 10 Kg.

**Material y método.** Se analizaron pacientes trasplantados entre 1996 y 2013. Con peso menor o igual a 10 kilos. El seguimiento se llevó a cabo todos los meses durante el primer año y cada 3 meses después. Los retrasplantes se incluyeron en el análisis. Las fases del programa fueron: fase 1 entre 1996 y 2008, y Fase 2, entre 2008 y 2013.

**Resultados.** 62, 6 % de los receptores pesaron menos de 10 kilos. Cuatro pacientes requirieron retrasplante. Ochenta receptores de trasplante eran niñas (64, 5 %), con una media de peso de 7,3 ± 1,48 kilogramos.

Las indicaciones para el trasplante de hígado fueron: atresia de vías biliares (83,9 %) e Insuficiencia hepática aguda (2, 4 %). La supervivencia después de un año en la Fase 1 fue del 44 %. Y en fase 2, el 79 %

**Conclusión.** La mejor supervivencia en fase 2 podría atribuirse a una mayor experiencia quirúrgica, mayor número de pacientes trasplantados, y la mejoría de la formación médica a través de programas de entrenamiento en centros con mayor experiencia

### 02-117

#### Trasplante multivisceral modificado. Reporte del primer paciente colombiano con sobrevida mayor a cuatro años y medio

*Carlos Ernesto Guzmán, Álvaro 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 y multivisceral ha tenido un desarrollo progresivo en el mundo, ofreciendo hoy una sobrevida similar a los trasplantes de hígado y riñón.

**Objetivo.** Reportar la evolución de nuestro primer paciente, con trasplante multivisceral modificado, en alcanzar una sobrevida mayor a 4 años y medio, que a su vez es la sobrevida más larga en

Latinoamérica con la técnica que preserva el duodeno, páncreas y bazo del receptor.

*Material y método.* Es un estudio descriptivo de la evolución de un paciente de 23 años, quien el 19 de agosto de 2009 recibió un trasplante multivisceral modificado (estómago, páncreas e intestino delgado en bloque) como tratamiento de una dismotilidad generalizada del tracto gastrointestinal.

*Resultados.* El tiempo quirúrgico fue de 6 horas y 25 minutos. La estancia en UCI fue de 3 días, el retiro de la nutrición parenteral total fue el día 19 postrasplante y la estancia hospitalaria fue de 35 días. Complicaciones: Obstrucción intestinal por bridas (día 74 postrasplante) y un Herpes zoster en hemotórax derecho (mes 8 postrasplante). La sobrevida actual es de 4 años y 8 meses, con una completa autonomía nutricional y un retorno completo a sus actividades sociales y laborales.

*Conclusión.* El obtener una sobrevida mayor de 4 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.

#### 02-127

### Trasplante de intestino delgado. Reporte del primer paciente colombiano con sobrevida mayor a 7 años

*Carlos Ernesto Guzmán, Álvaro 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 sobrevida similar a los trasplantes de hígado y riñón.

*Objetivo.* Reportar la evolución de nuestra primera paciente, con trasplante de intestino delgado, en alcanzar una sobrevida mayor a 7 años, que a su vez es la segunda sobrevida más larga en Latinoamérica.

*Material y método.* Es un estudio descriptivo de la evolución de una paciente de 37 años, quien el 30 de enero de 2006 recibió un trasplante de intestino delgado 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 UCI fue de 3 días, el retiro de la nutrición parenteral total fue el día 7 postrasplante y la estancia hospitalaria fue de 25 días. La única complicación que ha presentado fue un rechazo agudo leve el día 24 postrasplante, que mejoró con un bolo de un gramo de metilprednisolona y aumento de la medicación inmunosupresora de base (Tacrólimus y Prednisolona). La sobrevida actual es de 7 años y 3 meses, con una completa autonomía nutricional y un retorno completo a sus actividades sociales y laborales.

*Conclusión.* El obtener una sobrevida mayor de 7 años con 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.

## NUTRICIÓN

#### 02-111

### Nutrición parenteral total ciclada ambulatoria: sobrevida cercana a 3 años en una paciente mayor de 70 años

*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 1950 el manejo de la falla intestinal ha tenido un desarrollo progresivo en el mundo, favorecido por los avances en la nutrición parenteral total y el trasplante de intestino delgado.

*Objetivo.* Reportar la evolución de una paciente mayor de 70 años, manejada en forma exitosa con el programa de nutrición parenteral total ciclada ambulatoria de nuestro hospital.

*Material y método.* Es un estudio descriptivo de la evolución de esta paciente, quien en junio de 2011 presentó una trombosis mesentérica masiva, quedando solamente con 10 cm de yeyuno proximal abocado como una yeyunostomía; debido a ser mayor de 65 años y tener una enfermedad pulmonar obstructiva crónica se ha manejado con nutrición parenteral total ciclada ambulatoria hasta la fecha.

*Resultados.* La paciente ingresó con un índice de masa corporal de 18; se inició manejo con nutrición parenteral total intrahospitalaria hasta lograr la resolución completa de su desnutrición; se llevó a cierre de la pared abdominal, luego se logró obtener un ciclaje de la nutrición parenteral total en 12 horas y posteriormente se continuó en forma ambulatorio hasta la fecha. Complicaciones: 4 infecciones del acceso venoso central con bacteremia, y una disfunción hepática que ha permanecido estable desde hace un año.

*Conclusión.* El llevar a esta paciente a un índice de masa corporal adecuado, y mantenerlo durante casi 3 años, nos estimula para compartir con los demás cirujanos colombianos que esta modalidad terapéutica para el síndrome de intestino ultracorto ya es una realidad en Colombia.

#### 02-115

### Recuperación de más de 25 kilogramos con nutrición parenteral total ciclada

*Carlos Ernesto Guzmán, Álvaro Mena, Sergio Iván Hoyos, Sandra Milena Alzate, Carolina Echeverri*  
Hospital Pablo Tobón Uribe  
Medellín, Colombia  
cguzman@hptu.org.co

*Introducción.* Desde 1950 el manejo del síndrome de intestino corto ha tenido un desarrollo progresivo en el mundo, favorecido por los avances en la nutrición parenteral total.

*Objetivo.* Reportar la evolución de tres pacientes que lograron recuperar más de 25 kilogramos de peso con el programa de nutrición parenteral total ciclada de nuestro hospital.

**Material y método.** Es un estudio descriptivo de la evolución de tres pacientes, de los cuales dos ingresaron por intestino corto, con ostomías, (uno por obstrucción intestinal y otra por enfermedad de Crohn), y uno con el intestino completo, pero con una dismotilidad desde la segunda porción del duodeno hasta segmentos aislados del colon.

**Resultados.** El primer paciente logró una recuperación nutricional de 37 kilogramos, que le permitió ser llevado a una cirugía reconstructiva intestinal en forma exitosa, con el posterior desmonte progresivo de la nutrición parenteral total; la segunda paciente ha recuperado 26 kilogramos y todavía está en el proceso de recuperación nutricional antes de poder ser llevada al cierre de una yeyunostomía terminal; y el tercer paciente recuperó 29 kilogramos y está en trámites para realizarse un trasplante de intestino delgado.

**Conclusión.** El recuperar nutricionalmente a estos pacientes, hasta llegar a un índice de masa corporal adecuado para poderlos llevar a cirugía, nos estimula para compartir con los demás cirujanos colombianos que esta modalidad terapéutica para el síndrome de intestino corto ya es una realidad en Colombia.

## OTROS

### 02-001

#### **Ruptura espontánea de uréter: diagnóstico diferencial infrecuente en abdomen agudo. Reporte de caso y revisión de la literatura**

*Carmen Liliana Fonseca, David Ricardo Baquero, Adriana Patricia Carrillo, Daniel Felipe Medina*  
Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, Hospital Universitario Mayor, Méderi  
Bogotá, D.C., Colombia  
cliliana.fonseca@gmail.com

**Introducción.** El estallido espontáneo del uréter es una entidad de extrema rareza, en especial en su porción distal. La revisión en la literatura demuestra únicamente 15 artículos publicados, todos ellos como reportes de caso y revisión de la literatura, siempre representando un diagnóstico diferencial de abdomen agudo que es necesario conocer para poder sospecharlo.

**Objetivo.** Presentación de caso clínico, diagnosticado y manejado en el Hospital Universitario Mayor, de estallido espontáneo de uréter distal, como diagnóstico diferencial de abdomen agudo. Además de hacer una revisión de los únicos 15 artículos publicados en la literatura hasta la fecha.

**Material y método.** Se presenta el caso de un paciente de 57 años, consulta por dolor abdominal de inicio súbito, de gran intensidad, con compromiso del estado general del paciente. Con sospecha diagnóstica de aneurisma de aorta, se realiza angiotac de urgencia, con el hallazgo inusual de hidroureteronefrosis izquierda con cálculo de 5mm en unión uretero vesical, con fuga masiva de medio de contraste proximal por lo que se diagnostica estallido ureteral. Se deriva a urología, quienes realizan manejo ureteral endoscópico

**Resultados.** Enfoque inicial de manejo quirúrgico de urgencia, que se redirecciona y finalmente es manejado por servicio de urología con litofragmentación y colocación de catéter JJ, adecuada evolución

**Conclusión.** En el caso clínico expuesto, se encuentra cuadro de dolor abdominal agudo, considerado aneurisma de aorta abdominal. En los pocos artículos publicados en la literatura se evidencia la relación del estallido espontáneo del uréter y el abordaje de abdomen agudo, finalmente con diagnóstico por tomografía, y manejo endourológico.

Este reporte de caso plantea la importancia de contemplar esta patología a la hora de evaluar un caso de abdomen agudo.

### 02-010

#### **Paciente con quiste epidermoide en pelvis. Presentación de caso y revisión de la literatura**

*Jhonny Alberto Sierra, Jerónimo Toro, Jamil David Vallejo*  
Clínica Universitaria Bolivariana  
Medellín, Colombia  
jhonny.sierra.marin@gmail.com

**Introducción.** El quiste epidermoide es una patología benigna con cuadro clínico y presentación muy variable.

**Objetivo.** Describir las características clínicas y paraclínicas de una paciente con diagnóstico patológico de quiste epidermoide y realizar una revisión de la literatura sobre esta entidad

**Materiales y métodos.** Se analizaron datos clínicos, imágenes diagnósticas, hallazgos quirúrgicos e histopatológicos, comparándolos con la literatura mundial disponible.

**Resultados.** Mujer de 31 años que ingresa al servicio de urgencias de la Clínica Universitaria Bolivariana, con cuadro clínico de 5 días de evolución de dolor abdominal tipo cólico intermitente localizado en hipogastrio y flanco izquierdo asociado a paro de fecales con flatos presentes. Le realizan tomografía de abdomen que evidencia lesión quística de 10 x 15 cm en relación con el ovario izquierdo, con marcadores tumorales negativos. Se lleva a cirugía con diagnóstico de quiste de ovario, en cirugía se encuentra masa pélvica con adherencias a recto y efecto suboclusivo, con plano de clivaje sin relación con el ovario, se realiza resección de la lesión, la paciente es dada de alta al segundo día post operatorio. La patología reporta quiste epidermoide.

**Conclusiones.** El quiste epidermoide tiene presentación y cuadro clínico variable de acuerdo a su localización y puede presentar un espectro clínico desde asintomático hasta síntomas relacionados con efecto obstructivo dependiendo de su localización. Los marcadores tumorales pueden ser normales o encontrarse elevados por compresión de los órganos adyacentes. Para su manejo la resección quirúrgica es la regla y el diagnóstico se realiza mediante patología.

### 02-075

#### **Endometriosis en el ombligo. Presentación de 3 casos**

*Juliana Restrepo, Alejandro Vélez, Sebastián Tabares, Andrés Felipe Ortiz*  
Universidad Pontificia Bolivariana  
Medellín, Colombia  
julirpo85@gmail.com

**Introducción.** La endometriosis se define como la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina. Se pueden presentar en cualquier parte del cuerpo, incluyendo la pared abdominal. Las lesiones de los tejidos blandos de la pared abdominal usualmente se

asocian a cirugías previas y su cuadro clínico es muy variable. El diagnóstico diferencial se debe hacer con granulomas, neoplasias, hernias y abscesos. La biopsia por aspiración con aguja fin (BACAF) es una herramienta que permite hacer el diagnóstico de esta entidad obviando la necesidad de utilizar anestesia o hacer una resección quirúrgica sin diagnóstico. Presentamos entonces 3 casos de pacientes con lesiones por implantes de endometriosis en el ombligo. A dos de ellas se les hizo el diagnóstico pre-quirúrgico con BACAF.

*Objetivo.* Presentar 3 casos de pacientes con implantes de endometriosis en el ombligo.

*Materiales y métodos.* Se revisaron las historias clínicas de las pacientes, se realizó llamada telefónica a las pacientes para completar los datos y finalmente se hizo una revisión de la literatura.

*Resultados.* 3 mujeres entre los 37 y 41 años con cuadro clínico entre 1 y dos años de evolución de sensación de masa umbilical, dolorosa. En algunas con sangrado cíclico asociado y todas con antecedente quirúrgico previo. Se les realizó diagnóstico histopatológico de implantes de endometriosis en el ombligo y 2 de los diagnósticos fueron por BACAF antes de la resección quirúrgica

*Conclusión.* Los implantes de endometriosis deben hacer parte del diagnóstico diferencial de las masas en el ombligo.

## 02-093

### Nódulo de Villar. Reporte de un caso

*Victor Hugo Vivas, Juan David Acosta, Cecilia Manzano, Roger Bonilla, John Fredy Dorado*  
Universidad del Cauca, Hospital Susana López de Valencia  
Popayán, Colombia  
jd-acosta@hotmail.com

*Introducción.* La endometriosis consiste en la presencia de tejido endometrial extrauterino, que afecta al 8 %-15 % de las mujeres en edad fértil. Aunque su localización habitual es intrapélvica, puede localizarse en otros lugares. La localización cutánea es rara, < 1 % y la forma más frecuente aparece sobre cicatrices ginecológicas, obstétricas o laparoscópicas, aunque puede manifestarse de forma espontánea en la zona umbilical lo cual es sumamente raro.

*Objetivo.* Describir el caso clínico de una paciente que debuta con endometriosis umbilical, nódulo de Villar, sin antecedente quirúrgico previo y realizar una revisión de la literatura.

*Material y método.* Paciente de 38 años sin antecedentes personales que consulto por nódulo umbilical que ha sangrado ocasionalmente y refiere que cambios cíclicos en el tamaño relacionado con el ciclo menstrual.

*Resultados.* Cirugía: resección de lesión violácea en región umbilical, tejido friable que sangra fácilmente.

*Histopatología:* Se observa múltiples estructuras glandulares de aspecto endometrial

*Conclusión.* La endometriosis cutánea umbilical es una forma rara de presentación de la endometriosis, descrita en 1886 por Villar y cuya incidencia se estima que oscila entre el 0,5-1 %.

Se presenta un caso demostrativo de endometriosis primaria de ombligo, entidad que presenta unas manifestaciones clínicas pa-

tognomónicas, y afecta a mujeres en la tercera a cuarta década de la vida, con nódulos eritemato-violáceos o parduscos de aparición reciente, que típicamente producen sensibilidad, dolor o incluso sangrado en los días premenstruales.

## 02-094

### Síndrome de FAHR: un caso inusual de dolor abdominal. Reporte de caso

*María del Mar Meza, Guillermo Julián Sarmiento, Juliana Mercedes Jaramillo*  
Hospital Universitario San José, Universidad del Cauca  
Popayán, Colombia  
mariadelmar1020gmail.com

*Introducción.* Síndrome de Fahr o también llamada calcificación de ganglios basales idiopática es una entidad poco común, genéticamente dominante y de carácter hereditario, caracterizado por depósitos anormales de calcio en áreas del cerebro que controlan el movimiento. Tiene diferentes etiologías, entre las cuales están las infecciosas, trastornos endocrinos (hipoparatiroidismo) y neurodegenerativas.

*Objetivo.* Reportar un caso inusual de dolor abdominal, secundario a Síndrome de Fahr.

*Material y método.* Se realizó la revisión de la historia clínica y posterior revisión sistemática de la literatura.

*Resultados.* Se trata de una paciente de 45 años con antecedente de esquizofrenia, epilepsia, catarata bilateral. Cuadro clínico 15 días de evolución con cambios comportamentales, agresividad, alucinaciones; es trasladada a la unidad mental, refiere además, dolor abdominal de intensidad progresiva, emesis en múltiple de contenido alimentario, hiporexia y orina colúrica. Ingresó taquicárdica, con abdomen globoso, distendido y timpánico, dolor generalizado sin signos claros de irritación peritoneal. Realizan tac cerebral en el cual se observan calcificaciones en ganglios basales que sugieren síndrome de Fahr, tac abdominal gran distensión de asas. Se descarta pancreatitis, y se diagnostica hipocalcemia secundaria a hipoparatiroidismo, hiperfosfatemia e hipomagnesemia, íleo por desequilibrio electrolítico que mejora con reposición de calcio.

*Conclusión.* Muchos estudios muestran que el calcio es el principal elemento involucrado en los hallazgos radiológicos del síndrome de Fahr. También están presentes mucopolisacáridos, aluminio, arsénico, cobalto, molibdeno, hierro, manganeso, fósforo, zinc.

## 02-102

### Hemoperitoneo espontáneo idiopático. Presentación de un caso y revisión de la literatura

*Robín Germán Prieto, Víctor Hugo García, Juliana Rendón*  
Hospital Central de la Policía  
Bogotá, D.C., Colombia  
rgprieto@hotmail.com

*Introducción.* El trauma abdominal con lesión de víscera sólida es la causa más común de hemoperitoneo, seguido por causas de origen ginecológico, especialmente el embarazo ectópico roto. Otras causas son malformaciones vasculares y solo desde hace pocos años se viene informando en la literatura, algunos casos de hemoperitoneo espontáneo idiopático.

*Objetivo.* Presentar un caso de Hemoperitoneo Espontaneo Idiopático, tratado de manera exitosa en el Hospital Central de la Policía

*Materiales y métodos.* En el Hospital Central de la Policía, realizamos la atención médico quirúrgica de un paciente masculino de 20 años sin antecedente traumático, quien ingresa con cuadro de dolor abdominal y en quien la ultrasonografía informa “líquido libre en cavidad abdominal”. El paciente es llevado a cirugía con hallazgo de hemoperitoneo de causa no establecida.

*Resultados.* Se presenta un caso de Hemoperitoneo Espontaneo Idiopático, se realiza la revisión de la literatura, encontrando que se trata de una patología que apenas ahora empieza a ser descrita.

*Conclusión.* El Hemoperitoneo Espontaneo Idiopático es una causa de abdomen agudo que requiere tratamiento quirúrgico y que debe sospecharse en pacientes sin antecedente traumático especialmente de género masculino, o femenino con prueba de embarazo negativa. El diagnóstico se realiza intraoperatoriamente y posteriormente puede ser confirmado mediante exámenes radiológicos.



## VIDEOS

### TORAX

#### 03-042

##### **Neumonectomía por videotoroscopia puerto único**

Carlos Emilio Remolina, Yulieth Acevedo, José Antonio Rodríguez  
Clínica Gestión Salud SAS  
Cartagena, Colombia  
remolinamd@gmail.com; jose7080@hotmail.com

*Introducción.* Durante la última década la cirugía de tórax ha experimentado grandes avances, gracias a la introducción de la cirugía mínimamente invasiva, la que desde su aparición ha permitido realizar procedimientos que anteriormente se hacían por vía abierta, y cuya práctica ha representado mayores beneficios para el paciente. Tanto esta técnica, como su abordaje, han evolucionado de la utilización de tres y cuatro puertos a puerto único permitiendo mayor facilidad, seguridad y mejor recuperación posoperatoria, comparada con la técnica tradicional.

*Objetivo.* Estimar la seguridad y efectividad de la técnica por puerto único para la realización de neumonectomía por videotoroscopia.

*Material y Método.* Se trata de un paciente de sexo femenino con antecedente de tuberculosis, tratada hace 4 años con secuela de estenosis en bronquio fuente derecho, manejada con stent de silicona, presentando neumonías recurrentes por obstrucción del stent. Ingresa con cuadro de 15 días de evolución, consistente en fiebre, disnea y tos con expectoración blanquecina, secundario a neumonía post obstructiva derecha por obstrucción del stent "cuerpo extraño" con lesión crónica irreversible del parénquima pulmonar, por lo que se le practicó neumonectomía por videotoroscopia puerto único.

*Resultados.* La utilización de esta técnica evita el uso de múltiples puertos y la realización de una sola incisión, posibilitando mayor flexibilidad en el uso de la cámara, obteniendo visión directa de las estructuras y menor riesgo de lesión de los nervios intercostales.

*Conclusión.* La neumonectomía por videotoroscopia puerto único disminuye significativamente la posibilidad de lesión de nervios intercostales, con menor dolor postoperatorio. Permite resecciones pulmonares mayores con una rápida recuperación del paciente a corto y largo plazo, a diferencia de la técnica tradicional, y con un mejor resultado estético.

#### 03-043

##### **Diafragmoplastia para hidrotórax hepático por videotoroscopia**

Carlos Emilio Remolina, Yulieth Acevedo, José Antonio Rodríguez  
Clínica Gestión Salud SAS  
Cartagena, Colombia  
remolinamd@gmail.com; jose7080@hotmail.com

*Introducción.* Los pacientes con cirrosis hepática avanzada e hipertensión portal suelen tener una regulación anormal del volumen del líquido extracelular, que en la mayoría de los casos da lugar a

acumulación de líquido en la cavidad abdominal. Aproximadamente del 5 % al 10 % se acumula en el espacio pleural, lo que se denomina como hidrotórax hepático.

*Objetivo.* Valorar la importancia de la utilización de técnicas combinadas mínimamente invasivas, como tratamiento efectivo en pacientes con cirrosis e hidrotórax hepático.

*Material y Método.* Reporte de caso de un paciente con cirrosis e hidrotórax hepático, tratado con diafragmoplastia asociada a pleurodesis química con talco por videotoroscopia. Se evaluaron las características bioquímicas y radiológicas del derrame pleural, la dificultad para ser controlado con medicamentos, sobrevida y seguimiento de recidiva postoperatoria.

*Resultados.* La combinación de la técnica de diafragmoplastia con pleurodesis química por videotoroscopia logró eliminar la tasa de recidiva frecuente en pacientes con hidrotórax hepático, patología que es de difícil manejo.

*Conclusión.* El hidrotórax hepático tiene una sobrevida limitada y una tasa de recidiva elevada, solo modificable con el trasplante hepático; sin embargo la combinación de la diafragmoplastia y pleurodesis química por videotoroscopia puede ser una buena opción para el tratamiento de estos pacientes mejorando su calidad de vida.

#### 03-045

##### **Resección de quiste simple de mediastino posterior paravertebral derecho por toracoscopia**

Juan Camilo Ramírez, William Mauricio Ríos  
Hospital De San José  
Bogotá, D.C., Colombia

*Introducción.* La toracoscopia en pacientes con lesiones quísticas del mediastino posterior es considerada como un procedimiento seguro. La adecuada identificación de la lesión así como la optima disección de la misma favorecen al paciente, ofreciendo las ventajas innatas de la toracoscopia en comparación con la cirugía abierta, en el postoperatorio inmediato y a largo plazo.

*Objetivo.* Ilustrar por medio de un video la técnica quirúrgica de una resección de quiste simple de mediastino posterior por toracoscopia en una paciente de 64 años

*Material y método.* Se evaluó una paciente de 64 años con tomografía axial computarizada del tórax que evidenciaba lesión hipotensa de contornos lobulados en mediastino posterior de 44x 68 mm con evidencia de prominencia de la superficie pleural adyacente con engrosamiento de los septos interlobulillares e infiltrado en vidrio esmerilado lo cual correspondía probablemente a proceso crónico. Teniendo en cuenta la experiencia de nuestro grupo de cirugía de tórax y los resultados favorables obtenidos en este tipo de cirugía comparados con la cirugía abierta; la paciente fue llevada a resección de masa de mediastino posterior por toracoscopia el 06/11/2013 con hallazgos histopatológico que reportó quiste simple.

**Resultados.** Controles posoperatorios durante los siguientes 2 meses dentro de límites normales, sin alteración de la mecánica ventilatorio ni repercusiones hemodinámicas. Se espera nueva valoración por consulta externa en los próximos meses.

**Conclusión.** La cirugía mínimamente invasiva es una opción muy útil en manos expertas a disposición en algunos centros médicos del país como alternativa de acceso al tórax, que debe ser considerada juiciosamente al planear la intervención de cada paciente y de acuerdo a la disponibilidad de recursos del lugar donde va a ser tratado.

**03-055**

### **Derrame pericárdico: abordaje por video toracoscopia**

*Carlos Remolina, Jaillier Sierra Ramírez,*  
Universidad Del Sinú Seccional Cartagena, Clínica Gestión Salud S.A.S  
Cartagena, Bolívar, Colombia  
remolinamd@me.com, mdsierra@gmail.com

**Introducción.** El derrame pericárdico sintomático resulta de múltiples causas, cuando el tratamiento médico ha fallado en el control del derrame o no hay diagnóstico claro el manejo quirúrgico cobra gran importancia.

**Objetivo.** Demostrar que el abordaje por video toracoscopia es de gran utilidad en el manejo del derrame pericárdico, ya que además de ser mínimamente invasiva, permite una exploración de la cavidad torácica, teniendo una visión más amplia.

**Material y método.** Se muestra la técnica por video toracoscopia para la realización de una ventana pericárdica, en una paciente de sexo femenino, eligiendo el lado derecho para el acceso por 3 puertos, uno para cámara y dos puertos de trabajo. Al ingreso se evidencian múltiples adherencias pleurales, se liberan y se logra identificar pericardio abombado, se localiza nervio frénico y se respeta, se procedió a incidir y se ve salida de líquido pericárdico de aspecto seroso, logrando evacuar en su totalidad.

**Resultados.** Se practicó de forma exitosa la realización de una ventana pericárdica por video toracoscopia, en una paciente femenina, de xx años, ingresada por presentar cuadro de disnea, en los estudios clínicos se diagnostica síndrome anémico, por imágenes evidencia de derrame pericárdico con 800 cc de líquido contenido, sin origen evidente, con signos clínicos de taponamiento cardiaco, por lo que se decidió el abordaje por video toracoscopia para terapéutica y toma de muestras para diagnóstico.

**Conclusión.** El objetivo fundamental del tratamiento quirúrgico de los derrames pericárdicos es la resolución definitiva del cuadro, con la mínima morbimortalidad y con baja tasa de recidivas, lo que se logra por vía toracoscópica.

## **VIAS BILIARES PANCREAS**

**03-001**

### **Resección laparoscópica de tumor neuroendocrino de la cola del páncreas y metástasis hepática**

*Raúl Pinilla, Oscar Guevara, Ricardo Oliveros, Grupo de Gastroenterología Oncológica*  
Instituto Nacional de Cancerología, Universidad Nacional de Colombia

Bogotá, D.C., Colombia  
radipisa@hotmail.com

**Introducción.** La pancreatometomía distal por vía laparoscópica ha ganado evidencia como procedimiento seguro en el manejo de lesiones tumorales del cuerpo y cola del páncreas. La resección hepática laparoscópica empieza a tener una mayor evidencia, aunque todavía controversial. Hay pocos reportes de resecciones laparoscópicas combinadas de páncreas e hígado.

