

REVISTA  
COLOMBIANA  
DE  
CIRUGÍA

TREINTA AÑOS

TRABAJOS LIBRES, CASOS CLÍNICOS,  
VIDEOS Y PÓSTERES

42° CONGRESO NACIONAL AVANCES EN CIRUGÍA  
23 A 26 DE AGOSTO DE 2016  
HOTEL SHERATON  
BOGOTÁ, D.C., COLOMBIA



ASOCIACIÓN  
COLOMBIANA  
DE  
CIRUGÍA

TRABAJOS LIBRES, CASOS CLÍNICOS,  
VIDEOS Y PÓSTERES

42° CONGRESO NACIONAL AVANCES EN CIRUGÍA  
23 A 26 DE AGOSTO DE 2016  
HOTEL SHERATON  
BOGOTÁ, D.C., COLOMBIA

# ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA



---

---

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

## COMITÉ EDITORIAL

---

DANIEL ANAYA, MD, PhD, FACS (ESTADOS UNIDOS)  
GABRIEL CARRASQUILLA, MD, PhD (BOGOTÁ)  
RODOLFO DENNIS, MD, MSc, PhD (BOGOTÁ)  
JOHN DUPERLY, MD, PhD (BOGOTÁ)  
FABIÁN EMURA, MD, PhD (BOGOTÁ)  
GABRIEL HORTOBAGYI, MD, MSc (ESTADOS UNIDOS)  
FABIÁN MÉNDEZ, MD, MSc, PhD (CALI)

ÁLVARO MONCAYO, MD, MPH (BOGOTÁ)  
ENRIQUE MORENO, MD, MSc, PhD (ESPAÑA)  
GUSTAVO PRADILLA, MD, MSc (BUCARAMANGA)  
ÁNGELA RESTREPO, MD, PhD (MEDELLÍN)  
DIEGO ROSSELLI, MD, MEd (BOGOTÁ)  
ÁLVARO SANABRIA, MD, MSc, PhD (MEDELLÍN)  
GUSTAVO VALBUENA, MD, PhD (ESTADOS UNIDOS)

## COMITÉ CIENTÍFICO

---

JUAN ASENSIO, MD, MSc (ESTADOS UNIDOS)  
ITALO BRAGHETTO, MD, MSc (CHILE)  
JORGE CERVANTES, MD, MSc (MÉXICO)  
ATILA CSENDES, MD, MSc (CHILE)  
JAIME ESCALLÓN, MD, MSc (CANADÁ)

HERNEY ANDRÉS GARCÍA, MD, MSc, EdD, PhD (CALI)  
MARCELA GRANADOS, MD, MBA MBA (CALI)  
CARLOS PELLEGRINI, MD, PhD, MSc (ESTADOS UNIDOS)  
PATRIZIO PETRONE, MD, MSc (ESTADOS UNIDOS)  
MIGUEL RODRÍGUEZ-BIGAS, MD, MSc (ESTADOS UNIDOS)

# ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA

## JUNTA DIRECTIVA 2015 - 2017

---

**Presidente**

JESÚS VÁSQUEZ, MD - Medellín

**Vicepresidente**

MARÍA FERNANDA JIMÉNEZ, MD - Bogotá

**Fiscal Médico**

ÓSCAR GUEVARA, MD - Bogotá

**Secretaria**

LILIAN TORREGROSA, MD - Bogotá

**Secretario suplente**

JOSÉ REAL, MD - Barranquilla

**Tesorero**

ARNOLD BARRIOS, MD - Bogotá

**Tesorero suplente**

GABRIEL GONZÁLEZ, MD - Bogotá

**Vocales principales**

ALEJANDRO MÚNERA, MD - Medellín

ADRIANA CÓRDOBA, MD - Bogotá

GIOVANNI ASCIONE, MD - Cali

RAMIRO GÓMEZ, MD - Cúcuta

FELIPE VARGAS, MD - Bogotá

**Vocales suplentes**

MAIKEL ADOLFO PACHECO, MD - Bogotá

JORGE HERRERA, MD - Popayán, MD

JUAN DAVID HERNÁNDEZ, MD - Bogotá

HÉCTOR LÓPEZ, MD - Pasto, MD

JUAN CARLOS HOYOS, MD - Cartagena

**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

WILLIAM SÁNCHEZ, MD - BOGOTÁ

---

## COMITÉS CONSULTIVOS

---

### COMITÉ EJECUTIVO

JESÚS VÁSQUEZ, MD - PRESIDENTE  
MARÍA FERNANDA JIMÉNEZ, MD - VICEPRESIDENTE  
ÓSCAR GUEVARA, MD - FISCAL MÉDICO  
LILIAN TORREGROSA, MD - SECRETARIA  
JOSÉ REAL, MD - SECRETARIO SUPLENTE  
ARNOLD BARRIOS, MD - TESORERO  
GABRIEL GONZÁLEZ, MD - TESORERO SUPLENTE  
HERNANDO ABAÚNZA, MD - DIRECTOR EJECUTIVO

### COMITÉ DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

NATÁN ZUNDEL, MD - BOGOTÁ/MIAMI (COORDINADOR)  
EDUARDO SILVA, MD - BOGOTÁ  
HERNÁN RESTREPO, MD - MEDELLÍN  
HÉCTOR RENÉ HAZBÓN, MD - BOGOTÁ  
ANDRÉS JARAMILLO OSPINA, MD - CALI  
JULIO GARCÍA, MD - BUCARAMANGA  
CARLOS LUNA, MD - BOGOTÁ  
FERNANDO QUIROZ, MD - CALI

### COMITÉ DE CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO / CIRUGÍA ENDOCRINA

ADONIS TUPAC RAMÍREZ, MD - NEIVA (COORDINADOR)  
SERGIO ZÚÑIGA, MD - MEDELLÍN (COORDINADOR ASOCIADO)  
GABRIEL SÁNCHEZ, MD - BOGOTÁ  
ALDEN GÓMEZ, MD - CALI  
ANDRÉS CHALA, MD - MANIZALES  
JUAN PABLO DUEÑAS, MD, MEDELLÍN  
MARÍA VICTORIA PÉREZ, MD - CALI

### COMITÉ DE CIRUGÍA HEPATOBILIAR

ÓSCAR GUEVARA, MD - BOGOTÁ (COORDINADOR)  
GUILLERMO ALDANA, MD - BOGOTÁ  
GERMÁN GÓMEZ, MD - BOGOTÁ  
SERGIO HOYOS, MD - MEDELLÍN  
ÓSCAR PALACIOS, MD - MEDELLÍN  
LUIS MANUEL BARRERA, MD - MEDELLÍN

### COMITÉ DE CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA

JUAN DAVID HERNÁNDEZ, MD - BOGOTÁ (COORDINADOR)  
ALFONSO PALMIERI, MD - SINCELEJO  
RAÚL PINILLA, MD - BOGOTÁ  
CAMILO ORTIZ, MD - BOGOTÁ  
JUAN CARLOS VALENCIA, MD - CALI  
LUCAS BOJANINI, MD - MEDELLÍN

ADOLFO PÉREZ, MD - VALLEDUPAR  
EVELYN DORADO, MD - CALI  
ANÍBAL PIMENTEL, MD - BUCARAMANGA  
JORGE BERNAL, MD - MEDELLÍN  
SERGIO DÍAZ, MD - MEDELLÍN  
ROGELIO MATA LLANA, MD - ENVIGADO  
JUAN PABLO TORO, MD - MEDELLÍN

### COMITÉ DE COLON Y RECTO

JORGE PADRÓN, MD - BOGOTÁ (COORDINADOR)  
EDUARDO LONDOÑO, MD - BOGOTÁ  
JUAN DARÍO PUERTA, MD - MEDELLÍN  
CARLOS FIGUEROA, MD - BOGOTÁ  
ALEXANDER OBANDO, MD - ENVIGADO

### COMITÉ DE EDUCACIÓN Y BIOÉTICA

LILIAN TORREGROSA, MD - BOGOTÁ (COORDINADORA)  
ROOSEVELT FAJARDO, MD - BOGOTÁ  
ANDRÉS ISAZA, MD - BOGOTÁ  
GIOVANNI ASCIONE, MD - CALI  
JUSTO GERMÁN OLAYA, MD - NEIVA  
JOSÉ CARLOS POSADA, MD - CARTAGENA  
STEVENSON MARULANDA, MD - BOGOTÁ  
HERIBERTO PIMIENTO, MD - BOGOTÁ

### COMITÉ DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA Y GASTROINTESTINAL

EDGAR JUNCA, MD - BOGOTÁ (COORDINADOR)  
LUIS IGNACIO LONDOÑO, MD - MEDELLÍN  
BERNARDO BORRÁEZ, MD - BOGOTÁ  
ROBIN PRIETO, MD - BOGOTÁ  
EDUARDO VALDIVIESO, MD - BUCARAMANGA  
GERMÁN ROSERO, MD - BOGOTÁ  
JUAN CARLOS HOYOS, MD - CARTAGENA

### COMITÉ DE ENFERMERÍA E INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA

SANDRA MA. DEL PILAR TORRES – BOGOTÁ (COORDINADORA)  
DIANA PATRICIA GONZÁLEZ - BOGOTÁ  
SILVIA LORENA DELGADO - BOGOTÁ  
JENNY NATALIA HENDEZ - BOGOTÁ  
MÓNICA PATRICIA CEPEDA - BOGOTÁ  
RUTH CAMELO - BOGOTÁ  
DAYAN MARTÍNEZ - BOGOTÁ

---

---

#### COMITÉ GREMIAL

ALEJANDRO MÚNERA, MD - MEDELLÍN (COORDINADOR)  
HAROLD FERNANDO BOTERO, MD - CALI  
RAMIRO HERNANDO GÓMEZ, MD - CÚCUTA  
HERNÁN ARNULFO BAYONA, MD - BOGOTÁ  
ERIK REAL, MD - BOGOTÁ  
PEDRO PALLARES, MD - BARRANQUILLA

#### COMITÉ DE INFECCIONES

CARLOS SEFAIR, MD - BOGOTÁ (COORDINADOR)  
MANUEL CADENA, MD - BOGOTÁ  
ARTURO VERGARA, MD - BOGOTÁ  
GUSTAVO QUINTERO, MD - BOGOTÁ  
NORTON PÉREZ, MD - VILLAVICENCIO

#### COMITÉ DE MAMA Y TEJIDOS BLANDOS

JUAN CARLOS BONILLA, MD - CALI (COORDINADOR)  
DIANA CAROLINA RÍOS, MD - MEDELLÍN  
FABIO ALONSO TORRES, MD - BOGOTÁ  
DIANA CURREA, MD - CALI