**Objetivo.** Presentar la técnica laparoscópica de un caso de pancreatometomía distal con esplenectomía y resección hepática de metástasis en el segmento 5.

**Material y método.** Paciente de 59 años, consulta por dolor lumbar propagado a abdomen. En imágenes de ecografía, TAC y Resonancia magnética se encontraron en la cola del páncreas masa bien definida, heterogénea, sólida, de 64mm de diámetro, en contacto con los vasos esplénicos. Lesión hipervascular de 2 cm en segmento 5, que realza en fase arterial. Se realiza abordaje laparoscópico, paciente en posición francesa, ultrasonografía intraoperatoria, pancreatometomía distal con esplenectomía y resección en cuña del segmento 5.

**Resultados.** Patología reporta Tumor Neuroendocrino pancreático bien diferenciado, grado 2 de la OMS 2010, con invasión linfovascular positiva, Ki67 del 5 %, Índice mitótico: 1 mitosis por 10 CAP. Borde de sección del páncreas libre de tumor. Inmunohistoquímica positiva para cromogranina, sinaptofisina, queratina 19 y glucagón. Uno de 11 ganglios positivo. Lesión hepática: metástasis de tumor neuroendocrino con resección completa.

Glucagón en plasma normal (50 pg/ml).

**Conclusión.** La resección combinada de lesiones de la cola del páncreas y hepáticas es factible, con posibles beneficios propios de la cirugía mínimamente invasiva, estudios son necesarios para confirmar la equivalencia desde el punto de vista oncológico.

**03-002**

### **Resección laparoscópica de metástasis hepática segmento 7**

*Oscar Guevara, Pinilla Raúl, Ricardo Oliveros, Grupo Gastroenterología Oncológica*  
Instituto Nacional de Cancerología, Universidad Nacional de Colombia  
Bogotá, D.C., Colombia  
oaguevarac@yahoo.com

**Introducción.** Las resecciones hepáticas por vía laparoscópica han ganado evidencia que las respalda en los últimos años. Sin embargo las lesiones localizadas en segmentos posteriores y altos del lóbulo derecho no se consideran una buena indicación de laparoscopia.

**Objetivo.** Presentar la técnica laparoscópica de un caso de resección laparoscópica de lesión del segmento 7 hepático.

**Material y método.** Paciente de 54 años, consulta por proctalgia. En colonoscopia masa que compromete recto medio y bajo con compromiso de la línea dentada. Biopsia: adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Se realizan estudios de extensión, negativos. Neoadyuvancia con quimio y radioterapia. Resección abdominoperineal del recto. Patología adenocarcinoma moderadamente diferenciado, con grado 1 de regresión post neoadyuvancia, invasión hasta la

grasa peri-rectal, bordes de sección libres de tumor. Compromiso ganglionar 10/17. Recibe adyuvancia con quimioterapia (Flofox-6). En controles, en TAC 16 meses posoperatorio se encuentra lesión hepática segmento 7, de 20mm. PET-TAC: lesión focal intensamente hipermetabólica en topografía del segmento 7. Paciente con índice de masa corporal de 33. Se realiza resección laparoscópica, bajo guía de ecografía intraoperatoria.

*Resultados.* Posoperatorio con buen control del dolor. Salida al día 3. Patología adenocarcinoma metastásico a hígado de 3.1cm, con necrosis tumoral de menos del 10 %. Evolución adecuada. Seguimiento sin signos de recaída al 6º mes.

*Conclusión.* Aunque el abordaje laparoscópico de las lesiones posteriores y altas del hígado es más difícil, es factible en casos seleccionados. El beneficio en recuperación postoperatoria fue evidente en este paciente con obesidad, que hubiera requerido una incisión extensa para el abordaje abierto.

### 03-003

#### **Pancreatitis y absceso pancreático: manejo laparoscópico**

*Ricardo Villarreal, Dauris Johanna Ortega*  
Universidad El Bosque  
Bogotá D. C., Colombia  
ortegacirugia@hotmail.com

*Introducción.* Las complicaciones de la pancreatitis aguda, abarcan un amplio espectro dentro del que cabe resaltar la formación de absceso pancreático acompañada o no de necrosis, dado que las formas severas pueden llevar a consecuencias orgánicas sistémicas significativas con una mortalidad de hasta el 15%, siendo fundamental un diagnóstico temprano ofreciendo al paciente un manejo agresivo, que permita estabilizar sus condiciones fisiológicas, incluyendo el manejo quirúrgico dentro de las opciones terapéuticas.

*Objetivo.* Realizar una revisión y actualización sobre el manejo del absceso pancreático como complicación de la pancreatitis aguda.

*Material y métodos.* Se presenta en video el drenaje laparoscópico de un absceso pancreático de una paciente con obstrucción biliar a quien se realiza Colangiopancreatografía endoscópica retrograda (CPR) y desarrolla pancreatitis aguda severa, presentando evolución clínica tórpida que correlacionada con imágenes diagnósticas, lleva a tomar la conducta quirúrgica. Se decide un abordaje laparoscópico ante el potencial beneficio.

*Resultados.* Se realizó manejo laparoscópico, descartando lesión de víscera hueca y realizando drenaje de la colección. Manejo postoperatorio multidisciplinario con recuperación de la paciente.

*Conclusión.* El manejo de la pancreatitis aguda es esencialmente clínico. Para los casos en los que no hay respuesta al manejo médico o presentan complicaciones locales como sobreinfección, se reserva el manejo quirúrgico, cada día menos invasivo.

Los estudios publicados son en su mayoría reporte de casos y revisiones sistemáticas que demuestran que se puede realizar de manera segura para el paciente con buenos resultados, acorde a nuestra experiencia.

### 03-027

#### **Hepatectomía parcial izquierda por laparoscopia**

*Luis Fernando Álvarez, Juan Carlos Bonilla*  
Centro Médico Imbanaco.  
Cali, Colombia  
lfalvarez@imbanaco.com.co

*Introducción.* La resección parcial del hígado por laparoscopia es ampliamente usada en caso de metástasis única o tumores primarios del hígado.

*Objetivo.* Mostrar la factibilidad de la resección parcial del hígado por laparoscopia.

*Materiales y método.* Se presenta el caso de una paciente de 73 años de edad que hace tres años se le practicó una resección de colon izquierdo por una neoplasia a ese nivel. Al momento del TAC de control se le encuentra una lesión en el segmento IV del lóbulo izquierdo del hígado con aspecto de ser una lesión metastásica. Se decide llevar a una laparoscopia para una biopsia hepática de la lesión y resección de esta. Se encuentra una metástasis única de 4 cm de diámetro en el segmento IV del lóbulo izquierdo del hígado.

*Resultados.* El video muestra la técnica de la resección segmentaria del hígado con técnica laparoscópica utilizando el disector armónico y la ligadura selectiva de los vasos con endograpadora lineal cortante, las técnicas de hemostasia y la extracción del espécimen quirúrgico. La pérdida de sangre fue de 400 c.c. durante la hepatectomía y se presentó como complicación intraoperatoria el desgarro de la capsula esplénica que requirió hemostasia con floseal y alargó el tiempo quirúrgico. Se realizó transfusión de dos unidades de glóbulos rojos.

*Conclusión.* Se practicó con éxito una resección segmentaria del lóbulo izquierdo del hígado por laparoscopia por una metástasis única.

### 03-031

#### **Hepático yeunostomía en Y de Roux por laparoscopia**

*Carlos Enrique Arenas, Luis Fernando Álvarez*  
Clínica Nuestra Señora de Los Remedios  
Cali, Colombia  
canas2001@gmail.com

*Introducción.* Con la aparición de la colecistectomía por laparoscopia, se allana el camino para otros procedimientos como la exploración de las vías biliares hasta llegar a la cirugía hepato pancreática y de víscera sólida.

*Objetivo.* Mostrar la realización de una hepático yeunostomía en Y de Roux en una paciente de 55 años de edad previamente colecistectomizada y reintervenida por coledocolitiasis recidivante con técnica abierta y con cuadro de litiasis recidivante del colédoco en múltiples ocasiones posteriores, con tres CPER previas con extracción de cálculos y quien consulta de nuevo con cuadro de ictericia y una nueva CPER mostro vía biliar dilatada mayor de 3 cm y múltiples cálculos mayores de 2 cm. Por lo cual se decide practicar cirugía derivativa. Como antecedente importante la paciente cursa con un cuadro de anemia de células falciformes.

*Material y método.* Ante la imposibilidad de manejo endoscópico, se remite para cirugía diseñándose una estrategia de mínima invasión. Se

posiciona paciente en decúbito supino y se utilizan cuatro trocares: uno de 10 mm supra umbilical para la cámara, un trocar epigástrico de 10 mm de trabajo, y dos trocares de 5 mm en hipocondrio derecho para tracción y trabajo. Inicialmente se liberan todas las adherencias sub hepáticas que dificultaron enormemente el procedimiento; una vez identificada la vía biliar extra hepática se procede a la sección del hepático común, retiro de los cálculos proximales y distales y se realiza coledoscopia para comprobar la permeabilidad y limpieza de las vías biliares intra hepáticas. Luego se procede a identificar el ángulo de treitz y 50 cm distal se realiza sección intestinal con endograpadora lineal cortante de 45 mm ascendiendo el asa distal seccionada hasta el espacio sub hepático para realizar una hepático yeyunostomía termino lateral con puntos separados de PDS 3/0 y una yeyuno yeyuno anastomosis con endograpadora lineal cortante de 45 mm con carga blanca y cierre de las enterotomías con sutura corrida de PDS 3/0.

**Resultados.** La paciente tuvo una evolución satisfactoria con rápida aceptación de la vía oral, caída progresiva de sus bilirrubinas y demás pruebas de función hepática y una estancia hospitalaria de cuatro días.

**Conclusión.** Al igual que la exploración de las vías biliares por laparoscopia, la cirugía biliar derivativa también está al alcance de la mínima invasión con resultados satisfactorios adicionando todas las bondades de esta, habiendo ya reportados numerosos casos de este procedimiento inclusive de cirugías más complejas como la pancreatoduodenectomía.

### 03-032

#### **Fistulas colecisto-duodenales. Tratamiento por laparoscopia**

*Luis Fernando Álvarez, Olga Lucia Rojas, Diego Rivera.*  
Centro Médico Imbanaco.  
Cali, Colombia  
lfalvarez@imbanaco.com.co

**Introducción.** Con la adquisición de experiencia en laparoscopia de la vesícula ya hemos incursionado en otros procedimientos más avanzados como son la exploración de las vías biliares, y el manejo de las fistulas colecisto-duodenales, lo que antes nos implicaba conversión a cirugía abierta.

**Objetivo.** Mostrar que el manejo con técnicas de mínima invasión es posible en aquellos pacientes que ingresan al quirófano para una colecistectomía, pero que durante la cirugía encontramos que cursan con fistulas a duodeno y que complican el procedimiento haciéndolo más difícil y con mayor riesgo de morbilidad o de conversión a cirugía abierta.

**Materiales y método.** Se presentan dos videos de pacientes que fueron llevadas a cirugía, una por cuadro de colecistitis aguda y la otra por cuadro de colelitiasis sintomática y a las cuales se les encontró respectivamente una fistula a duodeno con inflamación aguda y a la otra una fistula a duodeno con inflamación crónica. Ambas se resolvieron por laparoscopia con técnica americana de colocación de los cuatro trocares para la colecistectomía con técnicas diferentes de abordaje de la fistula: la primera con desmantelamiento de la fistula y reparo del duodeno con puntos separados de PDS 3/0 (esta paciente cursaba con un cuadro de íleo biliar con calculo impactado en el íleon terminal) y la segunda paciente con resección de la fistula con endograpadora lineal cortante de 45 mm y carga azul.

**Resultados.** Las pacientes tuvieron una evolución satisfactoria con resolución de su patología primaria y con resección de la fistula encontrada como hallazgo incidental sin que se presentara morbilidad asociada.

**Conclusión.** Con la adquisición de experiencia y de mayores habilidades, poco a poco vamos ampliando las posibilidades terapéuticas de mínima invasión para nuestros pacientes pudiendo resolver casos más complejos de cirugía de vesícula con patología sobre agregada.

### 03-035

#### **Clips escalonados en conducto cístico ¿alternativa idónea en cístico dilatado?**

*Nayib Zurita Medrano, Caly Vergara, Klovis Vergara, Caterin Arévalo*  
Universidad Del Sinú Seccional Cartagena, Clínica Cartagena Del Mar  
Cartagena, Bolívar, Colombia  
nazume73@hotmail.com

**Introducción.** La colecistectomía laparoscópica se ha convertido en una de las cirugías programadas más realizadas por el cirujano general, requiriendo tener la pericia en el manejo de las posibles complicaciones y posterior resolución.

**Objetivo.** Dar a conocer las posibilidades de abordaje de conducto cístico dilatado durante colecistectomía laparoscópica para sección del mismo durante procedimiento, e incidencia de bilirragia posterior de cierre.

**Material y método.** Se realiza revisión de historia clínica de paciente masculino de 39 años de edad, con diagnóstico de colelitiasis + colecistitis crónica, en quien durante acto quirúrgico de detecta conducto cístico dilatado, en institución con disponibilidad de clips convencionales, en quien se considera colocación de clips escalonados para sección de conducto, sin embargo el paciente reingresó posteriormente a la semana, con cuadro de abdomen agudo realizando second look, evidenciando bilirragia con peritonitis secundaria, controlado con sutura mecánica, sin complicaciones. El paciente evoluciono satisfactoriamente. Buscamos mostrar alternativas y consecuencias de la utilización de este método en condiciones específicas.

**Resultados.** La paciente es llevada a cirugía con resolución de cuadro, sin embargo con posterior desarrollo de abdomen agudo que requirió reintervención con posterior resolución de cuadro y evolución satisfactoria de la paciente.

**Conclusión.** La vía laparoscópica permite el abordaje de elección en colelitiasis con conducto cístico dilatado, la utilización de clips escalonados no es el mecanismo más idóneo, si se tiene la disponibilidad de sutura mecánica, sutura extracorpórea o hemolocs.

### 03-036

#### **Síndrome de Mirizzi “reto diagnóstico y terapéutico”**

*Nayib Zurita Medrano, Caly Vergara, Klovis Vergara, Caterin Arévalo*  
Universidad Del Sinú Seccional Cartagena, Clínica Cartagena Del Mar  
Cartagena, Bolívar, Colombia  
nazume73@hotmail.com

**Introducción.** El síndrome de mirizzi, es una causa de coledocolitiasis, subestimada y que puede conllevar a complicación que ponen en riesgo la vida.

*Objetivo.* Demostrar que el manejo laparoscópico de una colecistectomía laparoscópica de paciente con colelitiasis e ictericia obstructiva secundaria a síndrome de mirizzi sobreagregado.

*Material y método.* Se revisa historia clínica de paciente desde su ingreso, que consulta inicialmente con cuadro de cólico biliar e ictericia obstructiva, documentando colelitiasis, con sospecha de obstrucción de vía biliar por lo que se realiza CPRE, con hallazgo de síndrome de mirizzi tipo I, por lo que es llevada a cirugía realización colecistectomía por laparoscopia, evidenciando cístico dilatado, sin complicaciones intraoperatorias. La paciente evoluciona satisfactoriamente.

*Resultados.* La paciente es llevada a cirugía con resolución de cuadro, sin repercusiones posteriores y evoluciona satisfactoriamente.

*Conclusión.* La vía laparoscópica permite el abordaje de síndrome de mirizzi tipo I, con poca estancia hospitalaria y sin complicaciones posquirúrgicas.

### 03-038

#### **Hallazgo intraoperatorio de conducto de Luschka en colecistectomía por laparoscopia. Reporte de un caso**

*Nayib Zurita Medrano, Carlos Cruz, Nelson Buelvas, Saúl Hernández, Caterin Arévalo*  
Universidad del Sinú, Cartagena  
Cartagena, Colombia  
nelson\_buelvasgomez@hotmail.com

*Introducción.* Los conductos de Luschka son conductos accesorios que se originan en el lóbulo hepático derecho que cursan a lo largo de la fosa de la vesícula. El pasar por alto estas estructuras al momento de la colecistectomía representa un riesgo importante de lesiones iatrogénicas de vías biliares y complicaciones.

*Objetivo.* Conocer las características y la epidemiología de los conductos de Luschka, así como su forma de identificación y manejo intraoperatorio.

*Material y método.* En el presente estudio mostraremos el hallazgo incidental de un conducto de Luschka en una paciente de 54 años programada para colecistectomía por laparoscopia, con posterior abordaje quirúrgico inmediato. Discusión de caso clínico y de literatura actualizada sobre el tema.

*Resultados.* Las ayudas diagnósticas prequirúrgicas no son lo suficientemente sensibles como para detectar conductos biliares aberrantes, por lo que el cirujano general debe estar lo suficientemente preparado para identificar estas estructuras y resolverlas de manera oportuna.

*Conclusión.* Los conductos de Luschka son estructuras que deben ser tenidas en cuenta de manera sistemática al momento de hacer revisiones de hemostasia del lecho vesicular en colecistectomías por laparoscopia. El buen conocimiento de la anatomía es fundamental para la identificación de los mismos.

### 03-040

#### **Hidrodissección en colecistectomía laparoscópica difícil**

*Nayib Zurita Medrano, Carlos Bustillo, Karla Patricia Gutiérrez, Yessica Trujillo*  
Universidad del Sinú seccional Cartagena, Clínica Santa Cruz de Bocagrande, Clínica Cartagena del Mar

Cartagena, Colombia  
Kpgdpl@hotmail.com; alrak1802@gmail.com

*Introducción.* La colecistectomía laparoscópica se considera el Gold Standart como opción de manejo quirúrgico en colelitiasis y colecistitis, incluyendo condiciones que aumenten la complejidad de la interpretación la anatomía del triángulo de Calot exponiéndonos eventualmente a lesionar la vía biliar, lo que nos exige el uso de elementos que disminuyan dicho riesgo, como por ejemplo disección hídrica, disección roma, opciones definidas por cada cirujano.

*Objetivo.* Demostrar que el uso hidratación de los tejidos a presión variable de acuerdo al objetivo puede generar disección selectiva conservando la integridad de estructuras como conductos biliares y vasos sanguíneos.

*Material y método.* Se muestra la técnica convencional de colecistectomía laparoscópica en condiciones de difícil identificación de la anatomía del triángulo de Calot, que al realizar hidratación a presión variable generada por infusor acompañado de disección roma; se llega dilucidar cada una de las estructuras como conducto cístico, colédoco y arteria cística, lo que genera seguridad a la hora de clipar, disminuyendo el riesgo de disminución de la vía biliar.

*Resultados.* Se practicó de forma exitosa en una serie de pacientes en los cuales se identificaron cada una de las estructuras del triángulo de Calot, sin realizar lesión la vía biliar.

*Conclusión.* El uso de las propiedades básicas de hidrocínética basados en la ley de Poisseulle, utilizándolo como método de disección de estructuras sin exponer al calor o uso de corte en frío disminuye la probabilidad de lesión de la vía biliar, al ser el agua un elemento no deletéreo para las estas.

### 03-044

#### **Complicaciones en la resección de un Cistoadenoma mucinoso de páncreas**

*Nayib Zurita Medrano, Carlos Cruz, Carlos Bustillo, Luis González*  
Clínica Cartagena Del Mar  
Cartagena, Colombia  
luisgm020@hotmail.com

*Introducción.* Las neoplasias quísticas del páncreas son lesiones poco frecuentes que suponen aproximadamente el 10 % del total de las lesiones quísticas pancreáticas y el 1 % de los tumores del páncreas. A pesar de esto, cada vez se diagnostica con mayor frecuencia estos cistoadenomas, que son casi siempre benignos, pero tiene riesgo de malignidad. Otro factor que dificulta su diagnóstico es que casi siempre son asintomáticos.

Este tipo de tumor es la lesión quística pancreática más frecuente y supone un desafío para el clínico, por su diagnóstico diferencial respecto del pseudoquiste que constituye una entidad de origen, pronóstico y tratamiento completamente distintos y los diversos tipos de neoplasias quísticas.

*Objetivo.* Reporte de caso y controversia del abordaje por vía laparoscópica en estas neoplasias.

*Materiales y método.* Reporte de caso, de una complicación del abordaje por vía laparoscópica de un cistoadenoma mucinoso de páncreas.

**Resultados.** Determinar la indicación de la cirugía laparoscópica como herramienta en los casos de tumores de cuerpo y cola de páncreas y mostrar las complicaciones que pueden surgir en este procedimiento por la complejidad de estas patologías.

**Conclusión.** Establecer de manera clara la indicación y las pautas del abordaje por vía laparoscópica de estas patologías pancreáticas sin pasar por alto el riesgo quirúrgico que estas por su ubicación y por otras características representan.

### 03-046

#### **Acomplamiento capacitivo en colecistectomía laparoscópica. Avances en disección con tijera**

*Nayib Zurita Medrano, Caterin Arévalo, Klovis Vergara, Nelson Buelvas*

Universidad del Sinú  
Cartagena, Colombia  
cate-90@hotmail.com

**Introducción.** La electrocirugía es la aplicación de electricidad por medio de radiofrecuencia sobre un tejido para obtener un efecto clínico deseado. En la colecistectomía laparoscópica, se utiliza la disección del lecho vesicular utilizando la tecnología del electrobisturí mono-polar, que según la literatura, es la técnica preferida por presentar grandes ventajas en cuanto a la disminución del sangrado en el paciente, implicando una menor duración de las cirugías y otras ventajas para el cirujano porque mantiene un área de trabajo más limpia y brinda mayores facilidades quirúrgicas. Sin embargo, se han descrito desventajas, tales como las lesiones de otros órganos vecinos por el acomplamiento capacitivo de la energía.

**Objetivo.** Presentar un vídeo en el cual se evidencie nuestra experiencia en la colecistectomía laparoscópica con la disección del lecho vesicular con tijera.

**Material y método.** Vídeo realizado mediante el uso de un computador portátil el cual va conectado a una video cámara capturadora, que se acopla al procesador del equipo de laparoscopia, el cual, permite la grabación de todos los pasos durante toda la cirugía.

**Resultados.** Nuestra experiencia actual permite informar sobre otras alternativas seguras de disección del lecho vesicular mediante el uso de tijera, minimizando el uso de la energía en la zona quirúrgica, usándola sólo en casos necesarios.

**Conclusión.** Se muestra un método seguro y alternativo del uso de la tijera en la colecistectomía laparoscópica, con la disminución de los riesgos que conlleva la utilización de la electricidad en el paciente.

### 03-048

#### **Colecistitis alitiásica aguda. Beneficios de una cirugía a tiempo**

*Nayib Zurita, Caterin Arévalo, Klovis Vergara, Nelson Buelvas*

Universidad del Sinú  
Cartagena, Colombia  
cate-90@hotmail.com

**Introducción.** Más del 90 % de las colecistitis agudas están relacionadas con la colelitiasis, el porcentaje restante hace parte de las ali-

tiásicas con o sin síntomas. Con la introducción de la colecistectomía laparoscópica en 1991, ha habido una importante reducción de la incidencia de esta enfermedad, pero, sigue existiendo incertidumbre respecto a su manejo, en especial al momento de la intervención y la vía de abordaje. Varios estudios han demostrado que precozmente es un procedimiento viable, seguro y costo-efectivo comparado con la técnica abierta o diferida.

**Objetivo.** Presentar un vídeo en el cual se evidencie nuestra experiencia en el manejo de colecistitis alitiásicas mediante la realización de una colecistectomía laparoscópica oportuna.

**Material y método.** Vídeo realizado mediante el uso de un computador portátil el cual va conectado a un video cámara capturadora, que se acopla al procesador del equipo de laparoscopia, el cual, permite la grabación de todos los pasos durante toda la cirugía.

**Resultados.** Nuestra experiencia actual permite informar sobre los beneficios de la realización de una colecistectomía laparoscópica en el momento oportuno y precoz realizada con altos grados de seguridad, con una mortalidad de menos del 0.2 % y morbilidad de menos del 5 %.

**Conclusión.** La colecistectomía laparoscópica se debe realizar en las primeras 48 a 72 horas tras el comienzo de los síntomas, si el cirujano está debidamente entrenado y cuenta con bastante destreza para disminuir las tasas de complicaciones en colecistectomías calculosas o alitiásicas.

### 03-049

#### **Quiste del colédoco. Nuestra experiencia**

*Nayib Zurita, Caterin Arévalo, Klovis Vergara, Nelson Buelvas*

Universidad del Sinú  
Cartagena, Colombia  
cate-90@hotmail.com

**Introducción.** El quiste de colédoco es una enfermedad poco frecuente, de etiología desconocida, la cual se presenta en la infancia, sin embargo en el 20 % de los pacientes ocurre en la adultez, asociado a enfermedad hepatobiliar. Se presenta un caso de un paciente de 18 años con dolor abdominal recurrente a estudio, el cual tras la realización de una resonancia magnética se le diagnóstica un quiste de colédoco, el cual es llevado a procedimiento quirúrgico abierto sin complicaciones, con una evolución postoperatoria adecuada y con resolución completa del cuadro clínico inicial.

**Objetivo.** Presentar un vídeo en el cual se evidencie nuestra experiencia en la disección del quiste de colédoco y su correcta evolución en el posoperatorio.

**Material y método.** Vídeo realizado mediante el uso de video cámara de alta resolución, y con cámara fotográfica, permitiendo la toma de fotos y grabación de los pasos durante toda la cirugía.

**Resultados.** Nuestra experiencia actual permite mostrar la correcta evolución del pre y postoperatorio de un paciente de 18 años con diagnóstico de una patología poco frecuente, obteniendo resultados favorables que mejoran el cuadro clínico favorablemente.

**Conclusión.** Se muestra un método seguro, abierto y convencional de la realización de la resección del quiste de colédoco en un caso con una patología de presentación poco frecuente y obteniendo muy buenos resultados, sin complicaciones.

**03-054**

**Experiencia en el manejo de papilectomía endoscópica y ampulectomía quirúrgica. Video**

Rodrigo Castaño, Carlos Alberto López  
Universidad Pontificia Bolivariana  
Medellín, Antioquia, Colombia  
[carloslopez97@hotmail.com](mailto:carloslopez97@hotmail.com)

*Introducción.* La papilectomía endoscópica es una opción terapéutica actual en el tratamiento de los adenomas de la ampolla de Vater, el procedimiento consiste en la resección por vía endoscópica de la mucosa y la submucosa correspondientes a la ampolla de Vater. Presenta una baja tasa de complicaciones que puede variar entre el 8 – 23 % y representa una menor morbilidad cuando se compara con procedimientos quirúrgicos previamente utilizados para el manejo de estas lesiones.

*Objetivo.* Realizar el reporte de una serie de casos en video de la experiencia en la papilectomía endoscópica y la ampulectomía quirúrgica, enfatizando en los aspectos técnicos de ambas intervenciones.

*Material y método.* Serie de casos en Video.

*Resultados.* Se documenta la descripción iconográfica por video de los aspectos técnicos de la papilectomía endoscópica y la quirúrgica mostrando las virtudes y limitaciones de cada intervención, destacando la morbimortalidad asociada a cada técnica en una serie de pacientes con más de 20 intervenciones endoscópicas y 7 quirúrgicas, con un seguimiento no menor a un año de cada caso.

*Conclusión.* La papilectomía endoscópica, es un procedimiento seguro y efectivo en las manos de un endoscopista experimentado, en la actualidad es una opción alterna a la ampulectomía quirúrgica en el manejo de las lesiones adenomatosas con cualquier grado de displasia e incluso para el carcinoma in situ. La opción quirúrgica se plantea para lesiones de mayor tamaño y un mayor compromiso de la submucosa, según lo evaluado por el ultrasonido endoscópico.

**GASTROINTESTINAL**

**03-005**

**Corrección de hernia diafragmática de Bochdaleck izquierda videoasistida**

Edgard Gutiérrez, Luis Villota, Brenda Lamadrid, Juan Acevedo, Francisco Forero, Genys Gutiérrez  
Universidad de Cartagena, Clínica Universitaria San Juan de Dios  
Cartagena, Colombia  
[blamadridm@gmail.com](mailto:blamadridm@gmail.com), [lugevigo@gmail.com](mailto:lugevigo@gmail.com)

*Introducción.* La hernia de Bochdaleck es una de las anomalías congénitas más comunes que se manifiestan en los lactantes. En el adulto es una rareza, con una prevalencia de 0,17 a 6 % de todas las hernias diafragmáticas y su presentación del lado derecho es aún más rara.

*Objetivo.* Presentar un video de una herniorrafia diafragmática videoasistida en un paciente con una Hernia de Bochdaleck derecha.

*Material y método.* Estudio de la historia clínica, técnica quirúrgica, complicaciones y revisión de la literatura médica.

*Resultados.* Se presenta el caso de un paciente de 17 años con cuadro de disnea ocasional, que en sus estudios imagenológicos, se documenta una hernia diafragmática posterolateral derecha, con herniación intratorácica de riñón derecho, ángulo hepático del colon y domo hepático. Se decide llevar a cirugía: herniorrafia diafragmática videoasistida por dos puertos, con colocación de malla de polipropileno, sin complicaciones. Se presenta video de procedimiento quirúrgico, hallazgos intraoperatorios y resultados.

*Conclusión.* Las hernias diafragmáticas de Bochdalek, son defectos congénitos, de manifestación clínica habitual durante los primeros meses y años de vida. Su ocurrencia en la edad adulta es extremadamente rara y en un 80 % casos, su localización es izquierda, sin embargo en nuestro paciente el diagnóstico fue incidental, con localización inusual del lado derecho. En la edad adulta, generalmente se presentan de manera aguda, con manifestaciones respiratorias o gastrointestinales dependiente de las vísceras herniadas. Se decidió manejo quirúrgico por abordaje videoasistido por dos puertos, ya que presenta una menor morbimortalidad.

**03-006**

**Adrenalectomía derecha laparoscópica por quiste gigante**

Juan Carlos Hoyos, Andy Gómez, Maryuri Becerra, Brenda Lamadrid, Mauro Garzón  
Universidad de Cartagena, Hospital universitario del caribe  
Cartagena, Colombia  
[blamadridm@gmail.com](mailto:blamadridm@gmail.com), [andygo10@hotmail.com](mailto:andygo10@hotmail.com)

*Introducción.* El quiste suprarrenal es la enfermedad benigna más común de la glándula suprarrenal. Es una enfermedad rara, con una incidencia entre el 0.064 - 0.18%. En la literatura hay publicados alrededor de 600 casos, la mayoría de estos, asintomáticos o manifestados por masa con efectos compresivos y dolor. En nuestra paciente, el síntoma principal fue sensación de masa y dolor.

*Objetivo.* Presentar un video de una adrenalectomía por videolaparoscopia sin complicaciones en una paciente adulta joven con un quiste suprarrenal gigante

*Material y método.* Estudio de la historia clínica, técnica de adrenalectomía por laparoscopia, complicaciones y revisión de la literatura.

*Resultados.* Se presenta el caso de una paciente de 18 años de edad con cuadro de dolor en hipocondrio derecho, fiebre y sensación de masa. Se obtienen estudios imagenológicos, que evidencian un quiste de la glándula suprarrenal derecha de aprox 12 cms de diámetro. La paciente es llevada a cirugía: adrenalectomía por videolaparoscopia, por lo que se presenta video de procedimiento quirúrgico, hallazgos intraoperatorios y resultados.

*Conclusión.* Los quistes de la glándula suprarrenal son una patología muy rara y de baja incidencia, situación que dificulta su manejo y lo hace en algunas situaciones, algo controversial. Dentro de las posibilidades de tratamiento encontramos el manejo radiológico intervencionista con punción percutánea y el manejo quirúrgico con resección de la lesión, con preservación o no de remanente adrenal. En nuestra paciente se consideró el manejo quirúrgico por su tamaño y por la sintomatología, así como el abordaje laparoscópico para disminuir morbimortalidad.

03-007

**Esplenectomía de bazos accesorios en PTI recurrente***Jesús Vásquez, Leidy Johanna Paipilla*

Hospital Manuel Uribe Ángel

Medellín, Colombia

johannita35@hotmail.com

**Introducción.** La recurrencia de los trastornos hematológicos posterior a la realización de esplenectomía como segunda línea de manejo, en los pacientes con púrpura trombocitopenica idiopática primaria es un terreno de interés para los equipos quirúrgicos, se ha documentado que la incidencia de bazos accesorios como principal causa de la recurrencia de estos trastornos va desde 5-44 % siendo más frecuente en los pacientes con PTI que en otros tipos de trastornos hematológicos u otras patologías propias del bazo, de igual forma el sitio que con más frecuencia alberga los bazos accesorios es en cercanías al hilio esplénico (75 %) seguido por el lecho quirúrgico.

**Objetivo.** Revisar el estado de arte acerca de la recurrencia de trastornos hematológicos en pacientes con PTI crónica primaria que fueron llevados a esplenectomía, establecer como causa la presencia de bazos accesorios y evaluar la mejor forma de detectarlos.

**Material y método.** Revisión de un caso clínico con el video de la intervención quirúrgica y revisión de la literatura.

**Resultados.** Estudios prospectivos y retrospectivos han demostrado altas tasas de respuestas tempranas (89-90 %) posterior a la esplenectomía, sin embargo hasta 1/3 de los pacientes recurren en el primer año. Varios estudios se usan para detectar los bazos accesorios siendo la laparoscopia talvez el mejor de los métodos teniendo en cuenta los lugares de principal presentación.

¿La segunda línea de tratamiento debe iniciarse con la esplenectomía vs el uso de otros medicamentos como los análogos de trombopoyetina y Rituximab? hay pocos estudios pero estos siguen mostrando superioridad del manejo quirúrgico.

**Conclusión.** Los estudios clínicos han buscado encontrar el método más efectivo para diagnosticar la existencia de estos bazos accesorios, gran parte de los estudios han mostrado que el beneficio del TAC no parece ser mejor elección para el diagnóstico prequirúrgico (sensibilidad < 60% vs 100% laparoscopia) y no elimina la necesidad de la intervención quirúrgica; así que una búsqueda minuciosa durante la cirugía puede ser la mejor opción en todos los pacientes, se debería incluir dicha búsqueda exhaustiva en el primer tiempo quirúrgico.

La segunda línea de tratamiento de estos pacientes tiene más opciones además de la esplenectomía sin embargo los estudios más recientes han mostrado beneficio de esta sobre otras terapias en términos de morbimortalidad, tiempo libre de recurrencia y estancia hospitalaria.

03-011

**Actualización en el síndrome de Fitz Hugh Curtis***Ricardo Villarreal, Evaristo Bejarano P.*

Universidad el Bosque

Bogotá, Colombia

ebejarano@unbosque.edu.co

**Introducción.** Actualización del síndrome de Fitz Hugh Curtis.

**Objetivo.** Actualizar sobre causas, fisiopatología y epidemiología de la enfermedad. Reforzar mediante una revisión de la literatura actual la toma de decisiones ante hallazgos laparoscópicos de esta enfermedad.

**Material y método.** Se brindara información sobre las causas, mecanismo fisiopatológico y epidemiología, además de las principales características clínicas de la enfermedad. Se mostraran complicaciones secundarias a adherencias peri-hepáticas; información necesaria para el cirujano que durante una intervención laparoscópica se enfrenta a hallazgos relacionados con esta enfermedad. Finalizaremos la presentación mostrando un video de uno de varios casos realizados durante cirugía laparoscópica en la Clínica el Bosque.

**Resultados.** Definir pautas de manejo en el cirujano laparoscopista quien se enfrenta diariamente a hallazgos relacionados con esta enfermedad.

**Conclusión.** El grupo asistente a la presentación generar discusión ante la intervención versus manejo conservador de los hallazgos evidenciados en pacientes con síndrome de Fitz Hugh Curtis.

03-012

**Manejo de hernia paraesofágica gigante por laparoscopia***Fernando Arias, Gabriel Herrera, Manuel Eduardo Pozo, Natalia Cortes, Laura Loaiza, Luis Parra*

Fundación Santa Fe de Bogotá

Bogotá, D.C., Colombia

farias00@hotmail.com

**Introducción.** La hernia hiatal consiste en el prolapso de cualquier estructura no esofágica hacia el tórax a través del hiato diafragmático. Estas hernias son clasificadas en cuatro tipos de acuerdo a las estructuras anatómicas que migran hacia el tórax. Aquella en la que se desplazan otros órganos abdominales además del estómago es la denominada tipo IV, cuya incidencia es entre 3 y 6 % entre las hernias hiatales. El abordaje quirúrgico de esta condición es controvertido.

**Objetivo.** Presentar el video de técnica quirúrgica realizada en el Hospital Universitario Santa Fe de Bogotá y revisar la literatura.

**Material y método.** Presentación de video de un caso clínico y revisión de la literatura.

**Resultados.** Paciente masculino de 76 años de edad, con antecedente de 4 años de hernia hiatal en manejo médico, quien consulta por cuadro de disfagia, epigastralgia y distensión abdominal posprandial. Al examen físico se auscultan ruidos intestinales sobre bases pulmonares. El paciente es llevado a cirugía laparoscópica evidenciando defecto herniario hiatal de 15 cm por el que protruyen al tórax el colon transverso, epiplón, el fondo y el cuerpo del estómago, constituyendo una hernia paraesofágica gigante tipo IV. Se realiza corrección del defecto herniario, colocación de malla recubierta, funduplicatura de Nissen y gastropexia anterior. El paciente cursa con adecuada evolución clínica.

**Conclusión.** La hernia hiatal tipo IV es poco frecuente entre todas las hernias hiatales y la cirugía laparoscópica se plantea como una técnica segura y efectiva para su manejo.

### 03-013

#### **Esofagiomiotomía de Heller con funduplicatura parcial de DOR por vía laparoscópica como tratamiento de acalasia**

*Fernando Arias, Gabriel Herrera-Almarino, Natalia Cortés, Manuel Eduardo Pozo, Laura Loaiza, Luis Parra*  
Hospital Universitario Fundación Santa Fé de Bogotá  
Bogotá, D.C., Colombia  
farias00@hotmail.com

**Introducción.** El tratamiento quirúrgico mínimamente invasivo de la acalasia ha sido aceptado como la mejor opción terapéutica en esta patología. Demuestra mejores resultados en cuanto a disminución de síntomas, calidad de vida, y menor incidencia de síntomas de reflujo gastroesofágico a largo plazo comparado con otras modalidades.

**Objetivo.** Se presenta el caso de un paciente previamente tratado con dilatación esofágica sin resolución de la sintomatología. Es llevado a esofagiomiotomía de Heller con funduplicatura parcial de Dor por vía laparoscópica.

**Materiales y métodos.** Se llevó a cabo procedimiento quirúrgico con colocación de cinco puertos de laparoscopia. Se realizó disección de unión gastroesofágica con liberación de ligamento gastrohepático y de ligamento gastroesplénico en sus porciones anteriores. Se procedió con miotomía de Heller con extensión de 3cm sobre tejido gástrico haciendo uso de equipo de electrocirugía combinado con ultrasonido armónico (Harmonic®, Ethicon Endo-Surgery, Blue Ash, OH). Se descartó solución de continuidad en mucosa esofágica con endoscopia de vías digestivas intraoperatoria y finalmente se realizó funduplicatura parcial de Dor sin complicaciones.

**Resultados.** Paciente toleró adecuadamente reinicio de la vía oral 12 horas posteriores al procedimiento, tras radiografía de vías digestivas que descartó fugas. En el período posoperatorio inmediato paciente refirió mejoría de la disfagia y resolución de sintomatología en su totalidad en seguimiento a los 30 días posoperatorio.

**Conclusión.** El tratamiento quirúrgico por vía laparoscópica de la acalasia debe considerarse de primera línea considerando los resultados superiores que presenta a largo plazo, en comparación con otras opciones terapéuticas.

### 03-014

#### **Supraadrenalectomía en una paciente con ACV isquémico**

*José Gonzalo Moros, Andrés Salazar, Angélica Cendales*  
Pontificia universidad javeriana  
Bogotá, D.C., Colombia  
macendales@husi.org.co

Paciente femenina de 46 años, ingresa remitida por presentar emergencia hipertensiva con órgano blanco cerebro. Presenta de un día de evolución hemiparesia derecha, desviación de la mirada y comi-sura labial a la izquierda y disartria. Se documenta por tomografía computadorizada (TAC) de cráneo evento isquémico de la corona radiada izquierda. Se considera fuera de ventana para realización de trombolisis.

Durante la hospitalización, las cifras de tensión arterial fueron de difícil control. Requiere infusión de labetalol y hasta 6 antihipertensivos orales. Adicionalmente presenta hipocalcemia moderada a severa que requiere reposición de potasio y antihipertensivos ahorradores de potasio.

La paciente tiene antecedente de hipertensión arterial de difícil control hace 4 años manejada con prazosina y verapamilo. Trae una TAC de abdomen practicado por forma extrainstitucional que documenta una masa suprarrenal izquierda y un estudio de metanefrinas en orina la cual se encontraban elevadas. Se considero aldosteronoma Vs feocromitoma. Por uso de antihipertensivos orales no fue posible realizar estudios. Pero por persistencia de necesidad de infusión de labetalol, múltiples antihipertensivos orales se considera la paciente candidata para supraadrenalectomía por laparoscopia, la cual se lleva a cabo sin complicaciones. En las siguientes 36 a 48 postoperatorio se logra suspender el labetalol, reposición de potasio y ahorradores de potasio y se da salida. La patología reporta un adenoma de la corteza adrenal.

### 03-015

#### **Esófago-gastrectomía total laparoscópica por adenocarcinoma de la unión gastroesofágica. Reporte de un caso**

*Juan Pablo Hoyos, Sandra Libreros, Jesús Vásquez*  
Universidad de Antioquia  
Envigado, Colombia  
hoyosburgos@yahoo.es

**Introducción.** El cáncer gástrico constituye la segunda causa por muerte en el mundo, aunque durante las últimas tres décadas se ha observado una disminución global en su incidencia. Esta situación sucede principalmente con el carcinoma gástrico distal, mientras que de forma simultánea se viene observando un incremento en el número de casos nuevos de tumores proximales.

Aún existe controversia acerca de la extensión de la resección y la seguridad de la cirugía laparoscópica para el tratamiento de este tipo de cáncer.

**Objetivo.** Describir el caso de una paciente llevada a esófago-gastrectomía total por vía laparoscópica con anastomosis esófago-yeyunal manual en dos planos, retrocardiaca.

**Material y método.** Se presenta el caso una paciente con antecedente de esófago de Barret, en quien se documenta adenocarcinoma de la unión gastroesofágica, tipo Siewert II. En estudios de extensión se descartan lesiones metastásicas y se observan adenopatías en estaciones 1 y 3. Se decide llevar a cirugía.

**Resultados.** Se realiza gastrectomía total con esofagectomía distal por laparoscopia, con reconstrucción en Y-de-Roux y anastomosis esófago-yeyunal termino-lateral manual, en dos planos, retrocardiaca. Evoluciona favorablemente, al séptimo día se evidencia anastomosis indemne en esófago de bario, y se inicia la vía oral, la cual tolera. Se da de alta al décimo día posoperatorio.

**Conclusión.** La cirugía laparoscópica realizada por personal entrenado es segura para el tratamiento de tumores de la unión gastroesofágica, con resultados oncológicos posiblemente similares a los de la cirugía abierta.

03-016

### **Manejo de la obstrucción intestinal secundaria a adherencias: de la cirugía laparoscópica convencional al único puerto**

*Fernando Arias, Gabriel Eduardo Herrera, Natalia Cortes, Marcos Eduardo Pozo, Laura Loaiza, Lina Parra*  
Fundación Santa Fe de Bogotá  
Bogotá, D.C., Colombia  
farias00@hotmail.com

**Introducción.** Las adherencias constituyen entre el 49 % y el 74 % de las causas de obstrucción intestinal con una incidencia de hasta 93% después de laparotomía. La técnica abierta se considera el tratamiento de elección y el manejo mínimamente invasivo continúa siendo motivo de controversia.

**Objetivo.** Presentar el manejo laparoscópico de una serie de pacientes con obstrucción intestinal secundaria a adherencias.

**Material y método.** 52 pacientes fueron sometidos a liberación de adherencias (LA) por obstrucción intestinal. Se ingresó a la cavidad por técnica abierta lejos de cicatrices previas. La liberación se realizó con elemento cortante limitando el uso de cauterio para evitar lesión térmica intestinal. Se dividió la población a estudio entre los pacientes llevados a LA por multipuerto (LAM) y LA por único puerto (LAUP).

**Resultados.** La etiología de la OI fue debida a banda aislada en 9 casos (20 %) y múltiples adherencias en 43 pacientes (80 %). Hubo una diferencia estadísticamente significativa a favor la LAUP en relación con el tiempo quirúrgico (p 0,010) la estancia hospitalaria (p 0,026) y el inicio de vía oral (0,099). La tasa de conversión fue del 3,8 % y de complicaciones del 19 %.

**Conclusión.** El manejo laparoscópico de la obstrucción intestinal es factible y seguro y debe ser considerado independiente de la severidad de las adherencias. La cirugía por puerto único, en manos de cirujanos experimentados puede permitir a los pacientes con adherencias múltiples y densas beneficiarse de un abordaje mínimamente invasivo, como una menor estancia hospitalaria y un menor número de complicaciones.

03-017

### **Tratamiento de la Perforación de la Mucosa Esofágica Durante una Miotomía de Heller por vía Laparoscópica: Como lo Hacemos.**

*Bernardo A. Borrás, Marco G. Patti*  
Centro de Enfermedades Esofágicas y Departamento de Cirugía, Universidad de Chicago. Escuela de Medicina Pritzker, Chicago, IL, USA  
Chicago, IL, USA / Colombia  
bborraez@hotmail.com

**Introducción.** La perforación de la mucosa esofágica es una complicación infrecuente en los pacientes en quienes se realiza una miotomía de Heller para el tratamiento de la acalasia. Su identificación temprana y adecuado manejo minimizan la presencia de nuevas complicaciones.

**Objetivo.** Demostrar el tratamiento de una perforación de la mucosa esofágica durante una Miotomía de Heller por vía laparoscópica en un centro de referencia.

**Material y método.** Video caso clínico Tratamiento de la Perforación de la Mucosa Esofágica Durante una Miotomía de Heller por vía Laparoscópica.

**Resultados.** Paciente con diagnóstico de acalasia tipo 2 según la clasificación de Chicago en quien en la realización de una Miotomía de Heller se evidencia una perforación de la mucosa esofágica con tratamiento por vía laparoscópica.

**Conclusión.** La identificación temprana y adecuado manejo de las perforaciones de la mucosa esofágica durante la realización de una miotomía de Heller minimizan la presencia de nuevas complicaciones.

03-018

### **Miotomía de Heller y funduplicatura parcial anterior por vía laparoscópica: como lo hacemos**

*Bernardo A. Borrás, Marco G. Patti*  
Centro de Enfermedades Esofágicas y Departamento de Cirugía, Universidad de Chicago. Escuela de Medicina Pritzker, Chicago, IL, USA  
bborraez@hotmail.com

**Introducción.** La acalasia es una enfermedad infrecuente cuyo procedimiento quirúrgico se basa en la fisiopatología de la enfermedad. La miotomía de Heller con funduplicatura parcial constituye el estándar de tratamiento.

**Objetivo.** Demostrar la realización de una Miotomía de Heller con funduplicatura parcial anterior por vía laparoscópica en un centro de referencia.

**Material y método.** Video caso clínico Miotomía de Heller con funduplicatura parcial anterior por vía laparoscópica.

**Resultados.** Paciente con diagnóstico de acalasia tipo 2 según la clasificación de Chicago en quien se realizó una Miotomía de Heller con funduplicatura parcial anterior por vía laparoscópica.

**Conclusión.** La miotomía de Heller con funduplicatura parcial por vía laparoscópica constituye el estándar de tratamiento de los pacientes con diagnóstico de acalasia.

03-023

### **Biopsias retroperitoneales y mesentéricas por laparoscopia.**

*Raúl Pinilla, David Herrera, Ricardo Oliveros, Oscar Guevara,*  
*Grupo Gastroenterología Oncológica. Instituto Nacional de Cancerología*  
Instituto Nacional de Cancerología - INC  
Bogotá, D.C., Colombia  
radipisa@hotmail.com

**Introducción.** Ante la presencia de hallazgos imaginológicos de lesiones retroperitoneales o mesentéricas es necesario obtener un diagnóstico histopatológico cuando existen antecedentes de lesiones neoplásicas o cuando el cuadro clínico se acompaña de un síndrome constitucional claramente establecido. Las posibilidades etiológicas pueden ser lesiones metastásicas de neoplasias originadas en órganos sólidos, patologías inflamatorias o infecciosas, tumores retroperitoneales primarios o manifestaciones de enfermedades de origen hematológico.

Una vez identificada la lesión contamos con diferentes vías para obtener una muestras para estudio histológico, la cirugía a cielo abierto, la punción o la biopsia percutánea guiada por imágenes (ecografía o escanografía) y realización de biopsias por laparoscopia trasperitoneal.

*Objetivo.* Mostrar la experiencia inicial en el Instituto Nacional de Cancerología en la realización de biopsias retroperitoneales y mesentéricas por laparoscopia.

*Material y método.* Pacientes con lesiones intrabdominales no susceptibles de biopsia percutánea llevados a biopsia por laparoscopia.

*Resultados.* Se realizaron seis biopsias por laparoscopia a cuatro mujeres entre los 43 y 53 años de edad y dos hombres de 38 y 69 años, la mayoría con diagnóstico preoperatorio de linfoma, el tiempo promedio de cirugía fue de 53 minutos, el tiempo promedio de hospitalización fue de 1 día y no se presentaron complicaciones, se obtuvo diagnóstico definitivo en todos los casos.

*Conclusión.* El desarrollo de procedimientos mínimamente invasivos debe ser considerado como parte de las herramientas para adquirir tejidos en un esfuerzo por realizar un diagnóstico preciso que ocasionalmente no es posible forjar por medio de punciones con aguja o requieren laparotomías extensas para su realización.

### 03-024

#### **Gastrectomía radical por laparoscopia en el Instituto Nacional de Cancerología**

*Raúl Pinilla, Ricardo Oliveros, Jairo Ospina, Oscar Guevara, Mario Rey, María Eugenia Manrique, Mario Abadía, Nadim Abisambra*

Instituto Nacional de Cancerología.  
Bogotá, D.C., Colombia  
radipisa@hotmail.com

*Introducción.* El cáncer del estómago es el segundo más frecuente en hombres y el cuarto en mujeres en nuestro país, así mismo, es considerado como la primera y tercera causa de muerte respectivamente por cáncer en hombres y en mujeres. En Japón y Corea el abordaje laparoscópico es considerado igualmente efectivo comparado con el procedimiento abierto para lesiones tempranas, sin embargo, en casos de lesiones localmente avanzadas, que son más frecuentes al momento del diagnóstico en nuestro medio, existe todavía preocupación con respecto a los beneficios del abordaje mínimamente invasivo con respecto a la seguridad desde el punto de vista oncológico.

*Objetivo.* Presentar la experiencia con gastrectomía por laparoscopia en el Instituto Nacional de Cancerología.

*Material y método.* Se obtuvieron los datos de la descripción quirúrgica y la historia clínica de pacientes con cáncer gástrico temprano y avanzado menores de 70 años sin comorbilidades descompensadas, llevados a gastrectomía laparoscópica en el Instituto Nacional de Cancerología desde septiembre de 2012 a la fecha.

*Resultados.* Se presenta un video demostrativo de la técnica utilizada para la gastrectomía total y subtotal con vaciamiento ganglionar D2 modificado en el Instituto Nacional de Cancerología.

*Conclusión.* La gastrectomía laparoscópica es considerada como una técnica segura y con resultados similares a los del procedimiento

abierto para el manejo del cáncer gástrico temprano según la literatura asiática, la indicación en casos de cáncer gástrico localmente avanzado debe ser evaluada por medio de ensayos clínicos con seguimiento a largo plazo para poder determinar si los resultados oncológicos son similares a los del procedimiento abierto.

### 03-025

#### **Resección gástrica en cuña por laparoscopia**

*Raúl Pinilla, Haylmanrth Fernán Contreras, Ricardo Oliveros, Grupo de Gastroenterología Oncológica del Instituto Nacional de Cancerología*

Instituto Nacional de Cancerología  
Bogotá, D.C., Colombia  
radipisa@hotmail.com

*Introducción.* La resección gástrica en cuña por laparoscopia en diferentes publicaciones ha demostrado contar con los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva. Dentro de las indicaciones más frecuentes se encuentran las lesiones subepiteliales tipo tumores estromales gastrointestinales pero también existen otras indicaciones como la resección de lesiones epiteliales no susceptibles de resección endoscópica.

*Objetivo.* Describir la técnica quirúrgica mínimamente invasiva, en el manejo algunas enfermedades neoplásicas que comprometen el estómago, mostrando los beneficios de la misma, así como mostrar la experiencia inicial del grupo Clínica de Gastroenterología del Instituto Nacional de Cancerología.

*Material y método.* Se describe la resección laparoscópica en cuña gástrica de ocho (8) pacientes con lesiones gástricas, evaluando tiempo quirúrgico, localización de la lesión, tamaño, estadía hospitalaria, características histológicas de las lesiones resecaadas y morbilidad post operatoria.

*Resultados.* Se trata de ocho pacientes cuya edad oscila entre 60 y 80 años, realizándose resección exogástrica en 7 de ellos, y transgástrica solo en 1. Dos pacientes con adenocarcinoma gástrico temprano tratados con resección endoscópica submucosa con bordes profundos positivos, 1 con adenocarcinoma gástrico que no aceptó cirugía radical y 5 con lesiones submucosas sugestivas de tumores estromales gastrointestinales. No se presentó morbilidad posoperatoria. En todos se realizó endoscopia intraoperatoria y el tiempo quirúrgico fue de 108 +/- 29 minutos.