#### COMITÉ DE METABOLISMO QUIRÚRGICO

MAURICIO CHONA, MD - BOGOTÁ (COORDINADOR)  
ÁNGELA NAVAS, MD - BOGOTÁ  
CHARLES E. BERMÚDEZ, MD - BOGOTÁ  
WILLIAM SALAMANCA, MD - BOGOTÁ  
CARLOS ZAPATA, MD - BOGOTÁ  
MARÍA HELENA GAITÁN, MD - ARMENIA

#### COMITÉ DE ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA

MAIKEL PACHECO, MD - BOGOTÁ (COORDINADOR)  
PILAR ADRIANA TORRES, MD - BOGOTÁ

NELSON PEDRAZA, MD - BOGOTÁ

MARIO ABADÍA, MD - BOGOTÁ

HÉCTOR LÓPEZ, MD - PASTO

FERNANDO ARIAS, MD - BOGOTÁ

#### COMITÉ DE PARED ABDOMINAL

NEIL VALENTÍN VEGA, MD - BOGOTÁ (COORDINADOR)

LUIS GABRIEL GONZÁLEZ, MD - BOGOTÁ

JAVIER EDUARDO ACUÑA, MD - CARTAGENA

JORGE NAVARRO, MD - BOGOTÁ

JUAN CARLOS AYALA, MD - BOGOTÁ

JUAN DAVID MARTÍNEZ, MD - MEDELLÍN

ELSA GARCÉS, MD - BOGOTÁ

ANDREA BETANCOURT, MD - BOGOTÁ

FELIPE VARGAS, MD - BOGOTÁ

JUAN PABLO RUIZ, MD - BOGOTÁ

MAURICIO ZULUAGA, MD - CALI

ALEJANDRO MOSCOSO, MD - BOGOTÁ

#### COMITÉ DE TRASPLANTES

GERMÁN ALFONSO LENNIS, MD - MEDELLÍN (COORDINADOR)

ANDRÉS BECERRA, MD - MEDELLÍN

GABRIEL JAIME ECHEVERRI, MD - CALI

CARLOS ERNESTO GUZMÁN, MD - MEDELLÍN

#### COMITÉ DE TRAUMA

CARLOS MORALES, MD - MEDELLÍN (COORDINADOR)

ALFREDO CONSTAÍN, MD - MEDELLÍN

MIGUEL ANTONIO RAMÍREZ, MD - BOGOTÁ

WILMER BOTACHE, MD - NEIVA

JORGE RAMÍREZ, MD - BOGOTÁ

---

# CONTENIDO

---

PRESENTACIÓN	9
TRABAJOS LIBRES	
Cabeza Y Cuello .....	11
Tórax .....	13
Pared Abdominal.....	14
Gastrointestinal y Endoscopia .....	18
Bariátrica.....	22
Hepatobiliar .....	23
Colon y Recto .....	30
Infecciones .....	34
Metabolismo Quirúrgico.....	35
Oncología Quirúrgica .....	35
Cirugía Mínimamente Invasiva.....	39
Trasplantes .....	40
Trauma .....	41
Educación y Bioética .....	45
Otros .....	47
CASOS CLÍNICOS	
Cabeza y Cuello .....	49
Pared Abdominal.....	50
Gastrointestinal y Endoscopia .....	50
Infecciones .....	51
Oncología Quirúrgica .....	52
Trasplantes .....	53
Trauma .....	53
Otros .....	54

# CONTENIDO

---

## VIDEOS

Cabeza y Cuello .....	55
Tórax .....	55
Pared Abdominal.....	57
Gastrointestinal y Endoscopia .....	59
Bariátrica.....	61
Hepatobiliar .....	63
Colon y Recto .....	65
Oncología Quirúrgica .....	67
Cirugía Minimamente Invasiva.....	68
Trauma.....	72

## PÓSTERES

Cabeza y Cuello.....	74
Tórax.....	74
Mama y Tejidos Blandos .....	75
Pared Abdominal.....	76
Gastrointestinal y Endoscopia .....	78
Hepatobiliar .....	79
Colon y Recto .....	81
Infecciones.....	84
Oncología Quirúrgica .....	85
Cirugía Minimamente Invasiva.....	87
Trasplantes .....	87
Trauma .....	88
Otros.....	91

## ÍNDICE DE AUTORES

92

# PRESENTACIÓN

---

Me complace presentar a ustedes los resúmenes del Foro Quirúrgico Colombiano 2016 que contiene los trabajos libres, casos clínicos, videos y pósteres realizados por el personal de los hospitales universitarios de Colombia y que muestran bastante bien el estado actual de la cirugía en nuestro país.

Como expresé hace poco en el editorial de una revista quirúrgica “creemos que las asociaciones o colegios quirúrgicos han jugado un papel primordial en la introducción y acreditación de programas médicos quirúrgicos en los últimos tiempos. Se puede decir con absoluta seguridad que ciertas tecnologías han sido introducidas en el mundo quirúrgico por las asociaciones académicas. Tal es el caso de la cirugía laparoscópica, la cirugía metabólica, el uso de la ultrasonografía en cirugía, las punciones diagnósticas y terapéuticas dirigidas, el uso de prótesis endovasculares y, últimamente, los nuevos procedimientos que han llegado con la cirugía robótica y la telecirugía “

Es por ello que las asociaciones científicas tienen la obligación, en su permanente y casi diaria organización de eventos de educación continua de posgrado, de mantenerse alertas al diario cambio de los conocimientos en la ciencia y el arte de la cirugía. Aparece pertinente citar a Richard Satava en su sentencia “La ciencia no esperará a nadie y es indispensable estar en posición de controlar la tecnología conforme vaya surgiendo”.

HERNANDO ABAÚNZA ORJUELA, M.D., F.A.C.S  
Director Ejecutivo  
Asociación Colombiana de Cirugía



## TRABAJOS LIBRES

### CABEZA Y CUELLO

01 - 004

#### Reconstrucción esofágica en cáncer avanzado de tiroides

*Andrey Moreno, Julián Andrés Meza*

Instituto Nacional De Cancerología, Bogotá, D.C., Colombia  
Dr\_jamezaro@hotmail.com

**Introducción.** El cáncer avanzado de tiroides es una enfermedad agresiva en la cual el tumor se ha extendido a tejidos extratiroides y para el manejo requiere resección completa de la lesión involucrando estructuras como el esófago cervical y la tráquea o incluso exenteración cervical. En la experiencia del grupo de cabeza y cuello del Instituto Nacional de Cancerología el esófago cervical se reconstruye con colgajo microvascular ALT.

**Objetivo.** Describir la experiencia del grupo de cabeza y cuello del Instituto Nacional de Cancerología en resección de esófago cervical y reconstrucción con colgajo microvascular ALT en pacientes con cáncer avanzado de tiroides.

**Material y método.** Serie de casos retrospectiva de pacientes con cáncer avanzado de tiroides sometidos a tiroidectomía total con resección de esófago cervical o exenteración cervical y reconstrucción inmediata con colgajo microvascular ALT.

**Resultados.** Se presentan 12 pacientes atendidos por el grupo de cabeza y cuello del Instituto Nacional de Cancerología, con diagnóstico de cáncer diferenciado de tiroides avanzado con clasificación T4a y T4b, a los cuales se les realizó tiroidectomía total con resección de esófago cervical o exenteración cervical con reconstrucción esofágica inmediata con colgajo microvascular ALT.

**Conclusión.** La resección de esófago cervical con reconstrucción inmediata con colgajo microvascular ALT se convierte en una opción en los pacientes con

cáncer avanzado de tiroides que requieran resección esofágica.

01 - 005

#### Cirugía en cuello por vía endoscópica, experiencia actual y revisión de la literatura

*Ciro Andrés Murcia, Andrey Moreno, Natalia Urueña, Viviana Andrea Tijero*

Hospital Universitario De La Samaritana, Bogotá D.C., Colombia.

andrewmc03@gmail.com andreymorenotorres@gmail.com

**Introducción.** Los procedimientos quirúrgicos por mínima invasión realizados en la subespecialidad de cabeza y cuello, están en auge mundial, desde resecciones de lesiones benignas hasta lesiones malignas con excelentes resultados para el paciente.

**Objetivo.** Presentar la experiencia actual con el uso de la cirugía mínimamente invasiva o por vía endoscópica para procedimientos de cabeza y cuello en el Hospital Universitario De La Samaritana, Bogotá D.C., Colombia.

**Material y método.** Se identificaron los procedimientos realizados desde enero de 2015 hasta mayo de 2016, por vía endoscópica con abordaje transaxilar, recopilando información de 3 hospitales, incluyendo instituciones privadas y públicas. Se compararon los resultados con estudios similares y revisión de la literatura.

**Resultados.** Se realizó revisión de la literatura actual, encontrando una tendencia mundial en la realización de procedimientos por vía endoscópica en cuello, diferentes abordajes que incluyen transaxilar, retroauricular, transtorácico, obteniendo resultados similares a nuestra experiencia actual, tomando como medidas: tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria, necesidad de uso de analgésicos, costos en insumos, sangrado transoperatorio y satisfacción del paciente. En total se identificó un total de 12 pacientes, divididos así, 9 hemitiroidec-

tomías, dos tiroidectomías totales y una resección de quiste tirogloso. Es de anotar que requerimos una mayor cantidad de procedimientos para obtener análisis con valores estadísticamente significativos.

**Conclusión.** La realización de procedimientos quirúrgicos por una vía mínimamente invasiva, es la tendencia actual en las diferentes especialidades, el uso del lente con incisiones mínimas no perceptibles no pueden estar fuera del alcance del cirujano de cabeza y cuello, obteniendo resultados similares a los realizados por vía convencional, equiparando otros resultados previamente mencionados.

### 01 - 006

#### **Tiroidectomía ambulatoria, un análisis de complicaciones en dos series interrumpidas**

*Adonis Tupac Ramírez, Álvaro Sanabria*

Universidad Surcolombiana, Neiva, Colombia; Clínica Vida Medellín; Universidad de Antioquia.  
adonistupac@gmail.com

**Introducción.** La tiroidectomía es un procedimiento común realizado por cirujanos. La tiroidectomía ambulatoria es una alternativa con un impacto en el sistema de salud. En los últimos años se han presentado diferentes publicaciones acerca de esta técnica.