*Conclusión.* La resección gástrica en cuña por laparoscopia es una alternativa ideal en casos de lesiones gástricas con bajo potencial de malignidad brindando a los pacientes los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva.

### 03-029

#### **GIST duodeno-gástrico gigante (antrectomía por laparoscopia)**

*Rubén Daniel Luna, Carlos Luna*  
Clínica Shaio, Universidad El Bosque  
Bogotá D.C., Colombia  
rdlunaa@gmail.com

*Resumen de caso.* Paciente de 28 años con cuadro de síndrome constitucional, a quien realizan EVDA identificando gran masa en

bulbo duodenal aparentemente subepitelial, con reporte histológico de neoplasia fusocelular, se realiza antrectomía y reconstrucción en Y de Roux por laparoscopia, con resultado de patología que reporta GIST duodenal.

### 03-030

#### Degastrogastrectomía por vía laparoscopia

Rubén Daniel Luna, Carlos Luna, Rafael Vergara  
Clínica Shaio, Universidad El Bosque  
Bogotá D.C., Colombia  
rdlunaa@gmail.com

*Resumen de caso.* Paciente a quien a los 81 años se realiza gastrectomía subtotal con reconstrucción en Y de Roux por adenocarcinoma gástrico prepilórico, quien 2 años después presenta recidiva de la enfermedad a nivel de la anastomosis gastroyeyunal y sangrado masivo a partir de esta, a quien se realiza degastrogastrectomía por laparoscopia con resección completa y control de la enfermedad.

### 03-033

#### Tumor estromal gastrointestinal (GIST), extra intestinal retroperitoneal

Luis Fernando Álvarez, Astolfo León Franco  
Centro Médico Imbanaco  
Cali, Colombia  
lfalvarez@imbanaco.com.co

*Introducción.* Actualmente la cirugía guiada por laparoscopia ha continuado demostrando su utilidad con mucha fuerza y son muchos los procedimientos que son ya el gold estándar para el tratamiento de diferentes entidades intra abdominales.

*Objetivo.* El video muestra el tratamiento por laparoscopia de una masa retroperitoneal que se presenta en una mujer de 52 años aquejada de dolor abdominal de 30 días de evolución. Se practica RMN que reporta: Lesión sólida en estrecho contacto con el asa yeyunal de bordes bien definidos que capta lentamente el medio de contraste y posteriormente llena completamente la lesión a los 3 minutos y presenta un vaciado lento, podría estar en relación a GIST. No se observan otras lesiones. No hay adenopatías retroperitoneales.

*Material y método.* Se interviene paciente con técnica laparoscópica ubicando a la paciente en decúbito supino con las extremidades inferiores abiertas. Se utilizan cinco trocares dos de 11 mm y tres de 5 mm colocados así: un trocar de 11 mm supra umbilical, para la cámara, un trocar de 5 mm sub xifoideo para separación, un trocar de 5 mm subcostal derecho de trabajo, un trocar de 11 mm subcostal izquierdo de trabajo y un trocar de 5 mm en flanco izquierdo para retracción. Se levanta el omento mayor y se identifica el ligamento de Treitz, y la lesión retroperitoneal vecina a este; se procede a la disección cuidadosa de la lesión la cual es un tumor sólido de unos 6 cm y que está localizado en la confluencia que forman la vena porta y la vena esplénica e íntimamente “recostada” a estas estructuras, identificándose y ligándose vasos nutricios que provienen de ambas venas. Se extrae en bolsa de Viaflex el espécimen por el puerto umbilical ampliando un poco en ambos sentidos.

*Resultados.* La paciente tuvo una evolución satisfactoria con hospitalización durante 48 horas. El resultado de patología por inmunohistoquímica fue: Tumor estromal gastro intestinal con riesgo de progresión alto. Tamaño tumoral intermedio > de 5 cm. Cuento mitótico > 25x50 campos de alto poder. Índice de proliferación celular medido por el Ki 67 del 10 %. Actualmente en tratamiento con Imatinib.

*Conclusión.* También la técnica mínimamente invasiva es útil para lesiones retro peritoneales como en el caso descrito.

### 03-034

#### Brida estenosante con necrosis intestinal. Tratamiento laparoscópico.

Luis Fernando Álvarez, Diego Toro  
Centro Médico Imbanaco  
Cali, Colombia  
lfalvarez@imbanaco.com.co

*Introducción.* Al día de hoy toda la cirugía abdominal está al alcance de la mínima invasión y todas las vísceras, todos los espacios y aún el retroperitoneo han sido conquistados por este método de abordaje.

*Objetivo.* El video muestra el tratamiento por laparoscopia de una paciente de 45 años que consulta por dolor abdominal súbito e intenso dos horas después de su última ingesta de alimentos. En el servicio de urgencias se encuentra con un abdomen agudo y se decide llevar a laparoscopia diagnóstica donde se observa una delgada brida estenosante que produjo necrosis intestinal a la altura del yeyuno medio. Tenía como antecedente importante una histerectomía laparoscópica un año antes.

*Materiales y método.* Se interviene paciente con técnica laparoscópica ubicando a la paciente en decúbito supino. Se utilizan tres trocares; dos de 11 mm y uno de 5 mm colocados así: un trocar de 11 mm supra umbilical, para la cámara y de trabajo para la endograpadora, un trocar de 10mm en la línea medio claviclar en la fosa iliaca izquierda para la cámara y un trocar de 5 mm supra púbico de trabajo. Al momento de realizar la anastomosis se adiciona un trocar de 5 mm en hipocondrio derecho para tracción. Se inicia el procedimiento identificando hacia la fosa iliaca derecha el asa intestinal necrosada y comprometida por la brida. Llama la atención que el íleon distal también estaba comprometido por la brida pero indemne. Se realiza sección de la brida con gancho y resección intestinal con endograpadora lineal cortante de 45 mm y carga blanca, con sección del meso con ligasure. Se realiza anastomosis latero-lateral con la misma endograpadora y cierre manual de las enterotomías con sutura corrida de PDS 3/0. Se extrae el espécimen en bolsa de Viaflex por el puerto umbilical ampliando un poco en ambos sentidos.

*Resultados.* La paciente tuvo una evolución muy satisfactoria con rápida recuperación y tolerancia de la vía oral con una estancia hospitalaria de 48 horas.

*Conclusión.* Se muestra el tratamiento satisfactorio con cirugía de mínima invasión de una paciente con obstrucción intestinal y necrosis del yeyuno con resección y anastomosis intra corpórea

### 03-039

#### **Hallazgo intraoperatorio de conducto de Luschka en colecistectomía por laparoscopia. Reporte de un caso**

Nayib Zurita Medrano, Carlos Cruz, Nelson Buelvas, Saúl Hernández, Caterin Arévalo  
Universidad Del Sinú Cartagena  
Cartagena, Colombia  
nelson\_buelvasgomez@hotmail.com

*Introducción.* Los conductos de Luschka son conductos accesorios que se originan en el lóbulo hepático derecho que cursan a lo largo de la fosa de la vesícula. El pasar por alto estas estructuras al momento de la colecistectomía representa un riesgo importante de lesiones iatrogénicas de vías biliares y complicaciones.

*Objetivo.* Conocer las características y la epidemiología de los conductos de Luschka, así como su forma de identificación y manejo intraoperatorio.

*Material y método.* En el presente estudio mostraremos el hallazgo incidental de un conducto de Luschka en una paciente de 54 años programada para colecistectomía por laparoscopia, con posterior abordaje quirúrgico inmediato. Discusión de caso clínico y de literatura actualizada sobre el tema.

*Resultados.* Las ayudas diagnósticas prequirúrgicas no son lo suficientemente sensibles como para detectar conductos biliares aberrantes, por lo que el cirujano general debe estar lo suficientemente preparado para identificar estas estructuras y resolverlas de manera oportuna.

*Conclusión.* Los conductos de Luschka son estructuras que deben ser tenidas en cuenta de manera sistemática al momento de hacer revisiones de hemostasia del lecho vesicular en colecistectomías por laparoscopia. El buen conocimiento de la anatomía es fundamental para la identificación de los mismos.

### 03-041

#### **Cirugía suprarrenal: manejo de hipertensión arterial secundaria a feocromocitoma**

Nayib Zurita Medrano, Carlos Cruz, Jaillier Sierra, Karla Gutiérrez  
Universidad del Sinú seccional Cartagena, Clínica Santa Cruz de Bocagrande  
Cartagena, Colombia  
kpgdip@hotmail.com; alrak1802@gmail.com

*Introducción.* El feocromocitoma constituye del 0,3 a 1,9 % de las causas de hipertensión arterial secundaria, cuyo método de elección es la adrenalectomía laparoscópica cuyo manejo intraoperatorio se vuelve un reto de todo el equipo quirúrgico.

*Objetivo.* Mostrar la evolución posquirúrgica del paciente sometido adrenalectomía por laparoscópica, lo que permite comprobar que la cirugía mínimamente invasiva es un método seguro.

*Material y método.* Se muestra la técnica de adrenalectomía por vía laparoscópica de lesión en la glándula suprarrenal derecha de 7 cm. de diámetro evidenciado por tac abdominal contrastado, realizando resección completa de la masa con control efectivo de la hemostasia y veeduría clínica hasta comprobar ausencia de complicaciones relacionadas con el acto quirúrgico.

*Resultados.* Se practicó de forma exitosa adrenalectomía laparoscópica en un paciente de 39 años de edad con hipertensión arterial secundaria con predominio de secreción de noradrenalina, logrando a pesar de la dificultad en la visibilidad por el sangrado resección completa de la masa, con control de cifras tensionales posterior al procedimiento; con egreso al 3 día de su pos operatorio. Procedimiento realizado en 1 hora 45 minutos sin complicaciones.

*Conclusión.* El mejor método por seguridad en la ejecución del procedimiento y pronta recuperación posterior a ello es la adrenalectomía por laparoscopia.

### 03-050

#### **Corrección de hernia hiatal y cirugía antirreflujo por laparoscopia**

Juan Camilo Ramírez, Juan Pablo Molina  
Hospital De San José  
Bogotá, D.C., Colombia  
juan\_fer90@hotmail.com

*Introducción.* La hernia hiatal es una condición adquirida que constituye uno de los diagnósticos endoscópicos más frecuentemente realizados.

Se presenta generalmente con síntomas inespecíficos y cuando hace manifestaciones clínicas, éstas son principalmente debidas al reflujo gastro-esofágico o a la presencia de una hernia hiatal gigante la cual, perpetua la sintomatología. El manejo quirúrgico por laparoscopia favorece la pronta recuperación, así como la estancia corta intrahospitalaria y el reintegro pronto a las actividades diarias.

*Objetivo.* Dar a conocer por medio de un video, la técnica quirúrgica de corrección de hernia hiatal y cirugía antirreflujo por laparoscopia.

*Material y método.* Se evaluó una paciente de 65 años con cuadro de 4 años de evolución de reflujo gastroesofágico con reporte de radiografía de vías digestivas altas con evidencia de cámara gástrica hacia la cavidad torácica en relación con hernia hiatal asociado a RGE hasta el tercio medio del esófago; PH-metria positiva para reflujo gástrico y manometría con hallazgos hernia hiatal deslizante. Teniendo en cuenta la experiencia de nuestro grupo de cirugía laparoscopia avanzada y los resultados favorables obtenidos en este tipo de cirugía comparados con la cirugía abierta; la paciente fue llevada a corrección de hernia hiatal por laparoscopia con cirugía antirreflujo el 24/02/2014.

*Resultados.* Control posoperatorio al mes dentro de límites normales, tolerando recomendaciones dietarias y en espera de avance a dieta blanda. Pendiente nueva valoración por consulta externa a los 36 meses de posoperatorio

*Conclusión.* Debido a la alta frecuencia y desarrollo de técnicas laparoscópicas con el fin de solucionar la problemática de esta patología, es importante resaltar la mínima mortalidad y baja morbilidad con igual seguridad y efectividad que los procedimientos por técnica abierta, además de menor dolor postquirúrgico, menor estancia hospitalaria y menor incapacidad laboral que ofrece la cirugía mínimamente invasiva.

03-051

**Esofagocardiomiectomía de Heller y cirugía antirreflujo tipo Dor**

Adriana Córdoba, Andrés Felipe Rey  
Hospital De San José  
Bogotá, D.C., Colombia

*Introducción.* La esofagocardiomiectomía de Heller es un procedimiento mediante el cual se realiza una disección de las fibras musculares del esfínter esofágico inferior y de la unión gastroesofágica con el fin de relajar el tono del mismo y así facilitar el proceso normal de la deglución que se encuentra alterado por la acalasia.

El paciente se beneficia de las características innatas de la laparoscopia las cuales son la disminución de la estancia intrahospitalaria, pronta recuperación y reinicio de las actividades laborales tempranamente, así como la disminución de la estancia intrahospitalaria. Este abordaje también permite la identificación adecuada y precisa del sitio de disección de las fibras musculares y así lograr el mejor tratamiento para el paciente.

*Objetivo.* Ilustrar mediante un video la técnica quirúrgica de la esofagocardiomiectomía de Heller por vía laparoscopia en el Hospital de San José.

*Material y método.* Se evaluó un paciente de 41 años de edad con cuadro clínico de 10 años de evolución consistente en disfagia, pirosis y reflujo gastroesofágico con hallazgos endoscópicos de acalasia del cardias, radiografía de vías digestivas altas con evidencia de acalasia severa con mínimo paso de medio de contraste hacia la cámara gástrica y esofagograma con igual hallazgo de acalasia. Teniendo en cuenta la experiencia de nuestro grupo de cirugía laparoscopia avanzada y los resultados favorables obtenidos en este tipo de cirugía comparada con la cirugía abierta se considero indicado realizar una esofagocardiomiectomía de Heller y cirugía antirreflujo el 27/08/2012.

*Resultados.* Controles posoperatorios durante los siguientes 6 meses dentro de límites normales, sin evidencia de alteraciones en la deglución. Actualmente asintomático.

*Conclusión.* La esofagocardiomiectomía de Heller por laparoscópica es una opción que ha tenido un auge a nivel mundial en la cirugía mínimamente invasiva con excelentes resultados que puede ser llevada a cabo con pocas complicaciones. Los síntomas de la acalasia son atenuados de forma duradera con este procedimiento. Por lo que consideramos que la esofagocardiomiectomía de Heller por laparoscopia es una técnica segura y con muy buenos resultados a largo plazo en pacientes con acalasia

03-052

**Gastrectomía subtotal por laparoscopia en el manejo del adenocarcinoma gástrico de tipo intestinal a nivel del antro gástrico**

Adriana Córdoba, Jaison Augusto Rodríguez  
Hospital De San José  
Bogotá, D.C., Colombia

*Introducción.* La cirugía laparoscópica en cáncer es un pilar fundamental en el tratamiento adecuado y a favor de los pacientes.

Como se menciona en la literatura, grandes ventajas a favor de la laparoscopia Vs la técnica abierta se pueden mencionar como lo son la disminución de complicaciones relacionadas con la herida quirúrgica, menor sangrado y por ende menor requerimiento de transfusiones, reducción en el tiempo de hospitalización y retorno a la vida cotidiana más rápidamente; hacen que la técnica laparoscópica tenga un auge importante en la actualidad para el tratamiento quirúrgico del cáncer.

*Objetivo.* Ilustrar por medio de un video, la técnica quirúrgica de una gastrectomía subtotal + reconstrucción en Y de Roux en un paciente con adenocarcinoma gástrico.

*Material y método.* Se evaluó una paciente de 74 años de edad con diagnóstico histopatológico adenocarcinoma gástrico de tipo intestinal localizado en el antro gástrico con estudios de extensión que no evidenciaron enfermedad metastásica. Teniendo en cuenta la experiencia de nuestro grupo de cirugía laparoscópica y los resultados favorables obtenidos en este tipo de cirugía comparados con la cirugía abierta; la paciente fue llevada a gastrectomía subtotal y reconstrucción en Y de Roux por laparoscopia el 6/11/2013.

*Resultados.* Controles posoperatorios durante el siguiente año dentro de límites normales, sin evidencia de recaída tumoral.

*Conclusión.* La cirugía laparoscopia avanzada en manos expertas es una herramienta en la actualidad que no solo brinda mejores resultados en la calidad de vida de los pacientes por otra parte evita las altas probabilidades de complicaciones que acarrea una cirugía abierta.

03-053

**Gastrectomía total radical por laparoscopia D2 y reconstrucción en Y de Roux en el manejo del adenocarcinoma infiltrante pobremente diferenciado**

Adriana Córdoba, Juan Fernando Parra  
Hospital De San José  
Bogotá, D.C., Colombia

*Introducción.* El abordaje por cirugía laparoscópica avanzada en pacientes con lesiones tumorales del tracto gastrointestinal es considerado un procedimiento seguro con beneficios en comparación con la cirugía abierta, tales como, lograr una disminución del sangrado y de la necesidad de transfusión sanguínea en el transoperatorio, disminución del requerimiento de UCI, disminución de complicaciones relacionadas con la incisión de laparotomía (hernias ventrales e infección), menor tiempo de hospitalización y retorno pronto a las actividades diarias.

*Objetivo.* Dar a conocer por medio de un video la técnica quirúrgica de la gastrectomía total por laparoscopia en un paciente con adenocarcinoma gástrico.

*Material y método.* Se evaluó un paciente de 42 años de edad con diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma gástrico pobremente diferenciado de tipo mucinoso. Teniendo en cuenta la experiencia de nuestro grupo de cirugía laparoscopia y los resultados favorables obtenidos en este tipo de cirugía comparados con la cirugía abierta; la paciente fue llevada a Gastrectomía Total D2 y reconstrucción en Y de Roux por laparoscopia el 29 de julio de 2013 con patología que reporto bordes libres de tumor.

*Resultados.* Controles posoperatorios durante los siguientes 6 meses dentro de límites normales, sin evidencia de recaída tumoral. Actualmente en manejo con quimioterapia.

*Conclusión.* La cirugía laparoscopia es una herramienta en la actualidad que genera gratos resultados a corto, mediano y largo plazo, con notoria mejoría de la calidad de vida de los pacientes y resultados estéticos más óptimos en comparación con la cirugía abierta. En relación al tratamiento del cáncer ha demostrado que la mortalidad a largo plazo es la misma que la cirugía abierta.

### 03-056

#### **La Cirugía sin Huella...Una variante de puerto único**

*Adolfo Pérez, Stevenson Marulanda, Guillermo Girón, Ramón Díaz, José Luis Muñoz*  
Clínica Valledupar  
Valledupar, Cesar, Colombia  
boneth21@hotmail.com

*Introducción.* Durante los últimos años la evolución de la cirugía endoscópica ha llevado a la reducción de puertos de trabajo. De esta manera hoy por hoy al hablar de conversión en cirugía endoscópica nos referimos no necesariamente a conversión a cirugía abierta sino a la utilización de uno, dos o tres trocares además, del canal de trabajo transumbilical utilizado inicialmente, dependiendo del grado de dificultad encontrado en el procedimiento endoscópico realizado. En la técnica de cirugía sin huella promovida por el doctor Fausto Dávila en México la propuesta es la de realizar el procedimiento a través del canal de trabajo del telescopio que durante muchos años fue utilizado por los ginecólogos para la ligadura de trompas en los inicios de la cirugía laparoscópica en Latinoamérica con la ayuda de agujas percutáneas.

*Objetivo.* Mostrar la utilidad del telescopio con canal de trabajo y las agujas percutáneas para la realización de diversos procedimientos endoscópicos como apendicectomías, colecistectomías e histerec-tomías entre otros.

*Material y método.* En el presente video se muestran los aspectos técnicos que involucran a los procedimientos realizados por cirugía sin huella, desde el instrumental hasta la cirugía misma e incluso la vista externa del abdomen de los pacientes, dos semanas después del procedimiento.

*Resultados.* Se muestran vistas externas de pacientes sometidos a apendicetomías, colecistectomías e histerec-tomías con técnica de cirugía sin huella.

*Conclusión.* Con el presente video intentamos mostrar los beneficios de la cirugía endoscópica sin huella en la que con la utilización de un telescopio con canal de trabajo y la ayuda de agujas percutáneas, se pueden realizar procedimientos como apendicetomías, colecistectomías e histerec-tomías, entre otros, con tiempos quirúrgicos y resultados muy similares a los de la cirugía endoscópica convencional

## **CIRUGIA BARIATRICA**

### 03-037

#### **Nuevo abordaje en la realización de manga gástrica por laparoscopia**

*Nayib Zurita Medrano, Yessica Andrea Trujillo, Karla Patricia Gutiérrez*  
Universidad del Sinú seccional Cartagena, Clínica Cartagena del mar  
Cartagena, Colombia  
yatzco@gmail.com

*Introducción.* La gastrectomía en manga por vía laparoscópica se ha usado como tratamiento para la obesidad mórbida, logrando pérdida de peso mediante mecanismos restrictivos y endocrinos.

Las principales ventajas de este procedimiento son una menor morbilidad posoperatoria, sumado a la pérdida de peso superior en comparación con otras intervenciones.

*Objetivo.* Demostrar el beneficio del uso de 3 puertos de 12 mm en la realización de la manga gástrica por vía laparoscópica como técnica quirúrgica con mejores resultados intraoperatorios.

*Material y método.* Técnica quirúrgica: Se muestra la colocación de 3 puertos de 12 mm (umbilical ,flanco derecho e izquierdo) 2 de 5mm (epigástrico- hipocondrio izquierdo) en la realización de manga gástrica por laparoscopia, así mismo se evidencia el resultado final del remanente gástrico con bordes libres en ángulos menos agudos.

*Resultados.* La realización de manga gástrica por vía laparoscópica con 3 puertos de 12 mm presento mayor facilidad para la disección de la curvatura mayor sumado a la realización de una sutura mecánica libre de tensión dada por un ángulo más obtuso de la misma.

*Conclusión.* En la manga gástrica por vía laparoscópica la técnica quirúrgica es uno de los principales determinantes del éxito, por lo tanto con el uso de 3 puertos de 12 mm se genera facilidad para el manejo del instrumental laparoscópico que da como resultado una gastrectomía libre de tensión con menor posibilidad de fuga posoperatoria.

## **COLON Y RECTO**

### 03-010

#### **Colostomía por laparoscopia la mejor opción en pacientes con patologías oncológicas**

*Raúl Pinilla, Maikel Pacheco, Ricardo Oliveros*  
Grupo Cirugía Gastrointestinal y Endoscopia Digestiva I.N.C  
Instituto Nacional de Cancerología, Universidad Militar Nueva Granada  
Bogotá, D.C., Colombia  
maikel70@hotmail.com

*Introducción.* Durante el manejo de pacientes con patologías oncológicas, la necesidad de realizar derivaciones intestinales surge como una opción terapéutica especialmente en tumores de origen urológico,

ginecológico y gastrointestinal. Las indicaciones usuales en estos casos incluyen presencia de obstrucción intestinal, la inminencia de obstrucción durante la preparación para neoadyuvancia o en algunos casos como opción paliativa, además de situaciones relacionadas con este tipo de tumores como incontinencia fecal, fistulas, sepsis perineal y cáncer avanzado. Estos pacientes pueden tener tumores voluminosos, metástasis, desnutrición, cirugías abdominales previas y en ocasiones antecedentes de irradiación previa, todas estas consideraciones que indican la realización de una ostomía y adicionalmente evaluación de la cavidad abdominal, implican riesgo adicional para pacientes con patología oncológica aumentando la morbimortalidad relacionada con los abordajes usualmente utilizados

**Objetivo.** Presentar un video ilustrando la facilidad, seguridad y eficacia del abordaje laparoscópico para realizar ostomías derivativas en pacientes con patologías oncológicas

**Material y método.** Se presenta un video y la serie de casos a los cuales les ha sido realizada colostomía por abordaje laparoscópico en el Instituto Nacional de Cancerología de la Ciudad de Bogotá durante el año 2014.

**Resultados.** El video explica claramente la técnica quirúrgica, destacando las ventajas del abordaje laparoscópico en los pacientes con patologías oncológicas que así lo requieran.

**Conclusión.** La realización de ostomías por abordaje laparoscópico en pacientes con cáncer, representa una técnica segura y fácil, con morbilidad mínima, retorno rápido de la función intestinal, evaluación adecuada de la cavidad abdominal y corta estancia hospitalaria

### 03-021

#### Manejo laparoscópico de la diverticulitis Hinchey III, presentación de un caso clínico y revisión de la literatura

Ricardo Villarreal, Felipe Bernal, Carlos Leal, Carlos Luna, Luis Felipe Cabrera

Clínica El Bosque, Universidad El Bosque  
Bogotá D.C., Colombia  
luis.felipe.cabrera@hotmail.com

**Introducción.** La diverticulitis complicada algunas veces requiere manejo quirúrgico de urgencia, es clasificada según la escala imaginológica de Hinchey, tradicionalmente los grados III y IV son manejados con abordaje abierto con resección del segmento afectado, cierre del muñón distal y una colostomía derivativa (procedimiento de Hartmann) o resección con anastomosis primaria. Sin embargo en un estudio retrospectivo en la ciudad de Gothenburg se encontró que los pacientes tenían una estadía hospitalaria promedio de 17 días, una mortalidad del 6 % y solo el 56 % con procedimiento de Hartmanns se les restauo la continuidad del tracto gastrointestinal, además otros estudios han mostrado que la morbilidad del cierre del procedimiento de Hartmann es hasta del 20 % con una mortalidad del 1-6%. Por lo cual nuevos estudios han mostrado que el abordaje laparoscópico con lavado peritoneal y drenes es una opción factible con una morbilidad del 4 %, mortalidad del 3 %, con una estadía hospitalaria de 8 días y sin necesidad de reintervenciones.

**Objetivo.** Revisar el manejo actual de la diverticulitis aguda y ver la posibilidad del manejo por laparoscopia y lavado peritoneal quirúrgico del Hinchey III.

**Material y método.** Se revisaron las bases de datos Pubmed y MDconsult, con los siguientes términos Mesh: Diverticulitis, Laparoscopic lavage, en los últimos 5 años, y se seleccionaron los estudios aleatorios controlados y revisiones de la literatura más significativas según el factor de impacto de la revista, mostrando el video de nuestra experiencia en el manejo de la diverticulitis Hinchey III.

**Resultados.** Es posible manejar la diverticulitis Hinchey III con lavado peritoneal y laparoscopia como se evidencia en el video con una evolución clínica satisfactoria para el paciente.

**Conclusión.** se requieren estudios clínicos aleatorizados para confirmar la superioridad de este abordaje sobre el procedimiento de Hartmann.