**Objetivo.** Descripción de las complicaciones asociadas a la tiroidectomía ambulatoria.

**Metodología.** Estudio descriptivo longitudinal. Todos los pacientes candidatos para tiroidectomía subtotal o total con o sin vaciamiento central, fueron operados por el mismo cirujano, sin comorbilidades severas. La primera serie de pacientes todos fueron hospitalizados y se monitorizó los niveles de calcio y se dio salida cuando estos se normalizaban. En la segunda serie los pacientes eran vigilados por 8 horas en recuperación y salían con suplemento de calcio oral por 10 días.

**Resultados.** En total 220 pacientes fueron seleccionados, se realizó un ajuste de propensión usando el pareo métrico de Mahalanobis y fueron incluidos 172 pacientes (58 hospitalizados y 114 ambulatorios). Las complicaciones que se presentaron incluyen Hematoma (5.1 % vs 1.7 %, pacientes ambulatorios y hospitalizados respectivamente), paresia de nervio laríngeo recurrente temporal (17.3 % vs 5.9 %), hipoparatiroidismo transitorio (36.2 % vs 5.9 %), parálisis definitiva

(1.7 % vs 0.8 %) e hipoparatiroidismo definitivo (1.75 vs 0.8 %). La paresia transitoria e hipoparatiroidismo transitorio fueron más frecuentes en los pacientes hospitalizados con un valor de p estadísticamente significativo.

**Conclusiones.** Las complicaciones fueron similares entre las dos series aun después del ajuste realizados. La tiroidectomía ambulatoria es una estrategia segura. La detección de hipocalcemia es más alta sin efectos en la tasa de hipoparatiroidismo definitivo.

### 01 - 007

#### **Vaciamiento de cuello laterocervical mínimamente invasivo**

*Adonis Tupac Ramírez, Álvaro Sanabria*

Hospital Universitario de Neiva - Universidad Surcolombiana - Clínica Vida Medellín, Universidad de Antioquia, Medellín. Neiva, Colombia  
adonistupac@gmail.com

**Introducción.** El vaciamiento de cuello es un procedimiento común realizado en Cirugía de Cabeza y Cuello. Las técnicas mínimamente invasivas son novedosas y existen escasas publicaciones acerca de técnicas no asistidas por video ni robot.

**Objetivo.** Describir la técnica quirúrgica y de una serie de pacientes

**Metodología.** Estudio de serie de casos, todos los pacientes operados por el mismo cirujano y la misma técnica.

**Resultados.** La técnica quirúrgica requiere una incisión única transversal de 4,5cm aproximadamente, a través de la cual se realiza disección tradicional del platismo y se elevan colgajos de piel, se utilizan las mismas referencias anatómicas. Para la disección se usan retractores con iluminación. Se han realizado hasta el momento 60 cirugías con vaciamiento de cuello, distribuidas así: 40 pacientes con tiroidectomía total con vaciamiento central y vaciamiento laterocervical unilateral (grupo A), 15 pacientes con vaciamiento unilateral por metástasis de cáncer papilar de tiroides (grupo B), 5 pacientes por carcinoma escamocelular de orofaringe (grupo C). El número de ganglios resecaos fue de 22, 21 y 20 respectivamente, con tiempos quirúrgicos de 120, 60 y 60 minutos respectivamente. De los pacientes, 50 fueron mujeres y 10 hombres; la edad media fue

de 50 años. Se presentó una complicación por lesión de nervio espinal y una paciente requirió traqueostomía por parálisis bilateral de cuerdas vocales.

**Conclusiones.** La técnica mínimamente invasiva es factible de realizar con resultados oncológicos similares a la técnica convencional, con mejores resultados para el paciente, tanto estético como funcional.

## TÓRAX

### 01 - 051

#### **Abordaje pleural y mediastinal completamente toroscópico, con neumotórax inducido**

*Juan Carlos Valencia, Mauricio Zuluaga, Uriel Cardona, Ivo Siljic, Pedro David Hurtado, Ana María Higuera, Carlos Enrique Arenas*  
Clínica DESA de Cali – Clínica ESIMED Cali, Cali, Colombia

**Introducción.** La patología pleural y mediastinal cada vez es más frecuente, tanto en la consulta ambulatoria como en la urgente del cirujano general. El conocimiento anatómico y funcional del espacio pleural, la experiencia del cirujano general en la cirugía torácica abierta y el entrenamiento cada vez mayor en cirugía mínimamente invasiva, hacen que cada vez más el cirujano general aborde de manera responsable y expedita al paciente para la realización de procedimientos de tipo diagnóstico y terapéutico que involucren el espacio pleural y el mediastino.

**Objetivo.** Mostrar la experiencia de un grupo de cirujanos generales entrenados en cirugía mínimamente invasiva, en el abordaje diagnóstico y terapéutico de la patología pleural y mediastinal, presentando los detalles de nuestra técnica quirúrgica, la cual no se lleva a cabo de manera video asistida, sino completamente toroscópica, involucrando como herramienta fundamental el neumoperitoneo inducido.

**Material y método.** Se recopila información de forma retrospectiva de las intervenciones torácicas practicadas por nuestro grupo en el periodo de agosto de 2015 a marzo de 2016, en dos clínicas de III Nivel de la ciudad de Cali, identificando las principales variables

demográficas, complicaciones, variaciones a la técnica quirúrgica, estancia hospitalaria y resultados. Todos los casos fueron realizados de forma completamente toroscópica, utilizando trócares convencionales, neumotórax e instrumentos de cirugía mínimamente invasiva.

**Resultados.** En un periodo de ocho meses, se practicaron 38 procedimientos toroscópicos en 35 pacientes en dos clínicas de la ciudad. Sin excepción, todos los procedimientos fueron realizados por 2 cirujanos con entrenamiento en cirugía mínimamente invasiva. El promedio de edad de los pacientes fue de 63 años, con un rango entre 15 y 89 años. Por género, 20 pacientes fueron hombres y 15 mujeres. El 70 % de los casos se intervinieron por derrames pleurales con sospecha de enfermedad maligna, el resto por empiemas, hemitórax coagulados, patología maligna confirmada con requerimiento de pleurodesis y uno de ellos por una severa colección mediastinal.

En todos se utilizó neumotórax inducido de 9 mmHg y ningún puerto fue ampliado, con excepción de un caso de reintervención. Tres de ellos requirieron reintervención, uno por sangrado persistente, otro por empiema pleural residual y otro por una colección mediastinal recidivante por fallo terapéutico antibiótico después de 45 días, quien requirió conversión a Cirugía Torácica Videoasistida con ampliación de un puerto a mini toracotomía y un abordaje adicional por retroperitoneoscopia por extensión de la colección. Los tiempos de estancia en promedio fueron de 9 días, los días de estancia posoperatoria fue de 6, en promedio 4 de ellos en UCI. La mayoría de los pacientes mayores sufrían enfermedades crónicas debilitantes y uno de ellos murió por falla orgánica múltiple 10 días después de la intervención.

**Conclusión.** La cirugía de tórax para el diagnóstico de patologías pleurales y algunas del mediastino, está al alcance del cirujano general con entrenamiento y permite resolver la mayoría de ellas de forma efectiva y segura. La técnica completamente toroscópica es factible de realizar, permite la utilización de neumotórax inducido y disminuye el trauma quirúrgico de la cirugía video asistida.

## 01 - 077

### **Manejo quirúrgico de la estenosis traqueal postintubación. Análisis de una serie de casos**

*Fernando Alvarado, Mauricio Peláez, Hernando Rus-si, Angélica Cendales*

Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C., Colombia  
a\_cendales@hotmail.com

**Introducción.** La estenosis traqueal postintubación continúa siendo la indicación más frecuente de resección y reconstrucción traqueal. El objetivo es describir la experiencia del manejo quirúrgico de una serie de casos de estenosis traqueal benigna en un hospital universitario de cuarto nivel.

**Materiales y métodos.** Estudio descriptivo de 31 pacientes entre 1 y 85 años (hombres 61,3 %, mujeres 38,7 %) con estenosis traqueal postintubación, que fueron llevados a resección y reconstrucción traqueal entre septiembre de 2005 y marzo de 2016 en el servicio de Cirugía de Tórax del Hospital Universitario San Ignacio.

**Resultados.** Se realizó un abordaje cervical en 26 pacientes (83,8 %), cervico esternotomía en 4 pacientes (13 %) y esternotomía en 1 paciente (3,2 %). El promedio de longitud de resección fue de 2,83 cm. La estancia hospitalaria promedio fue de 13 días. De los 31 pacientes, 10 (32 %) presentaron complicaciones (5 mayores y 5 menores). Entre las complicaciones más frecuentes: disfonía y trastornos deglutorios (5 pacientes), infección del sitio operatorio entre ellos un caso de mediastinitis (4 pacientes), dehiscencia de la anastomosis (1 paciente), traqueostomía (2 pacientes), neumonía (4 pacientes), reestenosis (3 pacientes). No hubo ningún caso de mortalidad perioperatoria.

**Conclusión.** La estenosis benigna postintubación continúa siendo la indicación más frecuente de resección y reconstrucción traqueal. Realizada por manos expertas tiene una alta probabilidad de éxito con baja tasa de complicación.

## PARED ABDOMINAL

### 01 - 046

### **Experiencia en herniorrafia inguinal laparoscópica en una clínica de Cali**

*Uriel Cardona, Juan Carlos Valencia, Mauricio Zuluaga, Ivo Siljic*

Clínica SaludCoop, Cali, Colombia  
urielcardona24@yahoo.com

**Introducción.** La Herniorrafia Inguinal por laparoscopia tiene varias ventajas demostradas en estudios clínicos entre las cuales se destaca una recuperación posquirúrgica más rápida, menor dolor y menos complicaciones relacionadas con la herida quirúrgica. Entre sus limitaciones esta el mayor costo, el uso de dispositivos de fijación de la malla y una mayor curva de aprendizaje.

**Objetivos.** Describir los resultados iniciales de un programa ambulatorio de herniorrafia laparoscopia en una clínica de nivel IV en Cali.

**Materiales y métodos.** Durante un periodo de un año se realizaron 74 herniorrafias inguinales por vía laparoscópica en 60 pacientes con defectos uni y bilaterales. La técnica utilizada fue TAP y los procedimientos fueron realizados por cirujanos en el inicio de su curva de aprendizaje.

**Resultados.** En esta serie se presentaron 4 pacientes con recurrencias antes de un año de seguimiento (5 %), 4 pacientes con dolor inguinal de más de 4 semanas de evolución (5 %) y 2 pacientes con hematomas (2,7 %) que fueron readmitidos para manejo intrahospitalario. Un paciente presentó asistolia en el posquirúrgico inmediato debido a un evento adverso anestésico.