### 03-028

#### Corrección de fuga de anastomosis colorrectal por TAMIS (Transanal minimally invasive surgery)

Jorge Hernán Trujillo, Rafael García

Fundación Santafé de Bogotá, Universidad El Bosque  
Bogotá D.C., Colombia  
jorgito20@gmail.com

**Introducción.** Paciente intervenido en la Fundación Santa Fe de Bogotá, masculino de 61 años con diagnóstico de cáncer de colon de la unión rectosigmoidea programado para resección anterior alta de recto mas anastomosis colorrectal por laparoscopia. Evolución estacionaria, tórpidas que requirió re intervención. Se realizo drenaje de peritonitis mas ileostomía en asa protectora por laparoscopia y se realizo corrección de fuga de anastomosis por TAMIS (Transanal Minimally Invasive Surgery). Con adecuada evolución clínica post operatoria.

**Objetivo.** Presentación, discusión y análisis de video. Revisión breve de literatura sobre esta técnica y las indicaciones actuales.

**Materiales y métodos.** Revisión de Caso clínico de historia clínica completa del paciente de la Fundación Santafé de Bogotá. Video de laparoscopia y procedimiento de TAMIS (Transanal Minimally Invasive Surgery) previamente editado.

**Resultados.** Se documento y resumió historia clínica de la paciente. Revisión video de laparoscopia y procedimiento de TAMIS (Transanal Minimally Invasive Surgery) previamente editado. Revisión de la literatura actual del tema, se planteo discusión, análisis y conclusiones.

**Discusión y conclusiones.** TAMIS (Transanal Minimally Invasive Surgery) en la actualidad se describe como una indicación para el cáncer de ano o rectal temprano con buen rendimiento y resultados, dada la presentación de este caso se considera que pueden haber otras indicaciones del procedimiento, las cuales requieren gran habilidad quirúrgica y conocimiento completo de la técnica para los mejores resultados. Plantear la posibilidad de nuevas indicaciones además de la patología neoplásica para esta técnica.

## VASCULAR

### 03-004

#### Manejo endovascular de aneurisma de aorta abdominal e iliaca

José Díaz, Efraín Ramírez, Micaela Arrieta, Lady Rueda  
Universidad de Cartagena, Clínica Madre Bernarda  
Cartagena, Colombia  
josediaznajera@gmail.com

*Introducción.* Video sobre el uso de técnica endovascular para el manejo de aneurismas de aorta abdominal, presentación de un caso, realizado con dicha metodología en la ciudad de Cartagena en el periodo de abril del 2014.

*Objetivo.* Mostrar la técnica mínimamente invasiva para el manejo del aneurisma de aorta abdominal, indicaciones y ventajas de la técnica endovascular Vs la técnica abierta

*Material y método.* Técnica endovascular para manejo de aneurisma de aorta abdominal, en paciente mayor de 70 años, se realizan 2 incisiones verticales de aproximadamente 4 cm, a nivel de triangulo de scarpa bilateral, se disecciona e individualiza arteria femoral superficial por técnica de seldinger y fluoroscopia se colocan 3 prótesis endovasculares de nitinol las cuales se adhieren a la pared vascular por medio de balón.

*Resultados.* Se realiza procedimiento sin complicaciones mayores, el paciente presenta hematoma residual a nivel de incisión femoral izquierda lo cual hace que a las 48 horas sea re intervenido para drenaje del mismo, es dado de alta a las 72 horas.

*Conclusión.* El uso de técnicas mínimamente invasivas para el manejo de la patología aneurismática vascular se encuentra indicado para pacientes mayores, ya que su uso es seguro a pesar de las re intervenciones a corto plazo con su uso, sopesado por la mortalidad que conlleva el procedimiento a cielo abierto, debido a las patologías asociadas que presentan estos pacientes.

## TRAUMA E INFECCIONES

### 03-009

#### Trauma penetrante en región precordial. Resolución Atípica en un Hospital General de Agudos

Patricio Martin Alberti, Rodrigo Castañeda, Melina Vaccari,  
Emilio Macia, Francisco Di Orio  
Hospital Interzonal General de Agudos Pedro Fiorito.  
Buenos Aires, República Argentina  
docky\_p@hotmail.com

*Introducción.* A pesar de los avances en los procedimientos prehospitalarios y de resucitación de urgencia así como las técnicas diagnósticas y quirúrgicas, los traumatismos cardíacos se asocian hoy en día con una elevada mortalidad.

*Objetivo.* Presentar la sistemática de trabajo de un hospital de agudos de la provincia de Buenos Aires, Argentina y su resolución contando con los recursos mínimos de materiales e infraestructura.

*Material y métodos.* Análisis de historia clínica y exámenes complementarios. Edición de video con Programa Power Director 11.1.

Paciente masculino de 30 años quien presenta trauma penetrante en región precordial, que ingresa al servicio de Urgencias hemodinámicamente estable, se realizan exámenes complementarios, diagnosticando derrame pericárdico por lo que se decide conducta quirúrgica.

*Resultados.* La evolución posoperatoria fue satisfactoria, presentó como complicación una neumopatía asociada a respirador por lo que tuvo que ser reintervenido en forma programada, sin mayores complicaciones con una externación a la quinta semana de su ingreso.

*Conclusión.* Si bien el trauma es considerado una enfermedad, y existen médicos especializados en ella, muchas veces existen limitaciones para dar lo mejor, debido a los escasos recursos. Muchos profesionales deben realizar estrategias terapéuticas no convencionales en post de lograr los mejores resultados con los elementos que se cuenta. La medicina es una ciencia y un arte que se desempeña con dedicación, compromiso y responsabilidad para brindar lo mejor a nuestros pacientes.

## HERNIAS

### 03-008

#### Manejo laparoscópico de hernia de Petersen

Jesús Vásquez, Sergio Díaz, Verónica Acevedo  
Universidad CES  
Medellín, Antioquía  
veroacevedo@hotmail.com

*Introducción.* La hernia de Petersen es un tipo de hernia interna y es una de las posibles complicaciones a largo plazo de los pacientes sometidos a *Bypass* gástrico como tratamiento de la obesidad. Es la causa más frecuente de obstrucción intestinal en estos pacientes y de no diagnosticarse tempranamente puede llevar a complicaciones importantes como necrosis intestinal del segmento comprometido e incluso la muerte.

*Objetivo.* Presentar el caso de una paciente de 45 años de edad, con antecedente quirúrgico de *Bypass* gástrico 1 año antes quien se presenta por el servicio de urgencias con cuadro de dolor abdominal de 24 horas de evolución. Por sospecha clínica y tomográfica de hernia interna la paciente es llevada a cirugía y se presenta aquí el video de su corrección por vía laparoscópica.

*Material y método.* Se realiza video de corrección quirúrgica de hernia de Petersen por vía laparoscópica donde puede apreciarse el abordaje y la técnica quirúrgica utilizada.

*Resultados.* Se presenta corrección de hernia de Petersen por vía laparoscópica con buenos resultados, sin complicaciones evidenciadas de forma intraoperatoria ni en el posoperatorio temprano.

*Conclusión.* La hernia de Petersen es una complicación grave en los pacientes postoperatorios de *Bypass* gástrico. Ante la sospecha de este diagnóstico una opción válida es la laparoscopia para confirmar el hallazgo y la corrección por esta vía, siendo segura y con buenos resultados clínicos.

03-019

### **Herniorrafia inguinal por laparoscopia, técnica TAPP, como abordaje en paciente con múltiples recidivas con abordajes abiertos preperitoneales**

Ricardo Villarreal, Felipe Bernal, Carlos Leal, Carlos Luna, Luis Felipe Cabrera

Clínica El Bosque, Universidad El Bosque  
Bogotá D.C., Colombia  
luis.felipe.cabrera@hotmail.com

**Introducción.** El abordaje transabdominal preperitoneal (TAPP), está indicado en recidiva de hernia inguinal posterior a herniorrafia abierta anterior, permite la realización de procedimientos laparoscópicos simultáneos mientras estos no generen contaminación y permite realizar herniorrafia bilateral sin una segunda cicatriz o la inserción de más trocares, sin embargo en nuestro caso presentamos un paciente con tres intervenciones previas por abordaje preperitoneal abierta, el cual se pudo realizar el abordaje laparoscópico con la resolución exitosa de la hernia, se presenta el video y una revisión de la literatura.

**Objetivo.** Definir las indicaciones y contraindicaciones de la técnica TAPP para hernias inguinales recidivantes, mostrando nuestra experiencia.

**Material y método.** Se revisaron las bases de datos Pubmed y MDconsult, con los siguientes términos Mesh: Laparoscopic inguinal hernia repair, transabdominal preperitoneal y recurrence, en los últimos 5 años, y se seleccionaron los estudios aleatorios controlados y revisiones de la literatura más significativas según el factor de impacto de la revista, mostrando el video de nuestra experiencia en el manejo de las hernias inguinales recidivantes posterior a abordajes preperitoneales abiertos.

**Resultados.** La técnica TAPP, permite abordar el espacio preperitoneal a pesar de haber sido intervenido previamente de forma abierta, como se observa en el video.

**Conclusión.** Se necesita de habilidad y entrenamiento en la técnica de herniorrafia laparoscópica para poder llevar a cabo una disección adecuada del espacio preperitoneal con tejido de cicatrización.

03-020

### **Herniorrafia inguinal por laparoscopia, técnica E-TEP, como abordaje en paciente con laparotomía previa**

Ricardo Villarreal, Felipe Bernal, Carlos Leal, Carlos Luna, Luis Felipe Cabrera

Clínica El Bosque, Universidad El Bosque  
Bogotá D.C., Colombia  
luis.felipe.cabrera@hotmail.com

**Introducción.** El abordaje extraperitoneal laparoscópico (TEP), está indicado en hernias inguinales que no presenten alteración a nivel del espacio preperitoneal, ya que esto impide la adecuada visualización de las estructuras anatómicas del espacio miopectíneo para la realización del procedimiento. Por esto pacientes con previa cirugía abdominal abierta como laparotomías o abordajes preperitoneales abiertos para herniorrafia, se consideran contraindicación para esta

técnica quirúrgica, por lo cual queremos presentar este caso en donde el paciente presenta una laparotomía previa con una revisión de la literatura.

**Objetivo.** Definir las indicaciones y contraindicaciones de la técnica E-TEP para hernias inguinales con previa intervención en la pared abdominal, mostrando nuestra experiencia.

**Material y método.** Se revisaron las bases de datos Pubmed y MDconsult, con los siguientes términos Mesh: Laparoscopic inguinal hernia repair, torally extraperitoneal y laparotomy, en los últimos 5 años, y se seleccionaron los estudios aleatorios controlados y revisiones de la literatura más significativas según el factor de impacto de la revista, mostrando el video de nuestra experiencia en el manejo de las hernias inguinales con cirugía abdominal previa.

**Resultados.** La técnica E-TEP, a pesar de una intervención abdominal abierta previa permite abordar el espacio preperitoneal y realizar una corrección segura y exitosa del defecto herniario, como se observa en el video.

**Conclusión.** Se necesita de habilidad y entrenamiento en la técnica de herniorrafia laparoscópica para poder llevar a cabo una disección adecuada del espacio preperitoneal con tejido de cicatrización.

03-026

### **Hernia inguinal encarcerada. Tratamiento laparoscópico**

Luis Fernando Álvarez, Diego Rivera

Centro Médico Imbanaco.  
Cali, Colombia  
lfalvarez@imbanaco.com.co

**Introducción.** El tratamiento de la hernia por laparoscopia se introdujo desde 1991 y desde entonces se ha popularizado hasta alcanzar el status de gold estándar cuando es bilateral, acompaña a otros procedimientos laparoscópicos o sucede en deportistas de alto rendimiento. Se ejecuta por vía trans abdominal (TAPP) o totalmente extra peritoneal (TEP) cada una con sus indicaciones, ventajas y desventajas.

**Objetivo.** El video muestra el tratamiento de un paciente de 48 años que consulta por cuadro de dolor abdominal y masa inguinal izquierda. Al E.F. se encuentra que tiene una hernia inguinal con intestino encarcerado. Antecedente de tener presente la hernia desde hace más de tres años. Se decide llevara cirugía y tratar la hernia con técnica laparoscopia vía TAPP.

**Material y método.** Se ubica el paciente en decúbito supino, se utilizan tres trocares así. Uno supra umbilical de 11 mm para cámara, y dos trocares de 5 mm laterales paralelos al ombligo y a la altura de la línea medio clavicular. La laparoscopia muestra encarceramiento del colon sigmoide y grasa intra abdominal con adherencias firmes al testículo y al saco herniario. Inicialmente se reduce el colon encarcerado y se liberan adherencias múltiples. Posteriormente se realiza la dispendiosa labor de realizar la reducción completa del saco herniario y la identificación del ligamento de Cooper y todas las demás marcas anatómicas. Se utiliza una malla Ultrapro de 15x15 la cual se fija con grapas securestrap. El colgajo peritoneal se cierra también con grapas securestrap quedando completamente cubierta la malla.

*Resultados.* El paciente tuvo una evolución muy satisfactoria sin morbilidad, no requirió hospitalización y su seguimiento no ha demostrado reproducción de la hernia.

*Conclusión.* También la técnica laparoscópica es factible para el tratamiento de emergencia de hernias inguinales encarceladas.

### 03-047

#### **Hernias epigástricas recidivantes ¿manejo ideal o sugerido?**

*Nayib Zurita, Caterin Arévalo*  
Universidad del Sinú  
Cartagena, Colombia  
cate-90@hotmail.com

*Introducción.* La reparación de la pared abdominal es uno de los procedimientos más frecuentemente realizados por el Cirujano General. Con la utilización de las técnicas de libre tensión en el reparo de las hernias y la colocación de mallas quirúrgicas de baja densidad, actualmente se están obteniendo mejores resultados en la recuperación, la estética y la disminución de las recidivas en los pacientes.

*Objetivo.* Presentar un póster en el cual se evidencien los nuevos resultados obtenidos con una determinada técnica quirúrgica en cuanto a la reparación adecuada de la pared abdominal.

*Material y método.* Póster realizado mediante el uso de una cámara digital, que registra determinados momentos claves en la cirugía.

*Resultados.* Nuestra experiencia actual permite informar sobre los beneficios en el uso de la técnica quirúrgica de separación de componentes.

*Conclusión.* El manejo de las hernias incisionales es quirúrgico. De acuerdo a los diferentes estudios revisados permite demostrar que la colocación de malla parcialmente absorbible mediante la técnica de separación de componentes subfascial, es una buena alternativa en el manejo definitivo de las hernias recidivantes. Finalmente, se demuestra que en casos de hernias en la línea media, recidivantes o no y con gran debilidad muscular, se puede colocar una malla de baja densidad, aplicando los conceptos de incisiones estéticas y tunelizaciónes subfasciales preperitoneales, logrando una pronta recuperación y una excelente evolución del paciente, sin complicaciones.

## OTROS

### 03-022

#### **Biopsia de ganglio paraaórtico por retroperitoneoscopia: abordaje mínimamente invasivo con fines diagnósticos**

*Fernando Arias, Gabriel Eduardo Herrera, Natalia Cortes, Marcos Eduardo Pozo, Laura Loaiza, Lina Parra*  
Hospital Universitario Fundación Santa Fé de Bogotá  
Bogotá, D.C., Colombia  
farias00@hotmail.com

*Introducción.* Los procedimientos quirúrgicos con fines diagnósticos ideales deben ser aquellos que proporcionen respuestas que guíen un tratamiento adecuado de manera expédita, acarreen mínima morbilidad para el paciente y permitan una rápida recuperación.

*Objetivo.* Se presenta el caso de un paciente con síndrome linfoproliferativo a estudio con adenomegalias paraaórticas y esplenomegalia como únicos hallazgos en imágenes. Se lleva a cabo biopsia de ganglio para-aórtico por retroperitoneoscopia.

*Materiales y métodos.* Previa revisión de imágenes preoperatorias, el procedimiento quirúrgico inició con incisión de 2cm flanco izquierdo y disección por planos hasta identificación de fascia de músculo transverso del abdomen. Se ingresó a espacio retroperitoneal y se adaptó protector de herida Alexis® (Applied Medical, Rancho Santa Margarita, CA, EE.UU.) con dispositivo multipuerto. Se identificaron arterias ilíacas comunes sobre músculo psoas así como ureter izquierdo de manera satisfactoria y se procedió a disección de ganglio retroperitoneal de 2cm en cadena para-iliaca izquierda sobre músculo psoas. Finalmente, el procedimiento quirúrgico culminó sin complicaciones y sin neumoretroperitoneo asociado.

*Resultados.* El procedimiento fue realizado de manera ambulatoria con estancia hospitalaria menor a 8 horas. Paciente toleró vía oral 1 hora tras finalización del mismo, con adecuado control de dolor sobre herida quirúrgica y posterior egreso hospitalario. Patología confirmó diagnóstico de linfoma de Hodgkin.

*Conclusión.* La retroperitoneoscopia por puerto único es un abordaje quirúrgico válido y seguro para la realización de biopsias excisionales de adenomegalias para-aórticas y retroperitoneales, con mínima morbilidad para el paciente.



## PÓSTERES

### CABEZA Y CUELLO

04-020

#### Cervicoscopia indirecta

Vasiliki Androutsopoulos, Francisco Infante, Oscar Colina  
Hospital Dr. Carlos J. Bello (Cruz Roja)  
Caracas, Venezuela  
bickoula20@hotmail.com

**Introducción.** La OMS reporta 466.000 nuevos casos/año de cáncer de cuello uterino, con una mortalidad del 50 %, de las cuales el 80 % ocurren en países subdesarrollados. En América Latina, constituye la causa de muerte más frecuente en la población femenina 30.000/año, y Venezuela presenta una incidencia de 27/100.000. Actualmente no se dispone de políticas de control eficaces para su prevención, considerándose un problema de salud pública a nivel mundial, ya que el diagnóstico se hace en estadíos avanzados; sin embargo, existen pruebas alternativas tales como la inspección visual con ácido acético, visión con lugol y el test de virus papiloma humano.

**Objetivo.** Dar a conocer un procedimiento útil como complemento del examen ginecológico que permita la visualización del cuello uterino por la paciente a mayor aumento; con el fin de concientizarse de sus lesiones, colaborando con el tratamiento y controles sucesivos.

**Material y método.** Con la paciente en posición ginecológica, y el espéculo en canal uterino, el médico se coloca a la cabecera de la misma usando su fronto-luz; y previa colocación de espejo de aumento en frente de la paciente, éste se ilumina, permitiendo que ambos visualicen el cuello uterino, pudiendo el médico simultáneamente explicar los hallazgos.

**Resultados.** Aplicar este método resulta de gran utilidad para que las pacientes aumenten su adherencia al tratamiento.

**Conclusión.** Se sugiere aplicar esta nueva técnica como método indirecto para que las pacientes conozcan su patología, y se motiven a cumplir el tratamiento. Otras ventajas son: bajo costo, simplicidad, no requerir preparación previa, resultados inmediatos, carácter ambulatorio.

04-026

#### Metástasis ganglionar axilar en carcinoma papilar de tiroides

Víctor Ramírez, William Sánchez  
Universidad Militar Nueva Granada, Hospital Militar Central  
Bogotá, País: Colombia  
sanchez.william@cablenet.co

**Introducción.** El carcinoma papilar es la neoplasia maligna más común del tiroides representando aproximadamente el 80 % de los casos, junto con el carcinoma folicular y el de células de Hurthle constituyen los carcinomas bien diferenciados, y son enfermedades

que tienen por lo general un buen pronóstico con una supervivencia a 5 años del 90 al 95 % en la mayoría de los casos. La forma de diseminación habitual es el compromiso ganglionar cervical y cuando se presentan a distancia afectan principalmente el pulmón y hueso. La presentación de metástasis en otras localizaciones es excepcional y la literatura reporta solo algunos casos aislados de metástasis a la axila posiblemente originadas en bloqueo del drenaje linfático habitual secundario a cirugías previas. Chiofalo M, del Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori en Italia reportó en Febrero del 2012 el primer caso en el mundo originado en un cáncer folicular de tiroides, nosotros adicionamos el segundo reporte mundial.

**Objetivo.** Adicionamos a la literatura un caso poco habitual de un carcinoma de tiroides con metástasis axilar.

**Material y método.** Paciente masculino de 51 años de edad, quien en auto examen cervical se encontró una masa en región cervical izquierda, con bacaf guiado por ecografía Bethesda VI sugestivo de cáncer papilar de tiroides, motivo por el cual fue llevado en Febrero de 2004 a tiroidectomía total y vaciamiento ganglionar de niveles II-VI izquierdos. La patología reportó carcinoma papilar variante folicular y trabecular moderadamente diferenciado estadio T4N1M0. Recibe terapia complementaria con I131 con una dosis inicial de 125 mCi, en seguimiento de 20 meses presenta recidiva o persistencia ganglionar nivel III derecho con gammagrafía sin captación, por lo cual es llevado a vaciamiento ganglionar cervical de niveles II-V derecho, encontrando 3 de 14 ganglios comprometidos por tumor, se indica nuevamente terapia con I131 hasta llegar a una dosis límite de 700 mCi. En Junio del 2010 presenta recaída loco regional que requiere vaciamiento complementario VI-VII con patología que evidencio 4 ganglios comprometidos por tumor. Se continúa control clínico, en el que se evidencian niveles persistentemente elevados de tiroglobulina (15 mg/l), gammagrafía negativa, se realiza TAC en el que se evidencia conglomerado axilar derecho. El paciente es llevado a cirugía en abril 2014 realizando vaciamiento ganglionar axilar de niveles I-III derechos encontrando conglomerado tumoral en nivel II con reporte de patología que informo positivo para metástasis de carcinoma folicular de tiroides.

**Conclusión.** Este segundo caso reportado en la literatura mundial es excepcional en la historia de la evolución del carcinoma folicular de tiroides. La metástasis axilar probablemente sea secundaria al bloqueo de las vías normales del drenaje linfático secundario a cirugías previas.

### TORAX

04-004

#### Hemotórax espontaneo secundario a tumor de células germinales, reporte de un caso

Cristiam Alexander Morales, David Alejandro González, Luis Francisco Pérez

Universidad de Antioquia, Hospital Universitario San Vicente Fundación  
Medellín Colombia  
Email: mcristiam@gmail.com

**Resumen.** El hemotórax espontáneo es una entidad poco frecuente, de múltiples etiologías y de manejo variable de acuerdo a su origen, además es una forma inusual de presentación de enfermedades neoplásicas.

Presentamos el caso de un Hombre de 30 años, quien ingresa para el estudio de adenopatías retroperitoneales, en cuello y mediastino; durante el estudio presenta disnea súbita e inestabilidad hemodinámica asociada a hemotórax espontáneo, se intenta manejo con toracoscopia, con resangrado, requiriendotoracotomía, donde se encuentra masa en mediastino posterior con sangrado en capa, se realiza resección de esta y se confirma por histopatología diagnóstico de carcinoma embrionario con áreas de seno endodérmico.

Al revisar la literatura, el hemotórax espontáneo como manifestación de los tumores germinales extragonadales es poco frecuente y el manejo puede ser expectante, intervencionista, mínimamente invasivo y quirúrgico. En el caso que se presenta, el manejo quirúrgico fue suficiente, con una evolución posoperatoria satisfactoria.

**Introducción.** El hemotórax se define como un hematocrito en líquido pleural superior al 50 % del hematocrito sanguíneo <sup>1,2</sup>, esta definición no siempre puede ser confirmada debido a la urgencia que representa para los pacientes el hemotórax en la mayoría de los casos, pero en las causas no traumáticas y que la condición clínica lo permita, es relevante para diferenciarlo de exudados hemorrágicos que son derivados de diferentes etiologías como uremia, sepsis, tuberculosis entre otros <sup>1</sup>. La mayoría de los casos de hemotórax están relacionados con trauma o iatrogenia, pero el hemotórax espontáneo que es mucho menos común tiene su origen en causas como tumores malignos <sup>1,3</sup>, rupturas vasculares, malformaciones arteriovenosas, endometriosis, infartos pulmonares, adherencias pleurales y hematológicas tales como la hemofilia y coagulopatía.

El hemotórax espontáneo es una entidad poco frecuente afectaprin cipalmente a hombres jóvenes y solo ocasionalmente es la manifestación de una enfermedad neoplásica.

La causa más frecuente de hemotórax espontáneo es la ruptura de adherencias pleurales, otras causas son coagulopatía en cuyo caso la principal es iatrogénica <sup>1,4,5</sup>, causas vasculares como la disección aórtica, aneurismas de los vasos torácicos <sup>6</sup>, fístulas arteriovenosas, porfiria intermitente aguda <sup>7</sup>, neurofibromatosis <sup>8,9</sup> y raramente se asocia a enfermedad neoplásica.

La aparición de hemotórax asociado a infecciones es excepcional, aunque se han publicado casos en relación con sepsis, infecciones por hongos, varicela y malaria <sup>10</sup>. La presentación clínica más común es con dolor torácico, disnea, signos de hipotensión, shock hipovolémico e insuficiencia respiratoria <sup>11</sup>.

**Caso clínico.** Paciente masculino de 30 años previamente sano, con cuadro clínico de 4 meses de evolución, consistente en dolor abdominal mesogástrico asociado a fiebre subjetiva, pérdida de peso y diaforesis nocturna; estudiado ambulatoriamente con tomografía que reportaba múltiples adenopatías retroperitoneales (figura 1).

Es hospitalizado para estudio de dichas adenopatías documentando además masas en cuello y mediastino (figura 2). Se descarta enferme-

dades infecciosas como VIH, TBC, Sífilis, Hepatitis B, Se halla una Gonadotropina Coriónica Humana en 178.580 mUI/ml y la ecografía testicular reportó micro calcificaciones testiculares izquierdas.

En el curso de los estudios presenta cuadro de dificultad respiratoria súbita por lo que solicitan angiogramografía de tórax el cual reporta hemotórax masivo derecho (figura 3) se intenta manejo mediante toracoscopia, en el cual por alto drenaje hemático mayor a 1000cc en menos de 4 horas e inestabilidad hemodinámica se hace necesario llevarlo a toracotomía donde se evidencia gran adenopatía subcarinal mediastinal con sangrado rezumante en íntimo contacto y con aparente erodación al sistema ácigos, se realiza ligadura de vena ácigos y resección de adenopatía subcarinal, esta se envía a estudio histopatológico que reporta carcinoma embrionario con áreas de seno endodérmico.

El paciente presenta buena evolución clínica, sin dolor y sin descenso de la hemoglobina y es dado de alta para manejo por oncología clínica.

**Discusión.** Los mecanismos implicados en la producción de hemotórax espontáneo son secundarios a la enfermedad de base que los ocasiona, por ejemplo la compresión o necrosis de la pleura y tejido pulmonar debido a la ruptura de adherencias pleurales <sup>12</sup>, de bulas vascularizadas <sup>13</sup> o la invasión de vasos pulmonares, intercostales o bronquiales en el caso de lesiones neoplásicas <sup>9</sup>.

El hemotórax espontáneo, puede presentarse ya sea como hemo-neumotórax o hemotórax sin neumotórax, con una incidencia del 2 al 7,3 % <sup>13</sup>

El tratamiento del hemotórax espontáneo, además de la reanimación y el reemplazo de sangre, requiere una intervención quirúrgica, ya sea toracoscópica o por toracotomía abierta debido a que la causa subyacente necesariamente es la lesión de un vaso sanguíneo con limitación en sus mecanismos de hemostasia por invasión, coagulopatía o alteraciones anatómicas <sup>1</sup>.