**Conclusiones.** El abordaje laparoscópico de defectos de pared inguinal requiere una curva de aprendizaje más extensa pero sus resultados en términos de recurrencia y complicaciones son satisfactorios incluso durante los primeros procedimientos. Por razones de costos y por la reciente evidencia de la relación entre el dolor posquirúrgico y el uso de dispositivos de fijación

de la malla, así como la observación en otros estudios que no hay desplazamientos significativos de la malla cuando se prescinde del fijador, actualmente estamos evaluando la técnica sin fijación y cierre de la hoja peritoneal con sutura absorbible.

#### 01 - 049

##### **Herniorrafia inguinal por laparoscopia con malla de autofijación, seguimiento de 129 casos**

*Ricardo Nassar, Juan David Linares, Juan David Hernández, Felipe Girón, Erika Torres*  
Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá – FSFB, Bogotá, D.C, Colombia  
rnassarmd@gmail.com, juanlinaresmd@gmail.com

**Introducción.** El reparo de la hernia inguinal es motivo de múltiples controversias en el ámbito quirúrgico.

**Objetivo.** Presentar una serie de pacientes manejados en el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá y revisar la literatura.

**Materiales y métodos.** Se presenta una serie de pacientes llevados a reparo de hernia inguinal por laparoscopia con malla de auto-fijación (Parietex Progrid®), con abordaje total extraperitoneal TEP; se describe el seguimiento realizado durante tres años (2013 – 2016).

**Resultados.** Se realizaron 129 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 documentado casos de recurrencia, se describe el seguimiento de pacientes.

**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.

#### 01 - 062

##### **Lecciones aprendidas en hernioplastias por vía laparoscópica**

*Javier Acuña, Carlos Elles, Rubén Carrasquilla, Breides Espitia, Ramiro Alcalá, Erwin Martínez*  
Gestión Salud IPS, Cartagena de Indias, Colombia  
javiacu@yahoo.com

**Introducción.** Las hernioplastias inguinales por vía laparoscópica es uno de los procedimientos que mas aumentado en los últimos años. Lo anterior esta dado por los beneficios reportados en cuanto a menor dolor, recuperación precoz, retorno a las actividades cotidianas temprano y bajo índice de recidivas. Sin embargo, la curva de aprendizaje no esta bien establecida y durante la misma se pueden presentar diverso tipo de complicaciones.

**Objetivo.** Presentar la experiencia al practicar hernioplastias por vía laparoscópica.

**Material y método.** Presentar los diferentes puntos claves de la técnica quirúrgica, procedimiento realizado por un cirujano con mas de 600 casos operados.

**Resultados.** Se muestran 18 puntos clave de la técnica quirúrgica como: posición, colocación de trocares, forma de crear la cavidad, anatomía quirúrgica, manejo del saco directo e indirecto, manejo de hernias grandes, tipo y fijaciones de las mallas.

**Conclusión.** Para el aprendizaje de hernioplastias inguinales por vía laparoscópica se debe contar con el acompañamiento inicial de cirujanos conocedores de la técnica con el fin de acortar la curva de aprendizaje y disminuir las potenciales complicaciones.

#### 01 - 063

##### **Reparo de la hernia ventral extraperitoneal por laparoscopia “la evolución del abordaje”**

*Juan Pablo Ruiz, Alejandro Lora, Arnold Barrios, Valentín Vega, Juan Carlos Barriga*  
Clínica Colsanitas - Grupo de Pared Abdominal - Fundación Universitaria Sanitas, Bogotá, D.C., Colombia  
jp Ruiz80@hotmail.com

**Introducción.** Con el advenimiento de las técnicas laparoscópicas la patología herniaria ha tenido una evolución exponencial dándoles la opción a los pacientes

de una corrección con menor tasa de infección y tiempo de recuperación.

**Objetivo.** Presentar la experiencia adquirida en la Clínica Reina Sofía y Clínica Universitaria Colombia en el reparo de la hernia ventral extra peritoneal por laparoscopia.

**Material y método.** Mediante revisión de historias clínicas, se obtuvieron datos clínicos, quirúrgicos y desenlaces de pacientes con hernias ventrales en los cuales se realizó el reparo laparoscópico con malla extra peritoneal en la Clínica Reina Sofía y Clínica Universitaria Colombia.

**Resultados.** Se incluyeron 15 pacientes con hernia ventral los cuales se dividieron en dos grupos. El primer grupo ventral TAPP de 8 pacientes, la edad promedio es 41,6 años, el índice de masa corporal promedio es de 29,2 kg/m<sup>2</sup>, el tamaño promedio del defecto herniario fue de 23,6 cm<sup>2</sup>, el dolor posoperatorio fue evaluado con la escala visual análoga con un promedio de 3/10. El segundo grupo ventral TEP de 7 pacientes, la edad promedio es 58 años, el índice de masa corporal promedio es de 28,2 kg/m<sup>2</sup>, el tamaño promedio del defecto herniario fue de 29,8 cm<sup>2</sup>, el dolor posoperatorio fue evaluado con la escala visual análoga con un promedio de 2/10. Las complicaciones se midieron según la clasificación de Dindo-Clavien, 5 pacientes (33 %) presentaron complicaciones todas fueron grado I.

**Conclusión.** La técnica extra peritoneal es una opción en el reparo de la hernia ventral por laparoscopia desde lo anatómico y fisiológico. Ventajas como; la extensión de la malla, costo-efectiva; no necesita malla recubierta, una de las consideramos que este tipo de vía es una excelente opción quirúrgica.

## 01 - 064

### **Experiencia y enseñanza de herniorrafia inguinal por laparoscopia en el Hospital Universitario San Ignacio en el periodo 2010-2015**

*Juan Carlos Ayala, Alfonso Márquez, Elio Fabio Sánchez*

Pontificia Universidad Javeriana – Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá D.C., Colombia  
Alcamarus23@hotmail.com; jayalaacosta@gmail.com

**Introducción.** La hernioplastia inguinal por laparoscopia es hoy el método de elección para la corrección de

la hernia inguinal. En los programas de Cirugía General, la cirugía laparoscópica de la hernia se implementa como una herramienta adicional y efectiva de abordaje quirúrgico que exige destrezas quirúrgicas especiales para hacerla un procedimiento con buenos desenlaces.

**Objetivo.** Mostrar la experiencia de 5 años y la enseñanza a los residentes de Cirugía General en el Hospital San Ignacio en la realización de Hernioplastia inguinal laparoscópica, Determinando y comparando desenlaces.

**Material y método.** Cohorte retrospectiva.

- Criterios de Inclusión: mayores de 18 años, con hernia inguinal unilateral, bilateral o recurrente llevados a hernioplastia inguinal técnica (TEP), (TAPP) o (IPOM) en el hospital universitario San Ignacio, entre Enero de 2010 y Noviembre de 2015
- Desenlaces:
  - Primario: Recurrencia
  - Secundarios: complicaciones locales y seguimiento.

**Resultados.** En total fueron 240 hernias en 138 procedimientos, de los cuales 86 fueron por técnica TEP, 47 por técnica TAPP, 2 fueron conversiones de TEP a TAPP, 2 de TEP a técnica abierta y un IPOM.

La tasa global de reproducción fue del 4 %, siendo mas altas en los primeros años y en el ultimo año 0 %, las complicaciones locales mas frecuentes fueron: hematoma 3,3 %, seroma 1,6 %, dolor crónico 1,2 %. Seguimiento: 1-14 meses.

**Conclusión.** La hernioplastia inguinal laparoscópica, realizada por residentes del Hospital Universitario San Ignacio ha venido evolucionando de forma satisfactoria, siendo un procedimiento seguro y aplicable dentro de la enseñanza a los residentes de cirugía de años avanzados con experiencia laparoscópica.

## 01 - 065

### **Abdominoplastia o lipectomia funcional, es parte integral del manejo de la pared abdominal compleja, nuestra experiencia**

*Mauricio Zuluaga, Ivo Siljic, Juan Carlos Valencia, Uriel Cardona*

Hospital Universitario Del Valle, Clínica Farallones, Clínica SaludCoop ESIMED, Cali, Colombia  
mauriciozuluagaz@yahoo.es

**Introducción.** Dentro de las diferentes técnicas para realizar la reconstrucción de pared abdominal, para devolver su funcionalidad, se encuentra la abdominoplastia o lipectomía funcional.

**Material y método.** Se describe nuestra experiencia en un grupo de ocho pacientes a los cuales se les realizó reconstrucción de pared abdominal con lipectomía funcional, con defectos complejos que requieren su reparo.

**Resultados.** Se realizó el análisis de 8 pacientes, con edad entre 28 y 58 años, una relación hombres a mujeres de 1: 7 y defectos de pared mayores de 15 cm en la línea media. Se utilizó técnica anterior en cinco pacientes y TAR en tres. El tiempo operatorio fue de 180 a 300 minutos. Se utilizaron dos drenes en todos y como complicación se presentó seroma en dos pacientes, por oclusión de los drenes. El seguimiento a 3 meses no ha mostrado recurrencias.

**Conclusión.** En los pacientes con defectos de pared abdominal compleja, la lipectomía funcional es parte del manejo integral para devolver la funcionalidad de la pared abdominal.

## 01 - 066

### ¿Cómo ha cambiado el uso de la terapia de presión negativa la práctica del cirujano general?

*Juan Carlos Valencia, Mauricio Zuluaga, Uriel Cardona, Ivo Siljic, Carlos Enrique Arenas, Pedro David Hurtado, Ana Maria Higueta, Andrés Jaramillo, John Eduardo Cañas*

Clínica Farallones de Cali – Clínica ESIMED, Cali – Clínica DESA – Clínica de Occidente – Clínica Nuestra Señora de los Remedios, Cali, Colombia  
jkvalencia@gmail.com

**Introducción.** La introducción de dispositivos generadores de presión negativa sobre los tejidos como método de asistencia para la cicatrización ha permitido en los últimos años establecer nuevos tipos procedimientos quirúrgicos completamente distintos a los utilizados tradicionalmente para el tratamiento de heridas complejas.

**Objetivo.** Presentar algunos aspectos técnicos de importancia, aprendidos gracias a la utilización de sistemas de presión negativa.

**Materiales y métodos.** Se presenta una recopilación de casos operados por nuestro grupo en los últimos 6 años en la ciudad de Cali, en 5 Clínicas de III Nivel, haciendo énfasis en detalles quirúrgicos importantes que pueden optimizar los resultados.