Las principales neoplasias asociadas con hemotórax espontáneo incluyen schwannomas de la enfermedad de von recklinghausen y tumores de tejidos blandos como sarcomas, angiosarcomas (14) y carcinoma hepatocelular <sup>1,3</sup>. El hemotórax espontáneo como forma de presentación de un carcinoma broncogénico es excepcional en la literatura, aún en el contexto de metástasis pleurales <sup>15</sup>.

Los Tumores germinales se clasifican en: Seminomatosos y no Seminomatosos. Los no Seminomatosos, pueden diferenciarse en cuatro subvariedades: Carcinoma Embrionario, Tumor del Seno Endodérmico, Coriocarcinoma y Teratoma, además pueden surgir en diversas localizaciones tanto gonadales como extragonadales <sup>16</sup>.

Los Tumores germinales gonadales representan el 1% de las neoplasias del adulto (16), pero llegan a ser el 30% entre los 15 y 40 años <sup>16,17</sup>, la causa de los Tumores Germinales no ha sido claramente definida aunque existen factores de riesgo como criptorquidia y el síndrome de Klinefelter. Tanto, tumores germinales gonadales y extragonadales independientemente del sitio de aparición y de la histología son tumores diploides con cariotipo normal; Los tumores malignos casi en su totalidad corresponden a tumores del saco vitelino y crecen en un teratoma preexistente. Se han encontrado anomalías recurrentes de los cromosomas 1,3, 6 y delección del 1p36 en el 80 a 100 % de los tumores malignos <sup>17</sup>.

Los tumores de células germinales extragonadales son poco comunes y representan sólo un porcentaje pequeño de todos los tumores de

células germinales; su localización más frecuente es retroperitoneal pero también en mediastino y sistema nervioso central, pueden ser seminomatosos y no seminomatosos; en ambos casos son quimiocurables y radiosensibles<sup>17</sup>. Cerca de una tercera parte de los pacientes con cáncer de células germinales extragonadal alojan neoplasias intratubulares en las gónadas, aunque estas aparenten estar normales, de allí que tengan un riesgo aumentado de desarrollar tumores gonadales metacrónicos<sup>17</sup>.

Excepcionalmente, los tumores germinales son también causa de hemotórax espontáneo, como en el caso que se presenta, los mecanismos fisiopatológicos aunque controversiales, se postulan el crecimiento acelerado del tumor que lleva a la ruptura<sup>18</sup>, isquemia de la lesión tumoral, inflamación, autólisis, necrosis, invasión a vasos sanguíneos y linfáticos entre otros.

**Conclusión.** Se presenta un caso poco frecuente de hemotórax espontáneo como manifestación de un tumor germinal extragonadal, el cual produce compromiso hemodinámico que requirió manejo quirúrgico.

Respecto al manejo específico de esta patología, no existe consenso en la literatura y lo que se conoce deriva del reporte de casos y extrapolación de otros tipos de hemotórax, se describen manejos desde expectante, intervencionista, mínimamente invasivo y quirúrgico. En este caso, el manejo quirúrgico fue suficiente, con una evolución postoperatoria satisfactoria que permitió además hacer el diagnóstico.

#### Abstract

Spontaneous hemothorax is an unusual disease, caused by multiple diseases and with multiple treatment options.

This is the clinical case of a 30 year old male, in the diagnostic work up of lymphoproliferative disease who presents with acute shortness of breath and radiological signs of hemothorax. Is taken to the operating room, an initial management with videoassistedthoracoscopy is intended, but because of bleeding is reoperated through posterolateral thoracotomy with operative findings of a mediastinal bleeding tumor, resection of this tumor is made and the pathologist report embryonic carcinoma.

A review of the literature about spontaneous hemothorax shows that this manifestation is of a germ cell tumor is unusual and the treatment options may vary. In this case, the open surgical approach was enough with a good recovery and evolution.

#### Bibliografía

1. Ali HA, Lippmann M, Mundathaje U, Khaleeq G. Spontaneous hemothorax: a comprehensive review. *Chest*. 2008;134(5):1056-65.
2. Ohmori K, Ohata M, Narata M, Iida M, Nakaoka Y, Irako M, *et al*. 28 cases of spontaneous hemopneumothorax. *Zasshi Journal Nihon Kyōbu Geka Gakkai*. 1988;36(7):1059.
3. Ono F, Hiraga M, Omura N, Sato M, Yamamura A, Obara M, *et al*. Hemothorax caused by spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma: a case report and review of the literature. *World J Surg Oncol*. 2012;10:215.
4. Dogan NO, Pamukcu Gunaydin G, Tekin M, Cevik Y. Nontraumatic massive spontaneous hemothorax with concomitant warfarin use. *Case Rep Emerg Med*. 2013;2013:546024.
5. Wang CC, Ng CJ, Seak CK, Seak CJ. Spontaneous hemothorax following thrombolytic and anticoagulant therapy for massive pulmonary embolism. *Am J Emerg Med*. 2013;31(6):999.e1-3.
6. Seo YH, Kwak JY. Spontaneous hemomediastinum and hemothorax caused by a ruptured bronchial artery aneurysm. *Korean J Thorac Cardiovasc Surg*. 2011;44(4):314-7.
7. Buitrago J, Santa SV. Acute intermittent porphyria presenting as spontaneous hemothorax. *Biomedica*. 2009;29(3):339-47.
8. Hongsakul K, Rookkapan S, Tanutit P, Pakdeejit S, Songjamrat A, Sungsiiri J. Spontaneous massive hemothorax in a patient with neurofibromatosis type I with successful transarterial embolization. *Korean J Radiol*. 2013;14(1):86-90.
9. Miura T, Kawano Y, Chujo M, Miyawaki M, Mori H, Kawahara K. Spontaneous hemothorax in patients with von Recklinghausen's disease. *Jpn J Thorac Cardiovasc Surg*. 2005;53(12):649-52.
10. Fareed MI, Mahmoud AE. Spontaneous rupture of falciparum malarial spleen presenting as hemoperitoneum, hemothorax, and hemoarthrosis. *Am J Case Rep*. 2013;14:405-8.
11. Oh SY, Seo KW, Jegal Y, Ahn JJ, Min YJ, Park CR, *et al*. Hemothorax caused by spontaneous rupture of a metastatic mediastinal lymph node in hepatocellular carcinoma: a case report. *Korean J Intern Med*. 2013;28(5):622-5.
12. Singh S, Sharma ML, Lone RA, Wani MA, Hussain Z, Mir I, *et al*. Idiopathic massive spontaneous hemothorax: adhesion disruption. *World J Surg*. 2009;33(3):489-91.
13. Hsu N-Y, Shih C-S, Hsu C-P, Chen P-R. Spontaneous hemopneumothorax revisited: clinical approach and systemic review of the literature. *The Annals of thoracic surgery*. 2005;80(5):1859-63.
14. Varsano S, Edelstein E, Gendel B, Smorzik J. Bilateral and unilateral spontaneous massive hemothorax as a presenting manifestation of rare tumors. *Respiration*. 2003;70(2):214-8.
15. Avila Martinez RJ, Hernandez Voth A, Villena Garrido V. Spontaneous hemothorax as a presenting form of bronchogenic carcinoma. *Arch Bronconeumol*. 2013;49(10):455.
16. Oldenburg J, Fossa SD, Nuver J, Heidenreich A, Schmoll HJ, Bokemeyer C, *et al*. Testicular seminoma and non-seminoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2013;24 Suppl 6:vi125-32.
17. Schmoll HJ, Souchon R, Krege S, Albers P, Beyer J, Kollmannsberger C, *et al*. European consensus on diagnosis and treatment of germ cell cancer: a report of the European Germ Cell Cancer Consensus Group (EGCCCG). *Ann Oncol*. 2004;15(9):1377-99.
18. Ruan Z, Wang S, Wang Z, Jing Y. A rare case of bilateral massive hemothorax from spontaneous rupture of a primary mediastinal mixed germ cell tumor. *Ann Thorac Surg*. 2012;93(2):664-6.

## VIAS BILIARES Y PANCREAS

04-009

### Colecistitis Enfisematosa

*Fernando Escobar, Neil Valentín Vega, Eduart Iván Valbuena*  
Hospital María Inmaculada, Universidad de La Sabana  
Florencia, Caquetá, Colombia  
fernandoescobar1964@hotmail.com, eduartvalbuena@gmail.com

**Introducción.** La colecistitis enfisematosa es una rara forma de presentación de la colecistitis aguda, caracterizada por la presencia de gas intramural y/o intraluminal, la cual puede evolucionar a colecistitis gangrenosa y posteriormente peritonitis. Se asocia a una alta tasa de morbilidad y mortalidad.

**Objetivo.** Presentar 3 casos clínicos de colecistitis enfisematosa con estudios radiológicos característicos de la patología.

**Material y método.** Estudio de reporte de casos de pacientes con diagnóstico de colecistitis enfisematosa tratados en un Hospital de Florencia (Caquetá), Colombia. Se revisó la historia clínica y se obtuvieron las imágenes de tomografía computadorizada (TAC) de abdomen.

**Resultados.** Se trata de 3 adultos mayores, de sexo masculino, quienes ingresaron por cuadro clínico de dolor abdominal asociado a síntomas gastrointestinales y de respuesta inflamatoria sistémica, a quienes se realizó estudio radiológico con TAC de abdomen, evidenciando colecistitis enfisematosa. Los 3 pacientes recibieron manejo quirúrgico de urgencia, colecistectomía. Dos de ellos fueron manejados en la unidad de cuidados intensivos con posterior egreso a hospitalización general. Todos presentaron adecuada evolución postoperatoria sin complicaciones mayores, requerimiento de reintervención, ni mortalidad.

**Conclusión.** La colecistitis enfisematosa se caracteriza por la presencia de gas intramural y/o intraluminal, evidenciado en estudios radiológicos (radiografía simple o TAC) de abdomen, requiere manejo quirúrgico urgente, con resultados posoperatorios satisfactorios.

**04-010**

### **Necrosectomía pancreática. Vigencia de Bradley III.**

*Patricio Alberti, Edilberto Almanza, Daniel Ruiz, Francisco Tarsitano, Cristian Ariel Neira*  
Obra Social para La Actividad Docente - OSPLAD  
Buenos Aires, Argentina  
ejac8026@gmail.com

**Introducción.** La pancreatitis aguda (PA) continúa siendo una enfermedad con significativa morbilidad y mortalidad. Los factores de riesgo más importantes para PA en el adulto son la litiasis biliar y el consumo de alcohol. Los criterios más ampliamente aceptados para la clasificación clínica de la PA, proceden de una conferencia internacional de consenso llevada a cabo en septiembre de 1992 en Atlanta, sin embargo, en la actualidad, existen diversas guías clínicas y consensos para su diagnóstico y tratamiento.

**Objetivo.** Tratamiento quirúrgico para resolución de paciente con pancreatitis grave, que incluyó necrosis pancreática sobre infectada, con mala respuesta a la terapia inicial que consiste básicamente en: régimen cero por boca, hidratación parenteral, analgesia endovenosa y tratamiento antibiótico empírico según necesidad y criterios de inclusión en área cerrada.

**Material y método.** Revisión de historia clínica, análisis complementarios y bibliografía. Se realizó Necrosectomía pancreática sucesiva hasta eliminar todo tejido desvitalizado.

**Resultados.** La PA, continúa siendo un desafío terapéutico multidisciplinario y un motivo frecuente de consulta para los cirujanos hepatobiliares y pancreáticos. La incidencia de este cuadro varía ampliamente, se estima que esta fluctúa entre 5 y 80 por 100.000 habitantes por año y que el tratamiento quirúrgico como en el caso expuesto es una herramienta más para el manejo de las complicaciones y evolución torpida de pacientes con PA.

**Conclusión.** La operación de Bradley III mantiene su indicación cuando el paciente presenta necrosis pancreática infectada y no puede realizarse o fracasa el tratamiento miniinvasivo.

**04-011**

### **Tratamiento Multimodal del Cáncer de Vesícula**

*Mariano Vijande, Edilberto Almanza, Gabriela Motta, Fernando Álvarez, Juan Di Quattro*  
Obra Social para La Actividad Docente - OSPLAD  
Buenos Aires, Argentina  
ejac8026@gmail.com

**Introducción.** El Cáncer de Vesícula es el más frecuente de los tumores biliares. De predominio femenino después de los 50 años. Se reconocen las siguientes etiologías posibles: 1) Colecistitis Crónica Litiasica; 2) Infección bacteriana; 3) Vesícula en Porcelana; 4) Anomalía en la unión ductal pancreatobiliar, entre otras causas.

**Objetivo.** Las probabilidades de supervivencia para los pacientes con cáncer de vesícula biliar dependen en gran medida de cuán avanzado se encuentra al momento de encontrarlo. Se busca determinar los beneficios del tratamiento multimodal combinando Cirugía con procedimientos mínimamente invasivos en asociación con Quimio y Radio terapia como alternativa más beneficiosa para pacientes en Estadio III - IV. Disminuyendo la morbimortalidad y mejorando su calidad de Vida.

**Material y método.** Marcación con clips en hallazgo intraoperatorio de vesícula en porcelana con anatomía patológica por biopsia por congelación positiva para adenocarcinoma, colocación de *stent* biliar autoexpandible y posterior radio y quimioterapia.

**Resultados.** Se encontró que la combinación de procedimientos mínimamente invasivos en asociación con Quimio y Radio terapia ofrecen una gran alternativa con beneficios y mejoría de la calidad de vida en pacientes con cáncer de vesícula diagnosticados de forma tardía, siendo imposible la resección quirúrgica.

**Conclusión.** El manejo multimodal de radio y quimioterapia con procedimientos miniinvasivos es una alternativa viable, práctica y eficaz en pacientes con Ca vesicular irreseccable.

**04-013**

### **Absceso hepático amebiano complicado. Reporte de caso Hospital Universitario de Neiva.**

*Luis Sanabria, Francisco Ruiz, Fernando Bolaños, Camilo Chilatra, Sebastián Gómez*  
Hospital Universitario de Neiva - Universidad Surcolombiana  
Neiva - Huila, Colombia  
lesanabrar@gmail.com

**Introducción.** La amebiasis se presenta con mayor frecuencia en lugares en donde las condiciones higiénicas no son las mejores, en los países subdesarrollados, y en las clases socio-económicas débiles. El absceso hepático amebiano es una complicación grave y no infrecuente en nuestro medio.

**Objetivo.** Reportar un caso de absceso hepático amebiano complicado en el Hospital Universitario de Neiva.

**Material y método.** Mujer, 56 años, 156 cm, 65 kg., 6 días de dolor abdominal inespecífico, según su relato, luego de ser atropellada por motocicleta mientras conducía bicicleta, consulta en primer nivel donde inician tratamiento por infección urinaria, abdomen doloroso, sin irritación peritoneal. Remitida luego de 4 días sin mejoría como dolor abdominal secundario a traumatismo en accidente de tránsito. Recicladora, consumidora de marihuana. Dolor en hipocondrio derecho, se asocia al trauma, hepatomegalia dolorosa, ecografía y TAC identifican lesión intrahepática de 15x15 cm. sugestiva de hematoma vs neoplasia, marcadores tumorales negativos, ictericia, séptica, coproscópico: sangre, uncinarias y trofozoitos de amebas, manejada con ciprofloxacina-metronidazol: Requiere por choque y falla respiratoria traslado a UCI. Ante evolución, hallazgo imagenológico y condiciones socioeconómicas se considera absceso hepático gigante, se realiza punción percutánea guiada por ecografía drenando 600 ml. de contenido hematópurulento, se deja dren de 10 fr., evoluciona a falla orgánica múltiple, fallece.

**Resultados.** Directo y Gram: leucocitos incontables, hematíes 30-40 x campo, trofozoitos de Entamoeba histolytica +++, bacterias +++; bacilos gram negativos +++, abundante reacción leucocitaria.

**Conclusión.** El absceso hepático, en nuestro medio, sigue siendo una opción diagnóstica como causa de colecciones y lesiones hepáticas.

#### 04-030

### **Necrosectomía Pancreática. Recursos Técnicos en Eventroplastias Complejas**

*Edilberto Almanza, Otto Ritondale, Fernando García Moritan, Leandro Padial, Gustavo Wasieleasky*  
Obra Social para La Actividad Docente - OSPLAD  
Buenos Aires, Argentina  
[ejac8026@gmail.com](mailto:ejac8026@gmail.com)

**Introducción.** Se denomina eventración, o hernia incisional, a la protrusión o salida de las vísceras abdominales por una zona u orificio de la pared abdominal debilitada tanto quirúrgica, como traumática y patológicamente, distinta a los orificios naturales.

**Objetivo.** Reparación de la pared abdominal previa insuflación de neumoperitoneo progresivo de Goñi Moreno, para evitar complicaciones posteriores y disminuir los riesgos en el intraoperatorio, además de evaluar la facilidad aportada, por dicho método para la resolución de este tipo de patologías.

**Material y método.** Para la realización del neumoperitoneo se ha utilizado entre otros medios, una aguja de punción lumbar, aguja de Verres, catéter de Tenckoff, o como en este caso un drenaje percutáneo colocado por método de Seldinger. Reparación posterior de pared abdominal con malla. La creación de neumoperitoneo progresivo antes de la reparación de las eventraciones o hernias inguinales abdominales gigantes, fue descrita en los años cuarenta por el doctor Iván Goñi Moreno, para aumentar la capacidad abdominal, y restablecer el espacio visceral perdido por el contenido peritoneal que se alojó en el saco herniario.

**Resultados.** La reparación de eventraciones gigantes, con pérdida de espacio, pueden resolverse con mayor efectividad, mejor control el intraoperatorio, dadas las condiciones favorables que ofrece un método previo a el acto quirúrgico como lo es el neumoperitoneo progresivo.

**Conclusión:** Actualmente las eventraciones tienen una incidencia cada vez menor dado el advenimiento de procedimientos percutáneos y laparoscópicos. No obstante se siguen presentando casos que son un desafío técnico complejo para su reparación. Además, hay que tener en cuenta los diferentes recursos clásicos, como el Neumoperitoneo de Goñi Moreno, las descargas de Albanese en eventraciones supraumbilicales y diferentes tipos de lipectomía que permiten su resolución de manera satisfactoria.

## **GASTROINTESTINAL**

#### 04-005

### **Espina de pescado que migra del estómago a la cavidad peritoneal. Reporte de un caso**

*Helena Facundo, Carlos Iván Rodríguez*  
Hospital Santa Clara E.S.E  
Bogotá D.C., Colombia  
[helefacus@gmail.com](mailto:helefacus@gmail.com), [civan099@gmail.com](mailto:civan099@gmail.com)

**Introducción.** Presentamos un caso de perforación gástrica por espina de pescado que fue manejado con drenaje laparoscópico del absceso y cubrimiento antibiótico; la evolución fue favorable. Revisamos la literatura al respecto de casos reportados previamente y su evolución.

**Objetivo.** Presentación del caso.

**Materiales y métodos.** No aplica

**Resultados.** Revisión de literatura y casos previos.

**Discusión y conclusiones.** La perforación de vísceras huecas del tracto gastrointestinal por ingesta de material orgánico de origen animal es infrecuente y suele tener un curso subagudo y benigno que rara vez consiste en la perforación libre. Esta presentación clínica da lugar al estudio imagenológico y al manejo conservador, con preservación de la víscera y drenaje percutáneo o laparoscópico de las colecciones.

#### 04-006

### **Fístula enterocutánea secundaria a carcinoma escamocelular en cicatriz de laparostomía.**

*Mauricio Cardona, Pablo Rueda, Gloria Flórez*  
Clínica Universitaria Colombia  
Bogotá, Colombia  
[pablorueca@gmail.com](mailto:pablorueca@gmail.com); [mauricio\\_jct@yahoo.com.br](mailto:mauricio_jct@yahoo.com.br); [gloria.florez1014@gmail.com](mailto:gloria.florez1014@gmail.com)

**Introducción.** El abdomen abierto útil en el manejo del trauma y sepsis abdominal severa, presenta como complicación frecuente fístulas enterocutáneas. La cicatrización anormal de laparostomías puede dar lugar a transformación maligna, dando como resultado un carcinoma escamocelular.

**Objetivo.** Presentar un caso de carcinoma escamocelular y fístula enterocutánea, en cicatriz de laparostomía, cuya incidencia es muy baja y no reportada mundialmente.

**Material y método.** Búsqueda de literatura en Pubmed y, Lilacs. Términos: "Squamous cell carcinoma", "Laparostomy scar", "Enterocutaneous fistula". Recopilación de historia clínica, imágenes y estudio de dermatopatológico.

*Resultados.* Se denomina úlcera de Marjolin, a cualquier proceso maligno a partir de un tejido cicatricial. El carcinoma escamocelular surgiendo de una cicatriz de laparostomía, es inusual (dos casos reportados en la literatura mundial) y muy agresivo. La fístula intestinal secundaria está presente en dos de los tres casos, siendo el nuestro el primero con compromiso del intestino delgado y el tercero en ser reportado.

*Conclusión.* La presencia de fístula enterocutánea ocasionada por carcinoma escamocelular, en cicatriz de laparostomía, es muy poco frecuente y poco descrita. El tratamiento consiste, cuando sea posible, en la resección completa de la lesión con márgenes oncológicos (2 a 3 centímetros).

Las medidas preventivas y la vigilancia estricta de las lesiones cutáneas cicatriciales es mandatorio.

**04-008**

### **Hemorragia digestiva oscura secundaria a adenocarcinoma intestinal y detectada por capsula endoscópica, reporte de caso**

*Julian Esteban Henao, David Alejandro González, René Marcelo Escobar*

Universidad de Antioquia  
Medellín, Colombia  
Julian\_henao85@hotmail.com

*Introducción.* Los adenocarcinomas de intestino delgado son poco frecuentes y su aparición clínica como hemorragia digestiva lo es aún más. Los estudios endoscópicos del intestino delgado ayudan a orientar sobre la causa de este.

*Objetivo.* Se presenta el caso de un paciente con hemorragia digestiva oscura secundaria a adenocarcinoma de yeyuno y es diagnosticada por capsula endoscópica.

*Material y método.* Revisión de la historia clínica del caso de un paciente que presentó hemorragia digestiva oscura secundaria a adenocarcinoma de yeyuno, se hizo revisión de la literatura y discusión del tema.

*Resultados.* Paciente con múltiples ingresos hospitalarios por hemorragia digestiva oscura sin etiología definida, el paciente reingresa nuevamente con síntomas de hemorragia digestiva superior, con anemia requiriendo hemocomponentes. Se inician estudios y vigilancia clínica, se decide realizar capsula endoscópica que muestra imagen compatible con tumor de intestino delgado por cual se decide intervenir quirúrgicamente encontrando tumor de yeyuno el cual se reseca y se realiza anastomosis terminoterminal. La paciente evoluciona de manera adecuada y la histopatología revela adenocarcinoma.

*Conclusión.* Un alto porcentaje de pacientes permanecen sin obtener diagnóstico de la causa de sangrado digestivo, a pesar de los estudios, y se debe realizar exámenes de intestino delgado para tratar de identificar la causa. En nuestro caso, en la capsula endoscópica se encontró la causa de sangrado la cual oriento su manejo.

**04-016**

### **Tumor del estroma gastrointestinal (GIST). A propósito de un caso**

*Francisco Infante, Vasiliki Androutsopoulos, José Luis Plaza*

Cruz Roja Venezolana, Hospital "Carlos J. Bello"  
Caracas, Venezuela  
franjavie1986@hotmail.com

*Introducción.* Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) se originan en las células de Cajal y se caracterizan por anomalías genéticas que producen hiperactividad del proto-oncogén c-kit. Pueden ser malignos o benignos, y pueden producirse en cualquier parte del tubo digestivo desde el esófago hasta el recto; considerándose malignos los de la pared gástrica cuando superan los 5cm, tienen una alta tasa de división celular o han metastatizado. El diagnóstico se hace quirúrgicamente o mediante biopsia con aguja con ayuda de técnicas de imagen.

*Objetivo.* Reportar un caso de GIST gástrico, comportamiento, métodos diagnósticos y tratamiento.

*Materiales y Métodos.* Femenina de 42 años, natural de Ecuador, quien inicia enfermedad actual 6 meses previos al ingreso, caracterizada por melena; acudiendo a facultativo quien indica EDS, evidenciando lesión tipo pólipo cuya anatomía patológica reporta GIST de bajo grado. Es referida a Cirugía General, realizándose resección completa con márgenes negativos en cara posterior de estómago, reportando la biopsia definitiva tumor mesenquimático morfológicamente compatible con GIST de bajo grado, ulcerado de 3,6 x 2,6cm.

*Resultados.* Biopsia e Inmunohistoquímica que reportan GIST con extensión a mucosa y muscular propia, inmunomarcaje en células neoplásicas con CD117 y Vimentina. Evolución satisfactoria, con biopsia control de mucosa gástrica a los 6 meses que reporta gastritis crónica activa leve.

*Conclusiones.* El tratamiento de los GIST depende del grado de extensión y pronóstico de la enfermedad al momento del diagnóstico, ya que si es detectado precozmente la conducta quirúrgica es suficiente. Otros factores pronósticos son: tamaño del tumor, índice mitótico, celularidad, atípias, invasión muscular y ulceración.

**04-017**

### **Resecion laparoscopica de feocromocitoma**

*Ivo Siljic, Mauricio Zuluaga, Juan Carlos Valencia, Uriel Ovidio Cardona*

Clínica de Occidente  
Cali, Colombia  
ivosiljic@yahoo.com

*Introducción.* Se presenta caso clínico de paciente femenina de 58 a, con tumor suprarrenal derecho documentado con imágenes y sintomatología propia de dicha patología. Se llevo a resección quirúrgica por laparoscopia. Se detallan imágenes diagnosticas y del abordaje quirúrgico.

*Objetivo.* Mostrar el manejo quirúrgico mínimamente invasivo del tumor retroperitoneal y el abordaje del retroperitoneo.

*Material y método.* Caso clínico documentado de masa retroperitoneal, inicialmente con manejo medico, se presentan imágenes del abordaje retroperitoneal y la resección laparoscópica de este tipo de tumor.

*Resultados.* mejoría clínica posquirúrgica y egreso con controles ambulatorios favorables.

**Conclusión.** El manejo actual de las masas retroperitoneales tanto para fines diagnósticos como terapéuticos es cada vez más frecuente. Se muestra el proceso diagnóstico y el abordaje mínimamente invasivo de este tipo de tumor con resultados favorables.

#### 04-018

### Gastrostomía percutánea endoscópica complicada, resolución por vía laparoscópica

*Ivo Siljic, Mauricio Zuluaga, Juan Carlos Valencia, Uriel Ovidio Cardona*  
Hospital Universitario del Valle, Clínica de Occidente, Clínica Farallones  
Cali, Valle, Colombia  
mauriciozuluagaz@yahoo.es

**Introducción.** La cirugía mínimamente invasiva es una alternativa para la resolución de complicaciones en pacientes con alto riesgo de morbilidad y mortalidad.