**Resultados.** En el período comprendido entre enero de 2010 y diciembre de 2015, nuestro grupo realizó 1230 cirugías en las que se involucró la aplicación de un dispositivo de presión negativa en diferentes partes del cuerpo: 77 % de ellos fueron instalados en la cavidad abdominal por diferentes indicaciones, el resto fue aplicado en tejidos blandos. El 95 % de los casos se hizo con un dispositivo comercial y el 5 % con un dispositivo artesanal.

**Conclusión.** La terapia de presión negativa aplicada en diferentes regiones de la anatomía humana permite un control de las áreas cruentas, es fundamental como herramienta para ayudar a la cicatrización y ha generado nuevas prácticas dentro de los cirujanos mejorando la atención de los pacientes.

## 01 - 067

### Factores asociados a demoras en el tiempo operatorio en cirugía de hernia inguinal: un estudio de casos y controles

*Ricardo Alonso Jurado, Neil Valentín Vega, Alejandro Lora*

Clínica Universitaria Colombia, Bogotá, D.C., Colombia  
ric\_jurado@hotmail.com

**Introducción.** El tiempo operatorio es importante, costo efectivo y directamente relacionado con complicaciones, infecciones del sitio operatorio y aumento en la estancia hospitalaria.

**Objetivo.** Exponer los factores asociados a la prolongación del tiempo quirúrgico en cirugía de hernia inguinal. Determinar el tiempo operatorio óptimo y los factores asociados con su prolongación en el desarrollo de la hernia inguinal, el impacto de las variables que influyen en el mismo y generar estrategias de mejora-

miento desde el punto de vista organizacional, asistencial y económico para los actores involucrados en el proceso, resultando beneficioso para la población de pacientes intervenidos y las instituciones.

**Material y método.** Se realizó un estudio de casos y controles no apareado donde se revisaron 304 historias clínicas de pacientes adultos llevados a herniorrafia inguinal unilateral con técnicas abiertas convencionales, así como de forma laparoscópica, en la clínica Colombia. En la fase I del estudio se implementó un consenso de expertos con metodología Delphi para definir el tiempo quirúrgico óptimo para el procedimiento. El resultado obtenido permitió definir para el contexto nacional un indicador de referencia en manejo de la hernia inguinal.

**Resultados.** Se realizó un estudio probabilístico en una muestra incidental para el análisis de los datos y caracterizando los tiempos quirúrgicos propios de la cirugía de la hernia inguinal en la clínica Colombia y se establecieron los determinantes relacionados con las demoras en los procedimientos quirúrgicos que a su vez pueden ser extrapolados y tenidos en cuenta en políticas de mejoramiento en los procesos involucrados en las salas de cirugía.

**Conclusión.** En el estudio se tuvieron en cuenta las características basales de los pacientes incluidos, así como las del procedimiento quirúrgico y se realizó un cálculo de OR e IC95% para presentar las demoras en el tiempo operatorio en pacientes llevados a herniorrafia inguinal.

Así mismo, se aplicó análisis multivariado mediante regresión logística y método de máxima verosimilitud para predecir demoras en el tiempo operatorio en pacientes llevados a herniorrafia inguinal.

## GASTROINTESTINAL Y ENDOSCOPIA

### 01 - 018

#### **Esofagectomía total en decúbito prono. Consejos y trucos**

*Hender Hernández, Guillermo Labrador, Deivi López, Ramiro Gómez, Luis Alejandro Rivero, Sandra Jiménez*

Hospital Universitario Erasmo Meoz, Cúcuta, Colombia  
luisalejandromd@gmail.com

**Introducción.** La incidencia de cáncer de esófago ocupa el décimo lugar en el mundo, tanto en hombres como en mujeres y es la decimo quinta en hombres en Colombia. Tiene una alta tasa de mortalidad, tanto en Colombia como a nivel mundial, dado que su presentación se da generalmente en estado avanzado.

**Objetivo.** Compartir la experiencia de realizar una esofagectomía total por laparoscopia en decúbito prono.

**Material y método.** Se trata de un reporte de caso. Mujer de 47 años con 18 meses de disfagia para sólidos y líquidos asociado a dolor torácico posprandial. Lesión polipoidea en tercio medio de esófago por endoscopia digestiva con biopsia positiva para carcinoma escamocelular. Ecoendoscopia con compromiso hasta la muscular. Recibió quimioterapia y radioterapia preoperatoria. Estadificación pre quirúrgica T2N2M0.

**Resultados.** Se realizó esofagectomía total en decúbito prono en tres etapas. Primero disección de esófago por toracoscopia, segundo piloroplastia y tubulización gástrica en decúbito supino y por ultimo cervicotomía, ascenso de pieza quirúrgica y anastomosis cervical. Adecuada evolución clínica a la fecha octavo mes posquirúrgico sin signos de recaída tumoral.

**Conclusión.** La esofagectomía en decúbito prono por técnica mínimamente invasiva es un procedimiento con beneficios en cuanto a reducción del dolor posquirúrgico y menor estancia hospitalaria. En Cúcuta realizamos la primera obteniendo un resultado satisfactorio.

### 01 - 019

#### **Gastrectomía laparoscópica en el manejo del cáncer gástrico en el Hospital Universitario Erasmo Meoz, Cúcuta**

*Hender Hernández, Guillermo Labrador, Deivi López, Ramiro Gómez, Luis Alejandro Rivero, Juan Sebastián Castillo*

Universidad Industrial de Santander - Hospital Universitario Erasmo Meoz, Cúcuta, Colombia  
luisalejandromd@gmail.com

**Introducción.** La incidencia del cáncer gástrico ocupa el sexto puesto en el mundo y el cuarto puesto en Colombia. Desde mediados de los noventa cuando se inició la cirugía mínimamente invasiva en patología gástrica, el cáncer gástrico ha sido adoptado dentro

del manejo quirúrgico por este abordaje demostrando tener igual morbimortalidad y resultados oncológicos comparados con la cirugía abierta.

**Objetivo.** Compartir nuestra experiencia en el manejo del cáncer gástrico por cirugía mínimamente invasiva.

**Material y método.** Estudio descriptivo tipo cohorte de pacientes con cáncer gástrico del Hospital Universitario Erasmo Meoz de Cúcuta, en el periodo comprendido entre noviembre de 2014 hasta febrero de 2016.

**Resultados.** La muestra incluyó 30 pacientes con una media de edad de 57 años. La relación de masculinidad es de 2:1. Al 83.3 % de los casos se les realizó gastrectomía total y al resto subtotal por laparoscopia. Solo un caso requirió conversión a cirugía abierta por infiltración local del páncreas. El tiempo quirúrgico promedio fue de 262.7 minutos. No hubo mortalidad intraoperatoria. La estancia hospitalaria promedio fue de 7.6 días. El tipo histológico más común fue adenocarcinoma intestinal (80 %). El tamaño promedio de las lesiones tumorales fue de 7.19 centímetros. Los promedios de margen proximal y distal fue de 9.1 y 5.2 cm respectivamente. La media de ganglios extirpados fue de 25.9.

**Conclusión.** La gastrectomía laparoscópica es una técnica factible para tratar el cáncer gástrico con resultados oncológicos similares que en cirugía abierta y con beneficios en cuanto a pronta recuperación y menor dolor posoperatorio.

## 01 - 020

### Factores de riesgo para el desarrollo de fístula gastrointestinales posoperatorias

*Andrés Mauricio Neira, Andrés Isaza, Alejandro Moscoso, David Eduardo Fajardo, Andrés Felipe Fajardo, Natalia Murillo*  
Universidad del Rosario – Hospital Universitario Mayor – Méderi, Bogotá, D.C., Colombia  
andres.m.neira@gmail.com

**Introducción.** Las fístulas gastrointestinales se presentan hasta en un 85 % de los casos como complicación de cirugías abdominales y no es claro el papel de los factores de riesgo para su desarrollo. Se identificaron los factores de riesgo para el desarrollo de fístulas, que se presentaron en los pacientes llevados a cirugía abdominal en el Hospital Universitario Mayor en cinco años.

**Objetivo.** Se realizó un estudio de casos y controles, en una relación de 1:1, con una recolección de datos retrospectiva mediante la revisión de historias clínicas. Se evaluaron variables sociodemográficas, clínicas y posoperatorias.

**Material y método.** Se incluyeron 378 pacientes, en una relación 1:1 (189 pacientes a cada grupo). Ambas poblaciones fueron comparables.

**Resultados.** Los principales factores de riesgo encontrados fueron la presencia de albúmina plasmática menor a 3.5 (OR 13.4 IC<sub>95%</sub> 10.1 – 20.51), la presencia de sepsis de origen abdominal (ORa 10.5 IC<sub>95%</sub> 6.9 – 5.19), la presencia de cáncer intraabdominal (ORa 6.5 IC<sub>95%</sub> 4.30 – 7.6), presencia de peritonitis (ORa 4.72 IC<sub>95%</sub> 3.21 – 7.6), liberación de adherencias en cirugía (ORa 4.12 IC<sub>95%</sub> 3.26 – 8.17) y el polipropileno como material de sutura para la rafia intestinal (ORa 4.2 IC<sub>95%</sub> 1.01 – 116). Como factores protectores se encontró optimización de estado nutricional (ORa 0.75 IC<sub>95%</sub> 0.51 – 0.82) y hábito intestinal diario (ORa 0.44 IC<sub>95%</sub> 0.26 -0.97).

**Conclusión.** El reconocimiento de estos factores es indispensable para todo especialista y más aún para todo cirujano con el fin de orientar las consideraciones preoperatorias, las decisiones quirúrgicas y los cuidados posoperatorios de su paciente, mitigando así la posibilidad latente de esta terrible complicación.

## 01 - 021

### Manejo endovascular del sangrado digestivo, experiencia en el Hospital Universitario Clínica de San Rafael

*César Eduardo Jiménez, Leonardo Randial, Mabel Facundo, Jorge Lozada*  
Hospital Universitario Clínica de San Rafael, Bogotá, D.C., Colombia  
cesarejmd@yahoo.com

**Introducción.** El sangrado digestivo es un problema común que representa el 2 % de hospitalizaciones. Se clasifica en alto o bajo dependiendo de su origen, si es proximal o distal al ligamento de Treitz: el 80 % de casos es de causa proximal. Luego de la estabilización hemodinámica, la endoscopia digestiva es lo más importante para determinar la causa y realizar tratamiento, sin embargo, en algunos casos es fallido o no se

puede realizar, por lo que un 15 % - 20 % requerirán cirugía mayor, con una mortalidad de más del 40 %.

La embolización de los vasos mesentéricos, como tratamiento para el sangrado digestivo, sea alto o bajo, es una terapéutica muy bien definida y con buenos resultados, evitando cirugías mayores y disminuyendo morbilidad. Además es un procedimiento con muy baja incidencia de complicaciones y repetible en casos de resangrado, evitando que el paciente sea sometido a cirugías resectivas mayores con alta mortalidad quirúrgica.

**Objetivo.** Determinar la indicación y el éxito del tratamiento endovascular para el manejo de sangrado digestivo en nuestra institución.

**Material y método.** Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo, que incluyó nueve pacientes (5 mujeres ,4 hombres), con una edad promedio de 62 años. En ocho casos la causa del sangrado fue proximal y en un paciente fue enfermedad diverticular sangrante. Todos los pacientes requirieron embolización urgente en vista de falla o imposibilidad de manejo endoscópico, asociado a anemia progresiva, sangrado activo, inestabilización hemodinámica y requerimiento de más de 3 u de glóbulos rojos empaquetados.

Se evaluó la causa del sangrado, la arteria comprometida, los hallazgos angiográficos, la hemoglobina pre y posembolización, resangrado, complicaciones, necesidad de intervención quirúrgica adicional posembolización y mortalidad a 30 días.

**Resultados.** Todos los pacientes se intervinieron por vía endovascular, con embolización de manera selectiva a las arterias comprometidas, controlándose el sangrado en todos ellos, con estabilización hemodinámica; no hubo complicaciones secundarias a la embolización o al acceso percutáneo, tampoco hubo necesidad de cirugías mayores después del procedimiento para controlar el sangrado. Se presentaron dos muertes tempranas (antes de 30 días) pero no asociadas al procedimiento.

**Conclusión.** En nuestra experiencia la utilización de métodos endovasculares para el control de sangrado digestivo es eficaz y sin complicaciones; disminuyendo morbilidad y necesidad de cirugías mayores. Se requieren estudios con más número de pacientes para determinar un mayor nivel de evidencia.

## 01 - 022

### **Técnica del tubo gástrico invertido, como opción para la reconstrucción esofágica, en un hospital de tercer nivel en Bogotá, D.C., Colombia: serie de casos y revisión de la literatura**

*Carlos Leal, Luis Felipe Cabrera, Felipe Bernal*  
Clínica El Bosque, Bogotá D.C., Colombia  
luis.felipe.cabrera@hotmail.com

**Introducción.** Las principales lesiones a nivel de la hipo faringe y el esófago son debido a quemaduras por cáusticos y el cáncer esofágico, estas se pueden presentar comprometiendo las dos estructuras en un 17 a 23 %, lo cual genera la necesidad de una gran resección y a su vez el reto de una gran reconstrucción. En este estudio presentamos nuestra serie de casos empleando la técnica del tubo gástrico invertido y una revisión de la literatura con discusión crítica de los aspectos principales de este procedimiento.

**Objetivo.** Revisar la viabilidad del tubo gástrico invertido en la reconstrucción esofágica en patología benigna.

**Material y método.** Serie de pacientes a los cuales se les realizó reconstrucción esofágica mediante la técnica del tubo gástrico invertido desde enero del 2010 a enero del 2015.

**Resultados.** Un paciente presento estenosis de la anastomosis cervical, la cual se manejó con dilataciones endoscópicas. Ninguno de los pacientes ha presentado disfagia con las modificaciones en la dieta o síntomas clínicos de síndrome de Dumping o retardo en el vaciamiento gástrico. Sin embargo el reflujo gástrico se presenta en los dos pacientes y requiere inhibidor de la bomba de protones.

**Conclusión.** El tubo gástrico invertido no se utiliza a menudo para la reconstrucción después de una esofagectomía total. Sus ventajas sobre la técnica convencional de ascenso gástrico, interposición de colon o el tubo gástrico invertido supercargado, son de una operación de una etapa y un procedimiento simple que requiere solamente una anastomosis. Puede ser transferido a la región cervical o incluso el esófago faríngeo para crear una anastomosis. Esta técnica permite la creación de un conducto más largo para la reconstrucción esofágica, con una tasa de complicación baja y ausencia de mortalidad.

## 01 - 041

### **Esofagectomía Laparoscópica. Experiencia en el Instituto Nacional de Cancerología**

*Raúl E. Pinilla, Bernardo Borráez, Karla Gutiérrez, Vanessa Durán, Nathaly Ramírez, Ricardo Oliveros, Juliana Rendón, Oscar Guevara, María E. Manrique, Abadía Mario, Mario Rey, Nadim Abisambra*  
Instituto Nacional de Cancerología - Universidad Militar,  
Bogotá, D.C., Colombia  
bborraez@hotmail.com

**Introducción.** Los abordajes mínimamente invasivos para el tratamiento de pacientes con cáncer del tracto digestivo superior son aun controversiales, con evidencia aun insuficiente, requiriendo generalmente mas de un abordaje quirúrgico por ser cirugías extensas, con dificultades técnicas importantes, tiempos quirúrgicos prolongados, con altas tasas de conversión y complicaciones.

**Objetivo.** Caracterizar la respuesta al tratamiento quirúrgico de pacientes en quienes se realizo esofagectomía laparoscópica en el Instituto Nacional de Cancerología.

**Material y método.** Pacientes en quienes se realizo esofagectomía laparoscópica en el Instituto Nacional de Cancerología.

**Resultados.** Rango de edad entre 14 y 68 años. Adecuada evolución posoperatoria, sangrado máximo 500cc, disminución progresiva de tiempo operatorio.

**Conclusión.** Los abordajes mínimamente invasivos para el tratamiento de pacientes con cáncer son un procedimiento seguro y efectivo.

## 01 - 043

### **Casuística de falla intestinal en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano de Neiva. Serie de casos**

*Rolando Medina, David Andrés Ortiz, Wilmer Fernando Botache, Justo Germán Olaya, Jhon Erick Williamson, Roberto José Rodríguez*  
Hospital Universitario Hernando Moncaleano, Neiva,  
Colombia  
davidmaduro100@hotmail.com

**Introducción.** La falla intestinal se produce cuando la función gastrointestinal es insuficiente para mantener

la nutrición e hidratación del individuo o el crecimiento sin suplementos administrados por vía oral o intravenosa. Los pacientes con síndrome de falla intestinal, fistulas enterocutáneas o cualquier alteración del tracto gastrointestinal que provoque desnutrición o deshidratación requieren manejo médico y quirúrgico especializado el cual es provisto por el servicio de cirugía general y diversos servicios.

**Objetivo.** Identificar los pacientes con falla intestinal en el hospital Hernando Moncaleano Perdomo en el periodo comprendido entre el 1 de enero 2015 y 31 de diciembre de 2015.

**Material y método.** Estudio observacional analítico retrospectivo tipo serie de casos. Se revisaron las historias clínicas que cumplían con las variables a evaluar; los datos se consignaron en una base de datos en Excel, que permitió determinar medidas de tendencia central.

**Resultados.** El promedio de edad de presentación fue de 53.22 años, con una edad mínima de 17 años y una edad máxima de 85 años. La etiología de la falla intestinal en nuestro estudio fue principalmente el postoperatorio de cirugía abdominal por patología benigna con un 55 % y por patología maligna un 19 %; otra entidad de importante presencia fue la pancreatitis con un 8 %.

**Conclusiones.** La mayoría de la población estudiada tiene falla intestinal tipo II, secundario a intervenciones quirúrgicas. El manejo de la falla intestinal debe ser multidisciplinario y médico-quirúrgico especializado.

## 01 - 084

### **Experiencia en el manejo de fistulas esofagoyeyunal. Clínicas Colsanitas 2010-2015**

*Juan Manuel Riveros, Liliana María Suarez, Raúl Guevara, César Augusto Villegas*  
Fundación Universitaria Sanitas, Bogotá D.C., Colombia  
gaslla@hotmail.com

**Introducción.** El tratamiento estándar del cáncer gástrico es la resección quirúrgica.

Las fístulas de las esófago-yeyuno anastomosis constituyen una seria complicación de la gastrectomía total, siendo incluso la principal causa de mortalidad en algunas series. Las posibles causas de fistula de la anastomosis son: pobre irrigación esofágica, tensión de

la línea de la sutura, anastomosis altas, contaminación bacteriana local, condición nutricional del paciente. El manejo actual con intervención endoscópica y el uso de stent esofágico ha disminuido el requerimiento de intervenciones quirúrgicas de resección y anastomosis del segmento afectado.

**Objetivo.** Exponer la experiencia en el manejo de las fistulas de las anastomosis esófago-yeyunales en el posoperatorio de gastrectomías totales en las clínicas Colsanitas entre los años 2010 a 2015.

**Material y método.** Serie de casos en las clínicas Colsanitas, definidas como la Clínica Reina Sofía y la Clínica Universitaria Colombia, de manejo de la fistula de la anastomosis esófago-yeyunal en el periodo comprendido entre 2010 y 2015.

**Resultados.** Entre los pacientes sometidos a gastrectomía total el manejo fue de predominio endoscópico con stent esofágico, con requerimientos cada vez menores de reintervenciones y reconstrucción de las anastomosis. La experiencia acumulada permite hacer uso del manejo endoscópico con predilección sobre el manejo quirúrgico con resultados favorables sobre la salud de nuestros pacientes.

**Conclusión.** La experiencia en el manejo endoscópico y con stent de las fistulas de la anastomosis esófago-yeyunal en el posoperatorio de gastrectomías totales en las clínicas Colsanitas ha mostrado que el cambio del manejo clásico ha sido favorable.

## BARIÁTRICA

### 01-001

#### **Desenlaces de Cirugía Bariátrica en el paciente mayor, descripción de nuestra experiencia en un hospital de IV nivel en Bogotá**

*Andrés Felipe Salazar, Sebastián Benavides, María Camila Azula*  
Pontificia Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá, D.C., Colombia  
largosb@gmail.com

**Introducción.** Los procedimientos bariátricos en los pacientes mayores de 60 años siguen en controversia, dado el riesgo y la morbilidad que estos implican, sin embargo, el control de factores de riesgo, el impacto y

el control de las comorbilidades, en especial las de índole metabólico, justifica una intervención quirúrgica para el control del peso en estos pacientes.

**Objetivo.** Evaluar los desenlaces en pacientes sometidos a procedimiento quirúrgico bariátrico como control de comorbilidades, pérdida y reganancia de peso, morbilidad y mortalidad.