**Objetivo.** Se presenta un caso de complicación de gastrostomía percutánea y su resolución por cirugía mínimamente invasiva.

**Material y método.** Paciente de 96 años, postrada en cama, trastorno de deglución, se realizó gastrostomía endoscópica, al 3 día presenta dolor abdominal y respuesta inflamatoria y se decide laparoscopia diagnóstica encontrando necrosis de la pared gástrica en sitio de inserción de sonda de gastrostomía más peritonitis. Se realizó manejo de peritonitis por laparoscopia más cuña gástrica reseca la pared del estómago necrótica, con buena evolución. 2 semanas después de la cirugía se realiza nueva gastrostomía percutánea sin complicaciones.

**Resultados.** Se realizó la resolución de una complicación de un procedimiento endoscópico por vía laparoscópica con buenos resultados.

**Conclusión.** La cirugía laparoscópica es un método para la resolución de complicaciones en pacientes con alto riesgo de morbilidad y mortalidad.

#### 04-023

### Tumor Desmoplásico de células pequeñas redondas y azules retroperitoneal

*Oscar García, Juliana Messier, Jorge Luis Vélez*  
Fundación universitaria de ciencias de la salud  
Bogotá, Colombia  
julimessier@hotmail.com

**Introducción.** Este tipo de tumor es un tumor extremadamente raro con menos de 200 casos en la literatura, con un pronóstico malo por su agresividad, responden a la quimioterapia pero indefectiblemente recaen o progresan.

**Objetivo.** Conocer este tipo de tumor que afecta a población masculina y joven, entender su agresividad y la manera en la que se manejan.

**Material y método.** Caso clínico de un paciente masculino de 27 años.

**Resultados.** Se muestran imágenes de la biopsia inicial, su histología, el manejo que se le da y se da información acerca de su pronóstico a corto y largo plazo.

**Conclusión.** Es la presentación de un caso de un tipo de tumor retroperitoneal muy raro, con pocos casos reportados en el mundo, con un pobre pronóstico a pesar de su respuesta inicial a la quimioterapia. Es interesante conocer el amplio espectro de los

tumores retroperitoneales en cuanto a supervivencia y tiempo libre de enfermedad.

#### 04-027

### Linitis plástica duodenal y sincronismo cardial, Presentación de un caso

*Carlos Uribe, Jhon Sandoval, William Sánchez*  
Hospital Militar Central  
Bogotá, Colombia  
sanchez.william@cablenet.co

**Introducción.** La linitis plástica se presenta como manifestación del carcinoma esclerosante difuso gastrointestinal. Típicamente está asociada a tumores gástricos malignos, pero puede afectar cualquier segmento gastrointestinal. La presencia de tumores sincrónicos cardial y duodenal es excepcional y por lo general está asociado a síndromes hereditarios.

**Objetivo.** Presentamos un caso clínico de un adenocarcinoma de la unión gastroesofágica sincrónico con carcinoma duodenal mal diferenciado y expresión clínica de linitis plástica.

**Descripción del caso.** Paciente masculino de 66 años con hallazgo endoscópico de esófago de Barrett y lesión ulcerada a los 38cm obstruyendo en 20 % luz esofágica y extensión a estómago 2 cm por debajo de unión gastroesofágica. Cuerpo, antro y píloro sin alteraciones. Reporte de patología informó adenocarcinoma tipo intestinal bien diferenciado.

El duodeno con duodenitis severa, múltiples pólipos túbulo-vellosos y estenosis inflamatoria sobre 3ª y 4ª porción duodenal. Las biopsias informan compromiso por adenocarcinoma mal diferenciado tipo difuso con invasión linfática. TAC toracoabdominal sin evidencia enfermedad a distancia.

Realizamos laparotomía exploratoria encontrando proceso desmoplásico inflamatorio retroperitoneal, comprometiendo páncreas en su totalidad, cambios tipo linitis plástica a nivel de todas las porciones del duodeno yeyuno proximal, así como implantes tumorales sobre vasos linfáticos de la pared y el meso duodenal y yeyunal. Se colocó *stent* paliativo en unión esófago-gástrica y gastoyeyunostomía derivativa, posteriormente recibió quimioterapia a base de platino y cuatro meses después murió el paciente por progresión de la actividad tumoral.

**Conclusión.** La linitis plástica se manifiesta raramente en marco de enfermedades neoplásicas primarias del duodeno y su aparición en conjunto con tumores malignos del estómago no es común. En la literatura existe un único caso similar, el cual se presentó a nivel de la unión duodeno-yeyunal, con mortalidad reportada a 2 meses. En lesiones esporádicas no están claramente establecidos los factores de riesgo, ni el origen de esta presencia sincrónica tumoral.

## CIRUGIA BARIATRICA

#### 04-003

### Trombosis portal post sleeve gástrico, reporte de un caso

*Juan Carlos Ocampo, David Alejandro González, Oscar Henao*  
Universidad de Antioquia  
Medellín, Colombia  
Ocampojuan2010@hotmail.com

**Introducción.** La trombosis portal en posoperatorio de cirugía bariátrica y específicamente de *sleeve* es una entidad poco frecuente.

**Objetivos.** Presentar el caso de un paciente con trombosis portal en el posoperatorio de un *sleeven* gástrico.

**Material y método.** Revisión de la historia clínica del paciente, revisión de la literatura y discusión del caso.

**Resultados.** Paciente de 50 años de edad que presenta obesidad, candidata a cirugía bariátrica a la cual se le practico procedimiento de *sleeve* gástrico sin complicaciones inmediatas. Durante la evolución ambulatoria presento síntomas abdominales que obligaron a realizar tomografía y en la cual se encuentra trombosis en eje esplenoportal. Se inicia manejo medico con anticoagulación con buena evolución. Se le realizo controles tomográficos con resolución de la trombosis y asintomática. La obesidad se asocia con un mayor riesgo de tromboembolismo, y en consecuencia todos los pacientes de cirugía bariátrica tienen mayor riesgo de presentarla. Por lo tanto, estos pacientes deben tener una dieta estricta antes de la cirugía por lo que pueden presentar deficiencias de micronutrientes, los cuales podrían alterar los tiempos de coagulación, produciendo un estado pro-trombotico adicional. Así mismo, contribuyen a ello la cirugía laparoscópica y la manipulación.

**Conclusión.** La etiología de la trombosis portal es probablemente multifactorial, así mismo, son múltiples los factores relacionados que pueden desempeñar un papel en su aparición durante el posoperatorio de la cirugía bariátrica. El manejo puede ser expectante o con anticoagulación y se debe evaluar de manera individual cada caso.

## COLON Y RECTO

### 04-001

#### Protocolo de mejoría en la recuperación después de cirugía de colon y recto en la clínica universitaria bolivariana

Mauricio Esteban Valencia, Jhonny Alberto Sierra, Carolina González, Laura Durango  
Clínica Universitaria Bolivariana.  
Medellín, Colombia  
jhonny.sierra.marin@gmail.com

**Introducción.** Los protocolos denominados “Fast Track Surgery”, han demostrado disminuir la estancia hospitalaria sin afectar la morbilidad o mortalidad en cirugía de colon y recto.

**Objetivo.** Presentar la experiencia con el protocolo de mejoría en la recuperación de cirugía de colon y recto en la Clínica Universitaria Bolivariana.

**Material y método.** Estudio descriptivo, que presenta los resultados en términos frecuencia con: números absolutos, porcentaje, media y mediana; evaluando la morbilidad y mortalidad asociadas en los pacientes sometidos a cirugía de colon y recto según el protocolo institucional.

**Resultados.** En este trabajo de 21 pacientes sometidos al protocolo el 70 % correspondían a adenocarcinoma de colon o recto; con seguimiento a 6 meses la morbilidad post operatoria fue del 4.1%, sin mortalidad atribuible al post operatorio. La media de estancia

hospitalaria fue de 3.2 días y el inicio de la vía oral de 36.8 horas. Ningún paciente presento filtración de la anastomosis y en todos los casos los bordes de resección fueron negativos.

**Conclusión.** Los protocolos de recuperación mejorada constan de tres fases con metas claras que se deben cumplir y amoldar de acuerdo a las condiciones del medio, permitiendo el manejo de los pacientes sin aumentar la morbilidad ni la mortalidad disminuyendo días de hospitalización y costos, sin afectar la resección oncológica.

### 04-007

#### Endometriosis extrapélvica de colon, reporte de 2 casos

José Luis Espinosa, Wilmar Martín Montero, Juan Guillermo Ramos  
Fundacion Universitaria Sanitas  
Bogota D.C., Colombia  
hozezito@gmail.com – cirugiaticuc@gmail.com

**Introducción.** La endometriosis es una enfermedad ginecológica crónica benigna que afecta mujeres en edad fértil y post-menopáusicas, con incidencias y prevalencias variables. Puede haber siembras en cualquier parte del organismo, la frecuencia de endometriosis extrapélvica se desconoce, pero es claro que las manifestaciones clínicas pueden ser severas y variables, desde obstrucción hasta perforación y abdomen agudo, por lo que debe tenerse en cuenta como sospecha en casos poco claros de dolor abdominal y/o obstrucción intestinal.

**Objetivo.** Describir patología poco frecuente

**Material y metodo.** Primera paciente, con dolor abdominal en fosa iliaca derecha, sospecha de apendicitis, paraclínicos normales, muy sintomática, se lleva a laparoscopia en la que se encuentra masa en ciego inflamada, se realiza hemicolectomía derecha. Reporte de patología de endometriosis ileocólica transmural con 3 ganglios comprometidos.

Segunda paciente con dolor abdominal, fiebre y hematoquezia, hemograma alterado, antecedente de lesión en colon sigmoide por tomografía y colonoscopia. Biopsias negativas, nueva colonoscopia documenta perforación, se realiza laparotomía, proctosigmoidectomía y drenaje de peritonitis, patología reporta endometriosis de colon-recto superior con un ganglio positivo.

**Resultados.** Las pacientes presentan adecuada evolución, el reporte de patología cambia el pronóstico de ambas, dado el hallazgo de patología benigna. Continúan seguimiento, primera paciente se da alta por cirugía. Segunda paciente se sigue para cierre de colostomía diferido.

**Conclusión.** La endometriosis, es muy prevalente en las mujeres, puede presentar síntomas extrapélvicos severos que amenazan la vida, y simular neoplasias intestinales, el manejo quirúrgico inmediato permite la resolución del cuadro, pero es la histología la que define el pronóstico y manejo definitivo de estas pacientes.

### 04-012

#### Colectomía total por endometrioma sincrónico de colon sigmoides y ciego, resolución por vía laparoscópica.

Mauricio Zuluaga, Ivo Siljic, Juan Carlos Valencia, Uriel Ovidio Cardona  
Clínica de Occidente Cali, Clínica Farallones, Hospital Universitario del Valle  
Cali Valle, Colombia  
mauriciozuluagaz@yahoo.es

**Introducción.** La cirugía mínimamente invasiva es un método confiable para realizar diagnóstico y tratamiento de obstrucción intestinal en el adulto.

**Objetivo.** Presentar un método de mínimamente invasivo para la resolución de obstrucción intestinal de urgencias.

**Material y método.** se presenta el caso de una paciente sexo femenino, de 42 años de edad, remitida desde Sincelejo Sucre para manejo por cirugía general por cuadro de 6 meses de dolor abdominal y síntomas obstructivos, a quien se le había practicado histerectomía por dolor pélvico, al ingreso se le realiza ecografía que reporta proceso obstructivo en intestino delgado y colon. Se decide ante hallazgos laparoscopia diagnóstica, se encuentra patrón obstructivo con masa en región del ciego y la unión recto sigmoidea. Se realizó colectomía total por laparoscopia más ileostomía terminal tipo Hartman. Paciente evoluciona satisfactoriamente, se da alta el 10 día postq, la patología reportó endometrioma sincrónico obstructivo. Se realizó el cierre de ileostomía por vía laparoscópica a las 12 semanas una vez tuvo recuperación nutricional.

**Resultados.** se realizó la resolución de un cuadro de obstrucción intestinal por vía laparoscópica, de una patología poco frecuente como es el endometrioma. También se realizó manejo laparoscópico de la reconstrucción intestinal.

**Conclusión.** La cirugía mínimamente invasiva se puede considerar como la primera opción en el manejo de pacientes con obstrucción intestinal.

#### 04-014

### **Oxiuriasis como causa de apendicitis aguda. Reporte de caso Hospital Universitario de Neiva.**

Luis Sanabria, Fernando Bolaños, Gustavo Poveda, Camilo Chilatra, Sebastián Gómez  
Hospital Universitario de Neiva, Universidad Surcolombiana  
Neiva, Huila, Colombia  
lesanabriar@gmail.com

**Introducción.** Los planes de desarrollo y objetivos del milenio apuntan a erradicar la pobreza extrema. Las infecciones parasitarias son trazadoras de las condiciones socioeconómicas y de desarrollo de un país. En Colombia la oxiuriasis presenta una prevalencia subestimada debido a las dificultades en la realización de la técnica de Graham seriada. Frecuente en la población infantil, hay pocos reportes en la población adulta y como causa de apendicitis.

**Objetivo.** Reportar la oxiuriasis como causa de apendicitis. Caso clínico en el Hospital Universitario de Neiva.

**Material y método.** Paciente femenina, 47 años, 1.60 m, 60 kg., 3 días de dolor abdominal insidioso en fosa iliaca derecha, que se hizo constante y progresivo, náuseas, vómito y anorexia, sin fiebre. Antecedentes negativos, signos vitales estables, abdomen blando, doloroso en fosa iliaca derecha, Blumberg, Rovsing, psoas positivos, leucocitosis leve con eosinofilia de 8 %, con diagnóstico de apendicitis aguda se lleva a cirugía hallando apéndice fibrinopurulenta con base sana, no perforada, procedimiento sin complicaciones y buena evolución post-operatoria, se da salida en 24 horas. Control por consulta externa con evolución satisfactoria, con reporte de patología se desparasita, alta por cirugía.

**Resultados.** Estudio anatomopatológico: pared de apéndice cecal con ulceración focal de la mucosa y moderado infiltrado inflamatorio agudo disperso en todas las capas. En la luz se observa estructuras parasitarias adultas tipo *Enterobius vermicularis*. Diagnóstico: apendicitis aguda supurada, parasitosis intestinal tipo oxiuriasis

**Conclusión.** Se reporta un caso de oxiuriasis como causa de apendicitis. Las parasitosis deben ser consideradas en el diagnóstico de enfermedades gastrointestinales.

#### 04-019

### **Pileflebitis secundaria a una diverticulitis aguda HINCHEY IA**

Eduardo Emilio Londoño, Luis Felipe Cabrera  
Fundación Santa Fe de Bogotá, Universidad El Bosque  
Bogotá D.C., Colombia  
luis.felipe.cabrera@hotmail.com

**Introducción.** La pileflebitis se define como una trombosis supurativa e inflamatoria del sistema porta secundario a un proceso infeccioso intrabdominal. El primer caso descrito de pileflebitis fue realizado por Waller en 1846, con el desarrollo posterior de las imágenes diagnósticas y los antibióticos, la incidencia a disminuido a un 0.05 % al igual que la mortalidad bajo de un 50-80 % hasta un 25 %. Con el paso del tiempo la apendicitis aguda paso de ser la primera causa a la segunda, remplazada por la diverticulitis aguda.

**Objetivo.** Exponer y revisar el manejo actual de la pileflebitis basados en un caso clínico de nuestra experiencia.

**Material y método.** Se revisaron las bases de datos Pubmed y MDconsult, con los siguientes términos Mesh: diverticulitis, pileflebitis y adominal sepsis, en los últimos 20 años y se seleccionaron los estudios clínicos más significativos según el factor de impacto de la revista y el nivel de evidencia dado.

**Resultados.** El examen de elección para el diagnóstico de la pileflebitis es la tomografía abdominal contrastada, el manejo inicial se basa en antibioticoterapia de amplio espectro y manejo quirúrgico del foco séptico abdominal, la anticoagulación es debatida, la complicación más frecuente es el absceso hepático y la más grave es la isquemia intestinal.

**Conclusión.** Es una patología poco frecuente y menos secundaria a una diverticulitis leve, sin embargo se debe tener como diagnóstico diferencial, la principal causa de mortalidad de estos pacientes es la sepsis abdominal mas allá que la posibilidad de generarse una isquemia intestinal, se requieren estudios prospectivos aleatorizados para definir el rol de la anticoagulación asociada a los antibióticos y el manejo quirúrgico del foco séptico.

#### 04-024

### **Evolución del posoperatorio del paciente ambulatorio Con apendicitis aguda no complicada en el Hospital Susana López de Valencia, Popayán, Cauca, En el periodo comprendido entre noviembre de 2013 y abril de 2014**

Juan Pablo Martínez, Catalina Isabel Quilindo, Ángela Paola Paz, Daniel Aicardo Ortega, José Rubén Romero, Javier Andrés Tascón, Sebastián Urresta, Yesid Fernando Valencia, Álvaro José Zúñiga

Universidad del Cauca  
Popayan, Cauca, Colombia  
catalina1420@hotmail.com

**Introducción.** La apendicitis aguda es una de las causas más frecuentes de abdomen agudo en todo el mundo y una de las principales indicaciones para la cirugía abdominal es importante establecer el diagnóstico, proporcionar un tratamiento oportuno y conocer su evolución.

**Objetivo.** Describir la evolución del post-operatorio del paciente sometido a apendicetomía por apendicitis aguda no complicada manejado ambulatoriamente en el Hospital Susana López de Valencia en el periodo comprendido entre noviembre de 2013 y abril de 2014.

**Materiales y métodos.** Se llevó a cabo un estudio de cohorte de tipo prospectivo descriptivo, de la evolución de 100 pacientes sometidos a apendicetomía por apendicitis aguda no complicada manejado ambulatoriamente en el Hospital Susana López de Valencia.

Los pacientes debían cumplir con los siguientes criterios de inclusión: Aceptar participar voluntariamente en el estudio, haber sido intervenido quirúrgicamente con apendicetomía ambulatoria no complicada en esta institución, ser mayor de 14 años, haber recibido anestesia raquídea, ser egresado de la institución antes de las doce horas siguientes a la intervención quirúrgica. Los pacientes excluidos del estudio presentaron los siguientes criterios de exclusión: Rechazar voluntariamente su participación, presentar algún tipo de complicación anestésica, mujeres en periodo de gestación, ser mayor de 65 años o haber recibido anestesia general.

Se realizó una encuesta por medio de una llamada telefónica dentro de las 24 horas posteriores a la intervención quirúrgica, para determinar de esta manera las posibles complicaciones que puedan presentar los pacientes egresados como dolor, intolerancia a la vía oral, vómito o náuseas. Además se revisó las historias clínicas para determinar el hallazgo histopatológico y si existió algún tipo de reingreso por una posible complicación posquirúrgica a los 30 días siguientes.

El análisis estadístico se realizó en el programa SPSS Statistics v19 (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA).

**Resultados.** En la evolución del posoperatorio del grupo estudiado el 58% no presentaron dolor, 95% toleraron adecuadamente la vía oral, 97% no presentaron vómito y el 90% no tuvo ningún episodio de náuseas. El 3% reingresó por infección del sitio operatorio tipo 1, el 4% por dolor, los cuales fueron manejados con antibióticos y analgesia respectivamente. Se encontró una concordancia histopatológica con el diagnóstico de apendicitis aguda en el 94% de los casos.

**Conclusión.** El paciente sometido a apendicetomía por apendicitis aguda no complicada manejado ambulatoriamente, tiene una adecuada evolución posquirúrgica y una buena aceptación por parte del paciente, lo cual justifica la realización de esta conducta.

## VASCULAR

04-029

### Fístula aortoentérica, manejo de lesiones difíciles sobre ángulo de Treitz

Carlos Uribe, Diego Vanegas, Ivan Katime, William Sánchez  
Hospital Militar Central, Universidad Militar Nueva Granada  
Bogotá, Colombia  
sanchez.william@cable.net.co

**Introducción.** Debido a su difícil localización, relación topográfica y crítica irrigación, las lesiones duodenales y sobre el ángulo de Treitz representan un reto mayor para el cirujano.

**Objetivo.** Presentación de caso clínico de una fístula en la cuarta porción del duodeno y ángulo de Treitz en un paciente con fístula aortoentérica.

**Descripción del caso.** Paciente femenina de 84 años ingresa con clínica de dolor abdominal y hematoquezia en relación con trauma abdominal menor. Al examen físico se palpa masa abdominal pulsátil, la ecografía mostraba un aneurisma de aorta abdominal infrarenal de 8cm de diámetro. 20 minutos después presenta súbitamente pérdida de conciencia, hematemesis e hipotensión.

Realizamos laparotomía exploratoria encontrando aneurisma de la aorta infrarenal de 10x12cm y fístula aortoentérica sobre ángulo de Treitz. Se realiza reparo vascular con anastomosis termino-terminal de prótesis de Dacron, cierre primario de lesión intestinal, refuerzo con parche de epiplón y bolsa de Bogotá. Traslado a Unidad de Cuidados Intensivos para reanimación y posterior second-look.

72 horas después la revisión quirúrgica evidencia fuga de contenido intestinal, prótesis de Dacron hermética. Se decide refuerzo cierre primario, colocación dren abdominal, realización de exclusión duodenal bajo técnica de 4 tubos (Gastrostomía, Yeyunostomía proximal y distal de alimentación, y colecistostomía) o Donovan – Werner y cierre de piel.

Adecuada evolución, completa programa de lavados, no nueva fuga intestinal. Prótesis vascular indemne. Retiro de ostomias derivativas. Alta hospitalaria al 40° día posoperatorio.

**Conclusión.** Lesiones duodenales severas están asociadas a mortalidad elevada. En pacientes hemodinámicamente inestables, el cierre primario con parche de epiplón representa una alternativa válida para el control de la contaminación de la cavidad, permite una reanimación postoperatoria adecuada y posterior control definitivo de lesión. La adecuada selección de la técnica quirúrgica se basa en las características y estado del paciente, y definirá éxito final del procedimiento.

## MAMA Y TEJIDOS BLANDOS

04-015

### Tumores malignos de mama en el servicio de cirugía general de la Cruz Roja Caracas, Venezuela. Revisión de casos 1995-2013

Francisco Infante, Vasiliki Androutsopoulos, José Luis Plaza  
Cruz Roja Venezolana, Hospital “Carlos J. Bello”  
Caracas, Venezuela  
franjavie1986@hotmail.com

**Introducción.** La OMS estima una incidencia anual de 1,67 millones de nuevos casos de Cáncer (Ca) de mama, siendo la primera causa de Ca en mujeres latinoamericanas con una incidencia de 114.900 y una mortalidad de 32,2 %. La Sociedad Anticancerosa de Venezuela manejaba para el año 2011; 3.475 casos/año y 1.425 defunciones. Esto se debe a que la mayoría de los tumores se diagnostican en estado avanzado y solamente el 9,25 % se detectan tempranamente.

**Objetivo.** Identificar la incidencia de Ca de mama en el Hospital “Carlos J. Bello”, los factores de riesgo asociados, localización más frecuente, histología y conducta.

*Materiales y Métodos.* Estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, con una población de 83 pacientes con diagnóstico de Ca de mama en el Servicio de Cirugía General del Hospital “Carlos J. Bello” en el lapso 1995-2013. Los datos fueron recopilados utilizando las historias médicas y para el análisis estadístico, se agrupan en cuadros según frecuencia y analizan según porcentaje.

*Resultados.* Incidencia de 57,6 % de tumores malignos, siendo el más frecuente el Carcinoma ductal infiltrante 60,2 %. El grupo etario de mayor afectación (50-65) con una media de 56,4 años. La mama más afectada fue la derecha 49,4 %, la localización más frecuente cuadrante supero-externo 45,8 % y el factor de riesgo más frecuente historia familiar 14,5 %. La conducta quirúrgica predominante mastectomía radical modificada 61,4 %.

*Conclusiones.* La mejor manera de prevenir el Ca de mama, es la mamografía anual y el auto-examen regular. Actualmente las políticas sanitarias están destinadas a la concientización sobre este problema de salud pública que cada vez afecta mujeres en edades más tempranas.

#### 04-025

### Tumor Phyllodes de la mama en el Hospital Militar Central

*Victor Valencia, Diego Vanegas, William Sánchez*  
Hospital Militar Central, Universidad Militar Nueva Granada  
Bogotá, Colombia  
sanchez.william@cablenet.co

*Introducción.* El tumor Phyllodes de la mama es una neoplasia poco frecuente de elementos tanto estromales como epiteliales. La primera descripción se atribuye a Johannes Müller, quien en 1838 describió un tipo de tumor de contenido quístico, aspecto carnoso y con hendiduras semejantes a las hojas de un libro, al que denominó “*cistosarcoma fillodes*”. El tumor Phyllodes representa entre el 0,3 % y el 0,9 % de todos los tumores de mama y el 2-3 % de todos los tumores fibroepiteliales mamarios. Con pico de incidencia entre los 30 y los 55 años.

*Objetivo.* Presentamos cuatro casos de tumor Phyllodes de la mama presentados en el HMC entre 2010 y 2013

*Material y método.* Se evaluó retrospectivamente la estadística del servicio de cirugía general y de seno del HMC identificándose cuatro pacientes con diagnóstico histopatológico de tumor Phyllodes de la mama

*Resultados.* La edad media de las pacientes fue de 53,3 años. De las cuatro pacientes una tenía mamografía BIRADS 3, dos tenían BIRADS 4 y una BIRADS 5. Las cuatro pacientes recibieron manejo quirúrgico. La patología demostró tumor de bajo grado en 2 de las 4 pacientes, borderline en una paciente y hallazgos de malignidad en una paciente.

*Conclusión.* El tumor Phyllodes es una patología de baja incidencia pero aun presente en la población del HMC, es un tumor cuyo comportamiento, a pesar de los hallazgos físicos puede tener componente maligno y requiere manejo quirúrgico como manejo definitivo pesar de sus características histopatológicas.

## TRAUMA E INFECCIONES

#### 04-002

### Experiencia en el manejo del abdomen abierto con sistemas de succión negativa del 2010 al 2012 en el Hospital Pablo Tobón Uribe

*Víctor Manuel Quintero, Alfredo Constain, Jhonny Alberto Sierra*  
Hospital Pablo Tobón Uribe  
Medellín, Colombia  
jhonny.sierra.marin@gmail.com

*Introducción.* La terapia de succión negativa ha demostrado mejorar los desenlaces en los pacientes con abdomen abierto, aumentando la tasa de cierre primario y disminuyendo las complicaciones.

*Objetivo.* Exponer la experiencia del Hospital Pablo Tobón Uribe en el manejo del abdomen abierto, con sistema de succión negativa institucional, según el protocolo implementado por el grupo de clínica de heridas.

*Material y método.* Estudio descriptivo, que presenta los resultados en términos frecuencia con: números absolutos, porcentaje, media y mediana; evaluando la morbilidad y mortalidad asociadas en los pacientes con abdomen abierto manejados con el protocolo institucional.