**Material y método.** Estudio retrospectivo. Análisis de los datos de pacientes mayores de 60 años sometidos a procedimientos bariátricos (Bypass gástrico con reconstrucción en Y de Roux por laparoscopia o manga gástrica por laparoscopia) en nuestra institución y seguimiento durante un periodo de 31 meses en promedio.

**Resultados.** La edad promedio de los pacientes fue 63 años (60 - 71). La prevalencia de diabetes fue de 50 %, hipertensión arterial 75 %, Apnea del sueño 60.4 % y dislipidemia 56.3 %. La tasa de complicaciones fue de 22.9 %; se presentaron 6 (12.5 %) reoperaciones, y 3 (6.3 %) mortalidades (los tres pacientes con mayor Índice de Masa Corporal (IMC) promedio 51.5 kg/m<sup>2</sup> comparado con el promedio del grupo 41.4 kg/m<sup>2</sup>. Durante el primer año de seguimiento la totalidad de los pacientes presentó una disminución del exceso de peso en promedio 67 %, con un control similar de las comorbilidades.

**Conclusión.** La morbilidad y mortalidad encontrada fueron similares a las reportadas en la literatura, logrando una adecuada reducción de peso y las comorbilidades en los pacientes intervenidos, sin embargo, se necesita más tiempo de seguimiento para determinar la reganancia de peso y el control a largo plazo de las comorbilidades.

### 01 - 002

#### **Manga gástrica y Bypass gástrico como tratamiento de tumor del estroma gastrointestinal**

*Carlos Luna-Jaspe, Rubén Luna, Diego F. Salcedo, Raúl A. Suarez*  
Fundación Clínica el Bosque - Universidad El Bosque, Bogotá, D.C., Colombia  
dsalcedo\_ub@hotmail.com

**Introducción.** Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son patologías evidenciadas como hallazgos incidentales en la mayoría de casos intraope-

ratorios en cirugía bariátrica, lo cual hace pensar en la importancia de que el cirujano bariátrico debe estar preparado para resolver en el mismo acto operatorio el hallazgo una vez evidenciada la lesión, incluido los cambios de conducta quirúrgica según ubicación y diámetros de la lesión e incluso debe estar preparado para establecer puntos de detención del procedimiento. Asociado a ello, el uso de manga gástrica y bypass gástrico como tratamiento del tumor del estroma gastrointestinal no cambia los desenlaces de la cirugía bariátrica y no aumenta la tasa de complicaciones del procedimiento quirúrgico, sin embargo se puede convertir en una herramienta de manejo curativo.

**Objetivo.** Revisar la incidencia de los tumores del estroma gastrointestinal asintomáticos, evidenciados en pacientes de cirugía bariátrica tipo bypass y manga gástrica, con indicaciones quirúrgicas y los tipos de resección según ubicación de la lesión.

**Material y método.** Se revisa el estado del arte en el manejo de los hallazgos incidentales de tumores del estroma gastrointestinal (GIST) durante procedimientos de cirugía bariátrica, mostrando a su vez nuestra experiencia como institución

**Resultados.** Las lesiones tipo GIST según su localización requieren de procedimientos quirúrgicos específicos, con resecciones tipo R0, sin alterar la finalidad del procedimiento quirúrgico bariátrico, logrando definir la realización de manga gástrica vs bypass gástrico preoperatoria e intraoperatoria.

**Conclusión.** El cirujano bariátrico deberá conocer el manejo de las lesiones o condiciones de patologías malignas y pre malignas antes, durante y después del procedimiento quirúrgico y definir la realización de bypass gástrico vs manga gástrica según la localización y características de la lesión sin alterar la finalidad del procedimiento quirúrgico.

### 01 - 003

#### **Gastrectomía vertical asistida por robot; nuestra experiencia inicial**

*Ricardo Nassar, Juan David Hernández, Juan David Linares, Felipe Giron, Erika Torres*  
Hospital Universitario Fundación Santa Fe De Bogotá – FSFB, Bogotá, D.C, Colombia  
rnassarmd@gmail.com, juanlinaresmd@gmail.com

**Introducción.** El advenimiento de nuevas tecnologías aplicadas a la cirugía bariátrica, como la cirugía asistida por robot ha ganado relevancia a nivel mundial. Con la introducción de plataformas de cirugía robótica en el manejo de pacientes con obesidad mórbida, se describen grandes beneficios, entre ellos la solución a dificultades asociadas al procedimiento quirúrgico y a las características de los pacientes.

**Objetivo.** Describir la experiencia inicial de los primeros casos llevados a gastrectomía vertical asistida por robot (Da Vinci®) en el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá y revisar la literatura sobre el tema.

**Materiales y métodos.** Se presenta una serie de pacientes sometidos a gastrectomía vertical asistida por robot (Da Vinci®); se describen variables de tiempo de Cross Docking, tiempo operatorio, hospitalización y el seguimiento realizado posterior al procedimiento.

**Resultados.** Se realizaron cuatro gastrectomías verticales asistidas por robot (Da Vinci®) para el manejo de pacientes con obesidad mórbida, no se presentaron complicaciones.

**Conclusión.** Se expone ante la comunidad quirúrgica la factibilidad, la seguridad y los resultados satisfactorios de los primeros pacientes con obesidad mórbida, sometidos a cirugía bariátrica asistida con robot (Da Vinci®) en el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá. Es necesario continuar el reclutamiento y seguimiento de pacientes a largo plazo para confirmar los beneficios descritos en la literatura, en el manejo de los pacientes con obesidad mórbida.

## **HEPATOBILIAR**

### **01 - 023**

#### **Incidencia de colonización bacteriana de la bilis en pacientes sometidos a cirugía pancreato biliar con instrumentación previa de la vía biliar**

*Francisco Henao, Germán Rosero, Andrés Lanza, Ricardo Metke Jiménez*  
Pontificia Universidad Javeriana – Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D.C., Colombia

**Introducción.** La cirugía Pancreatobiliar se caracteriza por una alta morbimortalidad, donde las complicacio-

nes más serias son la fistula anastomótica, complicaciones infecciosas y las colecciones intra-abdominales.

**Materiales y métodos.** En el mes de julio de 2014 se estableció la toma sistemática de cultivos intraoperatorios de bilis con el fin de determinar la flora que coloniza los pacientes intervenidos en nuestra institución. Se revisó esta cohorte de pacientes de manera retrospectiva hasta febrero de 2016, obteniendo la información del sistema de historia clínica SAHI, analizamos los resultados de cultivos, estudiando la flora bacteriana y el patrón de resistencia de los gérmenes, se realizó un análisis estadístico y comparación por subgrupos (derivados y no derivados).

**Resultados.** Se recolectaron 26 pacientes sometidos a pancreatoduodenectomía y pancreatectomía total, con y sin preservación de píloro, 16 pacientes (61 %) recibieron Ampicilina Sulbactam como antibiótico profiláctico, 23 (88.4 %) recibieron algún esquema de antibiótico terapéutico durante la hospitalización. Once pacientes (42 %) no fueron derivados, 12 (46.1 %) fueron derivados endoscópicamente, 2 (7.6 %) de forma percutánea, y 1 (3.8 %) requirió las dos derivaciones sucesivamente. Catorce pacientes tuvieron cultivos positivos de los cuales el 11 (80 %) eran pacientes con derivación previa de la vía biliar. El 100 % de los pacientes con derivación biliar preoperatoria estaban colonizados. La mortalidad global fue de 15.1 % y la morbilidad por complicaciones infecciosas fue 50 % (fistula, bacteriemia y sepsis, ISO O/E).

**Conclusiones.** La presencia de gérmenes multi-resistentes en los cultivos de bilis asciende al 78 % en los pacientes con derivación biliar por lo cual el uso de antibióticos dirigidos con intención terapéutica consideramos es una intervención útil y con impacto en la morbilidad. La tasa de complicaciones infecciosas (fistula, bacteriemia, ISO O/E) se distribuyó de forma equivalente entre los paciente con y sin derivación biliar preoperatoria. Esto podría estar explicado por la intervención realizada (antibioticoterapia dirigida) la cual pudo tener un impacto sobre la población de pacientes derivados, disminuyendo la tasa de complicaciones infecciosas.

#### 01 - 024

**Protocolo ERAS en pacientes que fueron llevados a cirugía de Whipple y hepatectomía. Experiencia inicial en la clínica CES**

*Diego Dávila, Felipe Zapata, Juan Pablo Aristizábal, Oscar Germán Palacios*

Universidad CES, Medellín, Colombia

cirugiahepatobiliar@hotmail.com; pipe.zu77@gmail.com

**Introducción.** La cirugía por patología hepática y pancreática lleva un alto riesgo de complicaciones y altas tasas de mortalidad, es por esto que la implementación de un protocolo ERAS (Enhanced recovery after surgery) se ha diseñado en varios centros como una estrategia que busca mejorar los aspectos que interfieren en la recuperación posoperatoria, como la disminución en la estancia hospitalaria y la mejoría en la calidad de vida de los pacientes.

**Objetivo.** Determinar la morbimortalidad y estancia hospitalaria de los pacientes sometidos a hepatectomía o cirugía de Whipple a quienes se le realizó el protocolo ERAS.

**Material y método.** Se revisaron las historias clínicas de 33 pacientes operados por hepatectomía o pancreatoduodenectomía en el 2015 a quienes se les aplicó el protocolo ERAS en la clínica CES, Medellín. Se analizaron los resultados en el programa SPSS versión 22.0

**Resultados.** Del total de pacientes 72.7 % fueron mujeres y 27.3 % hombres, con edad promedio de 56 y 55 años respectivamente, la mayoría intervenidos por cáncer de páncreas y metástasis hepáticas. El 69.7 % fueron hepatectomías y 33.3 % cirugía de Whipple. La estancia promedio en UCI para hepatectomías fue de 0,48 días y de 1.10 para Whipple, en UCE de 1,48 y 5,1 días respectivamente y en hospitalización de 4,27 días y 8,44 días respectivamente. Las complicaciones fueron dos infecciones de sitio operatorio en cada grupo y una fistula quilosa. Ninguno se reintervino y 4 % de los pacientes del grupo de hepatectomía fallecieron en el posoperatorio.

**Conclusión.** La implementación de un protocolo ERAS en pacientes con cirugía hepatobiliar parece ser un elemento que demuestra un impacto considerable en la morbimortalidad y estancia hospitalaria.