*Resultados.* En este trabajo se presenta los desenlaces obtenidos en 174 paciente manejados con el sistema de succión negativa institucional. El 64 % correspondía a patología inflamatoria y el 36 % a trauma. Del total se logró el cierre primario en el 84 % de los pacientes, con 11,2 % de complicaciones y una mortalidad del 3 %.

*Conclusión.* Los protocolos de manejo del abdomen abierto han traído nuevos retos a los cirujanos, la terapia de succión negativa tiene efectos mecánicos y bioquímicos que han mejorado los desenlaces mejorando la tasa de cierres primario y permitiendo disminuir la carga bacteriana en el manejo de las fistulas, en nuestro estudio los resultados obtenidos con el protocolo institucional están de acuerdo con la literatura mundial.

#### 04-022

### Sistema VAC en paciente oncológico. Indicación vs calidad de vida

*Nayib Zurita, Carlos Cruz, Caterin Arévalo Zamora*  
Universidad del Sinú  
Cartagena de Indias, Colombia  
cate-90@hotmail.com

*Introducción.* El sistema VAC es un método aceptado para el tratamiento de cicatrización de las heridas, con poca bibliografía acerca de su indicación en el manejo de las lesiones oncológicas ulceradas que presentan gran supuración. Se presenta un caso de una paciente con Cáncer Intestinal avanzado y lesiones ulceradas en pared abdominal de origen metastásico asociado a gran producción de secreciones. Con el fin de mejorar la calidad de vida y los síntomas, y aunque su uso en lesiones neoplásicas no esté indicado, se coloca el método VAC de forma terapéutica controlando los síntomas, optimizando la calidad de vida y mejorando todo el contexto biopsicosocial de la paciente.

*Objetivo.* Presentar un póster en el cual se evidencien los resultados obtenidos con la colocación del sistema VAC en un paciente oncológico.

*Material y método.* Póster realizado mediante el uso de una cámara digital, que registra determinados momentos claves en la cirugía y su evolución.

*Resultados.* Debido a las características de las heridas formadas por metástasis en pacientes con tejidos neoplásicos y aunque haya controversia sobre su uso, hay evidencias que muestran la eficacia de la terapia VAC.

*Conclusión.* El sistema VAC, permite proteger la herida de la contaminación, evacuar completamente los exudados, estimular el tejido de granulación, facilita la cicatrización, mejora el dolor, da un mejor resultado estético, desaparece el olor fétido, pero sobre todo, es un método efectivo para el tratamiento de los efectos nocivos a nivel emocional de los pacientes oncológicos.

## **HERNIAS**

### **04-021**

#### **Diagnostico y reparación de hernia de Morgagni gigante en paciente de 73 años**

*Rafael José Beltran, William Salamanca, Jorge Andrés Azuero*  
Universidad Nacional de Colombia, Hospital Universitario de la Samaritana E.S.E  
Bogotá, Colombia  
jorgeandresazueroescallon@gmail.com

*Introducción.* La hernia de Morgagni es una entidad poco frecuente y su diagnóstico generalmente se establece de manera incidental dado que suele cursar asintomático en la mayoría de los pacientes. Sin embargo este caso es particular al ser una hernia gigante diagnosticada a los 73 años de edad como parte de estudio de un cuadro de disnea de 1 mes de evolución que en el sitio de remisión manejan como un cuadro neumónico que ante la o mejoría amplían el estudio imagenológico mediante tomografía axial computarizada documentando la hernia diafragmática gigante.

*Objetivo.* Exponer las imágenes de los estudios imagenológicos y hallazgos quirúrgicos de la hernia de Morgagni con contenido de yeyuno distal, íleon, ciego, apéndice cecal, colon ascendente y colon transversal

*Material y metodo.* Exposición amplia del caso clínico con los estudios imagenológicos prequirúrgicos e imágenes de los hallazgos intraoperatorios.

*Resultados.* Reparación por vía abdominal de hernia de Morgagni gigante. Sin requerimiento de malla.

*Conclusión.* Compartir a la sociedad científica el caso de diagnóstico y manejo de una hernia de Morgagni gigante diagnosticada a los 73 años de edad.



# ÍNDICE DE AUTORES

## A

Abadía, Mario, 17  
 Abisambra, Nadim, 95  
 Acevedo, Juan Javier, 45, 49, 53, 54, 77, 91  
 Acevedo, Verónica, 101  
 Acevedo, Yulieth, 50, 76, 86  
 Acosta, Juan David, 76, 84  
 Aguirre, Bibiana, 32,  
 Alberti, Patricio Martin, 101, 106  
 Allaix, Marco E., 19  
 Almada, Mario, 13  
 Almanza, Edilberto, 106, 107  
 Alvarado, Fernando, 34, 42  
 Álvarez, Sergio, 50  
 Álvarez, Fernando, 107  
 Álvarez, Luis Fernando, 79, 87, 88, 96,  
 97, 102  
 Álzate, Sandra Milena, 20, 29, 35, 61, 81, 82  
 Álzate, Sergio Alejandro, 62  
 Anaya, Marlon, 10  
 Anaya, Nafer, 30  
 Andrade, Ernesto, 51  
 Angarita, Mónica, 12  
 Ángel, Cristina, 18, 50  
 Ángel, Javier, 20  
 Ángel, Walter, 70  
 Arce, Paola, 60  
 Árdila, Saúl, 78  
 Arenas, Carlos Enrique, 27, 33, 88  
 Arenas, Juan Carlos, 60, 75  
 Arévalo, Caterin, 88, 89, 90, 91, 97, 103, 112  
 Arévalo, Joel Fawiany, 39, 51, 72  
 Argüello, Pedro, 61  
 Arias, Fernando, 11, 24, 25, 31, 37, 38  
 Ariza, Aníbal Manuel, 9, 32  
 Arrieta, Micaela, 101,  
 Ávila Álvarez, Alejandra, 63  
 Ayala, Juan Carlos, 32, 34  
 Azuero, Jorge Andrés, 43, 57, 112 71,

## B

Balestas, Adolfo, 44  
 Baquero, David Ricardo, 62, 83  
 Baquero, María, 36  
 Barajas, Jaime Fernando, 72

Barco, Andrés Guillermo, 72  
 Barrera, Juan Guillermo, 70  
 Barrera, Mario, 17  
 Barrera, Oscar Javier, 74  
 Barrios, Rina, 42  
 Barrios, Rodolfo, 53, 54  
 Bautista, Camilo, 63  
 Becerra, Maryuri, 55, 68, 92  
 Bejarano, Evaristo, 92  
 Beltrán, Rafael José, 112  
 Beltrán, Victor Augusto, 37  
 Benítez, Federico, 41  
 Bernal, Felipe, 19, 62, 100, 102  
 Bolaños, Fernando, 66, 108, 113  
 Bolaños, Eduardo, 14  
 Bolívar, Dínimo José, 48  
 Bonilla, Fernando, 13  
 Bonilla, Juan Carlos, 87  
 Bonilla, Roger Orlando, 79, 84  
 Bojanini, Lucas, 19  
 Borráz, Bernardo Alberto, 19, 95  
 Borráz G, Oswaldo, 79  
 Botero, Juan Esteban, 10, 19, 44  
 Botero, Verónica, 34, 81  
 Briceño M., Clara, 69  
 Buevas, Nelson, 89, 90, 91, 97  
 Bustillo, Carlos, 89, 90

## C

Caballero, Jaime, 28  
 Cabanillas, Mauricio, 80  
 Cabrera, Luis Felipe, 12  
 Cadena, Manuel, 12, 48, 58, 67  
 Caicedo, Luis Armando, 34  
 Calle, Ángela María, 63  
 Campillo, Jorge, 48  
 Canal, Fermín Alonso, 35, 43, 61  
 Cano, Álvaro, 62  
 Cañas, John Eduardo, 27, 33  
 Capre, Jessica, 24, 32, 52  
 Cardona, Andrés, 37  
 Cardona Mauricio, 107  
 Cardona, Uriel Ovidio, 14, 20, 21, 22, 25,  
 26, 27, 30, 33, 37, 38, 52, 53, 108, 109,  
 110, 111, 112

Carrera, Javier, 24  
 Carrillo, Adriana Patricia, 83  
 Carvajal, Alejandro, 76  
 Carvajal, Carlos Andrés, 73  
 Carvajal, Francisco, 40  
 Castaño, Rodrigo, 91  
 Castillo, Juan Carlos, 28  
 Castro, Jorge Andrés, 43, 57, 71  
 Castro, María Fernanda, 48  
 Caycedo, Nicolás, 46  
 Ceballos, Catalina, 19  
 Cendales, Angélica, 94  
 Chams, Abraham, 39  
 Charry, José, 32  
 Chaux, Carlos Felipe, 67  
 Chávez, Jaime Fernando, 10, 18, 47, 50  
 Chilatra, Diego Camilo, 23, 66, 108, 113  
 Cifuentes, Paola Andrea, 56, 73  
 Coba, Hernando José, 49, 64  
 Contreras, Haylmanrth Fernán, 96  
 Constain Alfredo, 115  
 Córdoba, Adriana, 98, 99  
 Correa, Jessica, 18, 21  
 Cortes, Natalia, 24, 25, 31, 37, 38  
 Corzo, Maria Camila, 36  
 Cruz, Carlos, 89, 90, 97, 98, 115  
 Cruz, Herman René, 72  
 Cruz, William, 31  
 Cubillos, Jorge, 35  
 Cuesta, Aileen, 34  
 Cuevas, Liliana, 22

## D

Dávila, Diego, 10  
 de León Gómez, Adolfo, 78  
 Delgado, Daniel Orlando, 60, 67  
 Delgado, Laura Juliana, 72  
 Díaz, Ángela María, 19  
 Díaz, Jesús Eduardo, 15  
 Díaz, José, 101  
 Díaz, Ramón, 100, 109  
 Díaz, Sandra, 20  
 Díaz, Sergio, 102  
 Domínguez, Luis Carlos, 32, 36  
 Di Orío, Francisco, 102

Dorado, Evelyn, 12, 61, 80  
 Dorado, John Freddy, 76, 84  
 Duarte, Álvaro A., 10, 18, 50  
 Dueñas, Juan Pablo, 19  
 Duque, Pedro Fernando, 48, 58  
 Durango, Laura, 112

## E

Echavarría Medina, Adriana, 67, 70  
 Echeverri, Carolina, 20, 29, 35, 61, 81, 82  
 Echeverri, Gabriel Jaime, 34, 81  
 Escobar, Fernando, 31  
 Espinel, Camilo, 70  
 Espinosa, Federico, 9, 41  
 Espinosa, José Luis, 65, 112  
 Espitia, Erick, 36  
 Espitia, Hernando Omar, 56, 74, 75

## F

Facundo, Helena, 9  
 Fajardo, Roosevelt, 11, 31  
 Flórez, Gloria, 109  
 Folonier, Juan, 13  
 Fonseca, Carmen Liliana, 62, 83  
 Forero, Francisco, 42, 45, 77, 91  
 Forero, Marby, 70  
 Francesco, Roberth, 27  
 Franco, Astolfo León, 97  
 Fuentes, Carlos, 15

## G

Gaitán, Juan Antonio, 59, 69  
 Galeano, Nohemí, 45  
 Galindo, Sandra Milena, 45, 46, 53, 54, 64  
 Gallego, Juan Guillermo, 40  
 García, Carlos, 45  
 García, Herney Andrés, 18, 21  
 García, Mauricio, 20  
 García, Óscar, 20, 111  
 García Duperly, Rafael, 24, 101  
 García, Víctor Hugo, 84  
 Garzón, Mauro, 55, 64, 68, 92  
 Girón, Guillermo, 100, 109  
 Gómez, Adolfo de León, 78  
 Gómez, Alejandro, 70  
 Gómez, Andrés Eduardo, 23  
 Gómez, Andy, 55, 92  
 Gómez, Daniel, 25, 38, 45, 63, 77  
 Gómez, Ferney David, 31  
 Gómez, Giovanni, 55  
 Gómez, Gonzalo, 23, 25

Gómez, Jaime, 43, 71  
 Gómez, Juan Carlos, 36  
 Gómez, Juliana, 51, 72  
 Gómez, Julián, 40  
 Gómez, Santiago, 19  
 Gómez, Sebastián, 56, 66, 108, 113  
 González, Adolfo, 32, 38, 52  
 González Carolina, 110  
 González David Alejandro, 104, 108, 109  
 González, Luis, 90  
 González, María Camila, 48  
 González, Nicolás, 13  
 Guardo, Juan, 78  
 Guarneri, Carolina, 13  
 Guataquira, Nydia, 75  
 Guerrero, Román, 75  
 Guevara, César, 25, 38, 45, 63, 78  
 Guevara, Óscar A., 10, 17, 87, 95  
 Gutiérrez, Edgard, 36, 42, 73, 77, 91  
 Gutiérrez, Genys, 68, 77, 91  
 Gutiérrez, Karla Patricia, 89, 97, 99  
 Gutiérrez, Sandra Milena, 52  
 Guzmán, Carlos Ernesto, 20, 29, 35, 61, 81, 82

## H

Henao, Julián Esteban, 110  
 Henao Oscar, 111  
 Hernández, Claudia Marcela, 35  
 Hernández, Dary Luz, 37  
 Hernández, Jaime, 73  
 Hernández, Juan David, 11, 57, 66, 69, 78  
 Hernández, Saúl, 89, 97  
 Herrera, David, 95  
 Herrera, Francisco, 53  
 Herrera-Almario, Gabriel Eduardo, 24, 31, 37, 93, 94, 95, 104  
 Herrera, Jorge Augusto, 41, 49, 76, 79  
 Herrera, Leonardo, 59, 69, 75, 76  
 Herrera, Sandra, 49  
 Higueta, Ana, 14  
 Hoyos, Juan Carlos, 49, 55, 92  
 Hoyos, Juan Pablo, 73, 94  
 Hoyos, Sergio Iván, 10, 18, 20, 29, 35, 47, 50, 61, 81, 82  
 Huertas, Santiago, 28  
 Hurtado, Pedro, 14

## I

Ibáñez, Heinz, 51  
 Isaza, Andrés, 58

## J

Jaramillo, Andrés, 27, 33  
 Jaramillo, Juliana Mercedes, 60, 67, 80, 84  
 Jiménez, César, 69  
 Jiménez, Juan Carlos, 46  
 Junca, Edgar Germán, 45, 56, 62  
 Jurado, Ricardo Alonso, 68

## K

Kadamani, Akram, 18  
 Katime, Iván, 114  
 Kestenberg, Abraham, 24

## L

Lamadrid, Brenda, 40, 42, 45, 46, 53, 55, 64, 68, 77, 91, 92  
 Lara, Axel Leonardo, 75  
 Leal, Carlos, 60, 62, 100, 102  
 Lehmann, Carlos, 20  
 Libreros, Sandra, 94  
 Liendo, Jonathan, 54  
 Linares, Juan David, 48, 57, 78  
 Loaiza, Laura, 31, 41, 55, 93, 94, 102  
 Londoño-Schimmer, Eduardo Emilio, 11, 24, 37, 55, 111  
 López, Carlos Alberto, 50, 59, 63, 91  
 López, Héctor, 20  
 López, Juan Pablo, 79  
 López, Juan Sebastián, 31  
 Lozano, Mauricio, 68  
 Lugo, Laura, 49, 79  
 Luna-Jaspe, Carlos, 19, 60, 62, 96, 100, 102  
 Luna, Rina, 17  
 Luna, Rubén Daniel, 96

## M

Manrique, María Eugenia, 10  
 Mantilla, Habbib, 16  
 Manzano, Cecilia Nisvet, 43, 76, 84  
 Marín, Alejandro, 74  
 Márquez, Alfonso Carlos, 34  
 Márquez, Diego Humberto, 28  
 Martín, Iván Darío, 10, 17, 57, 71, 74  
 Martínez, Carlos E., 28, 28  
 Martínez, Carlos, 51  
 Martínez, Humberto, 51  
 Martínez, Juan Carlos, 45, 54  
 Martínez, Juan David, 10  
 Matallana, Rogelio, 54  
 Mateus, Edgar, 78  
 Marulanda, Stevenson, 100, 109

Medellín-Abueta, Anwar, 24, 48, 66, 67, 69, 78

Medina, Camilo, 65

Medina, Daniel Felipe, 83

Medina, Rolando, 80

Mejía, Andrés, 14

Mejía, Gabriel Fernando, 68

Melo, Carlos, 26

Mena Hurtado, Álvaro, 20, 29, 35, 61, 81, 82

Mendoza, Belén, 19

Mendoza, María Clara, 59

Meza, Julián Andrés, 67, 80

Meza, María del Mar, 43, 84

Miranda, Asdrubal, 64, 68

Molano, Julián Andrés, 9, 41

Molina, Juan Pablo, 98

Molina, Sandra, 24, 52

Monsalve, Sebastián Camilo, 51, 72

Montero, Wilmar Martin, 55, 72, 110

Montes, Irene, 25

Montoya, Kevin Fernando, 43, 61

Mora, Hidalgo, 65

Mora, Marta, 37

Morales, Carlos Hernando, 73

Morales, Carolina, 15

Morales Cristiam Alexander, 105

Moreno, Adrián, 15

Moreno, Alejandro, 65

Moreno, Andrey, 9, 40

Moreno, Claudio Brando, 51

Moreno, Karen Nicole, 16, 28

Moreno, Sandra Yadira, 50

Moros, José Gonzalo, 22

Moscoso, Luis Alejandro, 34, 58

Mosquera, Andrés Camilo, 15

Mosquera, Manuel Santiago, 18, 56

Mozo, Javier, 15

Muñoz, Alberto, 28, 71, 74

Muñoz, Diana, 24

Muñoz, Edwin, 76, 79

Muñoz, Henry, 15

Muñoz, Jainer, 61

Muñoz, José Luis, 100, 109

Muñoz, Noelia, 60

## N

Naranjo, Fred Alexander, 76

Naranjo, Luz Andrea, 47

Nassar, Ricardo, 57, 66, 69, 78

Navarro, Cristian, 60

Navarro, Jorge Alberto, 34, 58

## O

Ocampo, Carolina, 57, 77

Ocampo, Juan Carlos, 58, 109

Ochoa, Juan Manuel, 44

Olarte, Patricia, 11

Oliveros, Ricardo, 10, 17, 46, 87, 95, 96, 100

Olman, Elberto Esteban, 73

Oquendo, Diego, 23

Ortega, Dauris Johanna, 19, 63, 79

Ortega, Jairo Hernán, 60

Ortiz, Andrés Felipe, 83

Ortiz, César Augusto, 53, 64, 73

Ortiz, Ivonne Johanna, 74

Osorio, Camilo, 36

Ospina, Jairo, 96

Otero, Jorge Miguel, 37

## P

Pacheco, Maikel, 77, 100

Padrón, Oscar Luis, 11, 46, 65

Páez, Christian Camilo, 31

Paipilla, Leidy Johanna, 92

Palacios, Francisco, 77

Palacios, Óscar, 10, 44

Parra, Juan Fernando, 99

Parra, Lina, 31, 94, 95, 104

Parra, Luis, 93

Parrado, Mónica, 58

Pattí, Marco G., 19

Paz, Ángela Paola, 114

Peláez, Mauricio, 42

Peña, Rafael, 16

Perdomo, Darío Fernando, 35, 43, 61

Pérez, Adolfo, 100, 109

Pérez, Cristian, 78

Pérez, Daniel, 63, 77

Pérez, Juan Camilo, 47

Pérez Luis Francisco, 105

Pinilla, Raúl, 10, 46, 87, 95, 96, 100

Pinto, Edwin, 16

Pinto, Renzo, 12

Pinzón, Fabio Eduardo, 22

Piñeres, Amy del Mar, 35, 67

Ponce, Karen, 59

Portela, Alix Milena, 40, 46, 64, 73

Posada, José Carlos, 54

Posada, Lord Larry, 74

Poveda, Gustavo, 23

Pozo, Marcos Eduardo, 24, 31, 37

Prada, Nubia Elisa, 20

Prieto, Robín Germán, 51, 84

Puello, Walter, 53, 64

Puerto, Paola, 61

## Q

Quataquira, Nydia, 56

Quilindo, Catalina Isabel, 114

Quintero, Alejandro, 25, 38

Quintero, Germán, 56, 74

Quintero Víctor Manuel, 112

## R

Ramírez, Adonis, 23

Ramírez, Efraín, 101

Ramírez, Jorge, 75

Ramírez, Juan Camilo, 44, 86, 98

Ramírez, Víctor, 15, 16, 68

Ramos, Gustavo Andrés, 51

Ramos Juan Guillermo, 110

Redondo, Cesar, 41

Redondo, Katherine, 42

Remolina Perez, Carlos Emilio, 76, 86

Rendón, Juliana, 84

Rengifo, Lyda, 46

Restrepo, Juliana, 47, 58, 83

Restrepo, Lina Marcela, 51

Revelo, Efraín Andrés, 9, 41

Rey, Andrés Felipe, 98

Rey, Mario, 96

Rey, Samuel, 9

Reyes, Oscar Eduardo, 15

Riaño, Daniel Rodrigo, 51, 62

Rincón, David, 45

Ríos, Diana, 20

Rios, William Mauricio, 44, 86

Ritondale, Otto, 109

Rivera, Diego, 88, 103

Rizo, María Isabel, 24, 48, 66, 67, 69, 78

Rodríguez, Andrea, 36

Rodríguez, Carlos Andrés, 51

Rodríguez Carlos Iván, 107

Rodríguez David, 25

Rodríguez, Héctor Hugo, 15

Rodríguez, José Antonio, 50, 76, 86

Rodríguez, Jaison Augusto, 99

Rodríguez, Ricardo Andrés, 46

Rojas, Olga Lucia, 88

Rojas, Oscar, 61

Rojas, Susana, 34

Romero, Andrés, 12, 61  
 Romero, Liliana, 34  
 Romero, Walter, 39  
 Romo, William Oswaldo, 15  
 Rubio, Oscar David, 22  
 Rueda, Lady, 101  
 Rueda, Leonardo, 40, 41, 42, 45  
 Rueda Pablo, 107  
 Ruiz, Daniel, 106  
 Ruíz, Francisco, 17, 107  
 Ruiz, Juan Pablo, 17  
 Ruiz, Karina, 49  
 Ruiz, Maryan Liseth, 59  
 Russi, Hernando S., 42

## S

Sagra, Michael Ricardo, 15  
 Salamanca, William, 55  
 Salas, Juan Esteban, 40,  
 Salazar, Andres Felipe, 22  
 Salinas, Carolina, 50, 67, 76  
 Sanabria, Álvaro, 36  
 Sanabria, Andrea, 70  
 Sanabria, Luis Eduardo, 17, 32, 66, 108,  
 113  
 Sánchez, Gabriel, 18  
 Sánchez, Liliana, 79  
 Sánchez, William, 15, 16, 28, 68, 105,  
 111, 114, 115  
 Sandoval, Jhon, 111  
 Sanguinetti, Alberto, 13  
 Santamaría G., Germán Andrés, 59, 69, 75  
 Sanz, Sergio Alberto, 23, 30  
 Sarmiento, Guillermo Julián, 15  
 Segura, Ángela, 18, 50  
 Senejoa, Javier, 51  
 Serna, Adriana, 36  
 Serrano, Oscar, 34  
 Siado, Sergio, 17  
 Sierra, Daniela, 54  
 Sierra, Jaillier, 97  
 Sierra, Jhonny Alberto, 35, 41, 63, 76, 83,  
 112, 115  
 Sierra, Sebastián, 25

Siljic Bilicic, Ivo, 13, 14, 18, 20, 21, 22,  
 25, 26, 27, 30, 33, 38, 52, 53, 108,109, 110  
 Silva, Eduardo, 51  
 Solana, José Belisario, 45 , 46  
 Solano, Jaime, 12, 19, 55, 58  
 Sneyder, Edgar Cesar, 48

## T

Tabares, Sebastián, 47, 58, 83  
 Tascón, Marcela Lucía, 9, 41, 59  
 Tintinago, Luis Fernando, 9, 41  
 Tobar, Jorge Felipe, 41  
 Toro, Alejandra María, 35  
 Toro, Diego, 97  
 Toro Calle, Jerónimo, 83  
 Torregrosa, Lilian, 36  
 Torres, Andrés, 51  
 Torres, Mónica, 34, 81  
 Torres, Ricardo Andrés, 65  
 Troncoso, Juan M., 28  
 Trujillo, Carlos, 39  
 Trujillo, Jorge Hernán, 9, 55, 79, 100  
 Trujillo, Yessica Andrea, 50, 89, 99  
 Tunjano, Diana Paola, 72

## U

Uribe, Carlos, 111, 114  
 Urresta, Sebastián, 114

## V

Vaccari, Melina, 102  
 Valbuena, Diego, 11  
 Valbuena, Eduart Iván, 18, 31, 32  
 Álvaro, Valencia, 55  
 Valencia, Andrés, 78  
 Valencia, John, 80  
 Valencia, Juan Carlos, 13, 14, 20, 21, 22,  
 25, 26, 27, 30, 33, 38, 52, 53, 108, 109, 110  
 Valencia Mauricio Esteban, 110  
 Valencia, Victor, 54  
 Valencia, Yesid Fernando, 114  
 Vélez, Alejandro, 83  
 Vélez, Jorge Luis, 111  
 Valiñas, Roberto, 13

Vallejo, Guillermo, 43  
 Vallejo, Jamil David, 83  
 Vanegas, Blanca Stella, 31  
 Vanegas, Diego, 114, 115  
 Vanerio, Patricio, 13  
 Vargas, Felipe Enrique, 34, 56, 58, 74, 75  
 Vásquez, Jesús, 57, 92, 94, 101  
 Vega, Neil Valentín, 31, 36  
 Veintemilla, Galo, 46  
 Velásquez, María Elena, 11  
 Velásquez, Mauricio, 61  
 Velásquez, Orlando, 17  
 Vergara, Arturo, 12, 58, 67  
 Vergara, Cally, 88, 89  
 Vergara, Klovis, 88, 89, 90, 91  
 Vergara, María José, 40  
 Vergara, Rafael, 96  
 Victoria, William, 9, 41  
 Vides de la Cruz, Pedro, 53, 64  
 Villa, Guillermo, 78  
 Villadiego, Pedro, 63, 77  
 Villarreal, Ricardo, 46, 48, 58, 60, 62, 63,  
 79, 93, 101, 102, 103  
 Villate, Juan Pablo, 12  
 Villegas, Jorge, 34  
 Villota, Luis Gerardo, 40, 42, 45, 46, 53,  
 54, 77, 91  
 Vinck, Eric E, 79  
 Vivas, Victor Hugo, 80, 84

## W

Wasieleasky, Gustavo, 109  
 Willianson, Jhon Eric, 17  
 Wolff, Juan David, 73

## Z

Zapata, Carlos Manuel, 30, 57, 71  
 Zorrilla, José Omar, 13, 14, 18, 20, 21, 38,  
 52, 53, 59, 88  
 Zuluaga, Mauricio, 13,14, 18, 20, 21, 25,  
 26, 27, 30, 33, 38, 52, 53, 108, 109, 110,  
 Zúñiga, Álvaro José, 114  
 Zurita Medrano, Nayib, 89, 90, 91, 97, 98,  
 100, 103, 115