#### 01 - 026

**Colecistectomía temprana para la colecistitis aguda, ¿qué tan temprano realmente es? Análisis de tiempos para realización de cirugía en un hospital universitario de IV nivel**

*Elio Fabio Sánchez, Lilian Torregrosa, Aníbal Ariza, María Laura Daza, Carlos Díaz, Mónica M. Castro*  
Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D.C., Colombia  
anibal\_ariza@hotmail.com

**Introducción.** La colecistitis aguda es una patología quirúrgica frecuente en nuestro medio. La colecistectomía laparoscópica de urgencias es su tratamiento de elección. Existe evidencia suficiente sobre la seguridad y ventajas de la realización de este procedimiento de forma temprana, aunque aún hay controversias en cuanto a definir cuál es el tiempo óptimo de su realización, la mayoría de los estudios recomiendan practicarla entre las primeras 24-72 horas.

Sin embargo, es frecuente que los tiempos de espera en las instituciones de salud de nuestro país se prolonguen por distintas razones, lo que podría afectar de manera directa los resultados y la seguridad del procedimiento quirúrgico.

**Objetivo.** Establecer tiempos desde la admisión, valoración por el cirujano, programación y realización de la colecistectomía por laparoscopia en pacientes con colecistitis aguda. Definir impacto sobre complicaciones periperatorias y morbilidad asociada a los tiempos de espera hospitalarios.

**Material y método.** Estudio retrospectivo de pacientes hospitalizados con diagnóstico de colecistitis aguda, programados de urgencia para realización de colecistectomía laparoscópica durante un período de 10 meses. Las variables evaluadas (demográficas, tiempo de espera para realización de cirugía, lesión vía biliar, etc.) fueron recolectadas consultando historia clínica electrónica.

**Resultados.** Durante este período se realizaron 481 colecistectomía por laparoscopia. Se incluyeron en el análisis 380 procedimientos por colecistitis aguda (80 %), con un tiempo promedio de espera desde la admisión hasta cirugía de 60 horas.

**Conclusión.** Los tiempos prolongados para la realización de la colecistectomía por laparoscopia de forma temprana, pueden estar relacionados con el aumento del tiempo quirúrgico, complicaciones operatorias y estancia hospitalaria de los pacientes con colecistitis aguda.

## 01 - 027

### **Colangiocarcinoma. Resultados del manejo en un hospital de IV nivel en Medellín**

*Jaime Alberto Ramírez, Luis Manuel Barrera, Camilo Tarazona, Fabio Vergara, Daniel Camilo Aguirre, Diana Tamayo*  
IPS UNIVERSITARIA” Clínica León XIII, Medellín, Colombia  
ramirezarbelaezj@gmail.com

**Introducción.** Los tumores malignos de la vía biliar se originan específicamente en el epitelio de la vesícula biliar y los conductos biliares, son raros y corresponden al 15 % de las neoplasias hepatobiliares. La incidencia en Estados Unidos de Norteamérica es baja, 1-2 por cada 100000 habitantes y es un poco más alta en Israel y Japón. En Colombia no hay suficiente información disponible y por lo tanto no tenemos claro el comportamiento de dicha enfermedad en nuestra población.

**Objetivo.** Describir las características clínicas, patológicas y factores pronóstico, así como los resultados del tratamiento en los pacientes diagnosticados con colangiocarcinoma.

**Material y método.** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo desde marzo de 2011 a marzo de 2016 de los pacientes diagnosticados como colangiocarcinoma en el servicio de enfermedades hepatobiliopancreáticas y trasplantes de la “IPS UNIVERSITARIA”. Los resultados evaluados fueron: Mortalidad, sobrevida con manejo quirúrgico y paliativo, tiempo libre de enfermedad y factores pronóstico.

**Resultados.** Se diagnosticaron 109 pacientes con colangiocarcinoma, 56 (51.37 %) hombres, 53 (48.62 %) mujeres, de los cuales 17 (15.59 %) fueron intrahepáticos, 57 (52.29 %) hiliares y 35 (32.11 %) distales. Se les realizó tratamiento paliativo en 81 (74.31 %) pacientes y tratamiento quirúrgico en 28 (25.68 %), de los cuales 14 (50 %) fueron Whipple y 14 (50 %) hepatectomías, lográndose resección R0 en 22 (78.57 %) pacientes y resección R1 en 6 (21.42 %). El tiempo promedio global de sobrevida fue 422 días, con mortalidad perioperatoria de 14.28 %.

**Conclusión.** El colangiocarcinoma es una enfermedad compleja y agresiva con pobre pronóstico. La detec-

ción de los pacientes en estadíos tempranos y la resección curativa ofrecen los mejores resultados de sobrevida pero con altas tasas de morbimortalidad.

## 01 - 028

### Colangiocarcinoma hiliar. Resultados después de resección quirúrgica

*Jaime Alberto Ramírez, Luis Manuel Barrera, Camilo Tarazona, Fabio Vergara, Daniel Camilo Aguirre, Diana Tamayo*

“IPS UNIVERSITARIA” Clínica León XIII, Medellín, Colombia

ramirezarbelaezj@gmail.com

**Introducción.** Los colangiocarcinomas hiliares son neoplasias poco frecuentes que por su localización anatómica, plantean importantes dificultades técnicas en la resección quirúrgica. La supervivencia a largo plazo sólo se consigue en los casos resecaados, por lo que es importante la identificación de los pacientes que presentan factores de riesgo, así como el diagnóstico precoz y la valoración de la reseccabilidad por un grupo de expertos en esta entidad. La cirugía de este tumor ha experimentado cambios muy significativos, desde el inicio de las resecciones locales no radicales, a las grandes resecciones con hepatectomía que tratan de lograr la extirpación completa del tumor.

**Objetivo.** Describir las características clínicas, patológicas y factores pronóstico, en los pacientes tratados quirúrgicamente.

**Material y método.** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo desde marzo de 2011 a marzo de 2016 de los pacientes diagnosticados con colangiocarcinoma hiliar y que fueron tratados quirúrgicamente. Los resultados evaluados fueron: Mortalidad, sobrevida, tiempo libre de enfermedad y factores pronostico.

**Resultados.** Se diagnosticaron 57 pacientes con colangiocarcinoma hiliar, 11 (19.2 %) tratados quirúrgicamente, La resección hepática se asoció a resección del segmento 1, de la vía biliar extrahepática y vaciamiento ganglionar en todos los casos. 7 (63.3 %) hombres, 4 (36.7 %) mujeres, 8 (72.2 %) se logró resección R0, 7 (63.63) presentaron algún tipo de complicación posoperatorio. El tiempo promedio global de sobrevida fue 469 días, con mortalidad perioperatoria de 18.18 %.

**Conclusión.** Si bien las tasas de morbimortalidad son altas con el tratamiento quirúrgico, La resección curati-

va ofrece los mejores resultados en términos de sobrevida a largo plazo.

## 01 - 029

### Evaluación del manejo ambulatorio de colecistectomía laparoscópica durante noviembre 2014 a noviembre 2015 en Barranquilla, Colombia

*José Mercado, Ana Borja, Ricardo Daguer, Arturo Hazbun*

Clínica San Martín Barranquilla, Barranquilla, Colombia  
drjosemercado@hotmail.com

**Introducción.** La colecistectomía laparoscópica es una de las cirugías más realizadas actualmente, con esta ha disminuido el tiempo de estancia hospitalaria, dolor posquirúrgico, incapacidad médica y tiempo de ayuno posquirúrgico. Desde el año 2004 aproximadamente en los Estados Unidos inicia el concepto del manejo ambulatorio de esta, retornando rápidamente el paciente a su hogar y disminuyendo costos médicos por hospitalización con excelentes resultados.

**Objetivo.** El objetivo de este trabajo es mostrar este manejo ambulatorio en nuestro medio y así aplicarlos frecuentemente en Colombia.

**Material y método.** Estudio descriptivo de corte en pacientes con diagnóstico de colelitiasis sintomática, se realiza colecistectomía laparoscópica en periodo de un año. Son pacientes que ingresaron de casa sin episodio agudo de colecistitis, clasificados ASA I Y II en valoración preanestésica.

**Resultados.** Se realizaron 278 colecistectomías laparoscópicas, 273 (98,2 %) estrictamente ambulatorios (estancia entre 4 y 6 horas), 5 (1,78 %) hospitalizados por hallazgos intraoperatorios: sangrado, piocolecisto y lesión de vía biliar. Los pacientes manejados ambulatoriamente evolucionaron satisfactoriamente, solo tres regresaron a urgencia por dolor posquirúrgico y fueron manejados con analgésico sin complicaciones.

**Conclusión.** Los resultados de este trabajo más los realizados en Estados Unidos, reflejan que la colecistectomía laparoscópica manejada ambulatoriamente bajo las condiciones establecidas en el estudio tienen excelentes resultados regresando rápidamente a casa bajo el cuidado familiar, con recomendaciones/signos de alarma, disminuyendo el costo hospitalario que en nuestro país es muy importante tenerlo en cuenta.

**01 - 030**

**Ligar o clipart: esa es la cuestión en colecistectomía difícil**

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

**Introducción.** La colecistitis aguda o crónica que resulta en inflamación severa o fibrosis del triángulo de Calot representa un desafío especialmente para cirujanos que comienzan la curva de aprendizaje en colecistectomía laparoscópica. La variabilidad anatómica o los cambios inflamatorios que limitan o impiden obtener “la visión crítica del Calot” pueden aumentar la tasa de conversión a cirugía abierta y el riesgo de lesión de la vía biliar. Dentro de las estrategias que existen para disminuir el riesgo en colecistectomía difícil hemos evaluado la ligadura del Infundíbulo de la Vesícula como una técnica sencilla, rápida y con unos resultados satisfactorios. Este estudio prospectivo observacional examina la ligadura vesicular como una técnica que evita la disección excesiva de las estructuras del Calot y disminuye el riesgo de complicaciones.

**Objetivos.** Examinar los resultados de la técnica de ligadura infundibular de la vesícula en colecistectomía laparoscópica difícil y describir las posibles complicaciones en un periodo de 2 años.

**Materiales y métodos.** Presentamos una serie prospectiva observacional de 50 pacientes con Colecistitis aguda o crónica a quienes se realizó Colecistectomía Laparoscópica. En todos los casos se realizó una disección fundocística ante la imposibilidad de llegar a la visión crítica disecando el Calot, se identificó la bolsa de Hartman o el Infundíbulo y se realizó una doble ligadura con polipropileno 0 o sutura laparoscópica con PDS 3.0. La extracción del espécimen quirúrgico se realizó a través del puerto umbilical y en la mayoría de los casos se utilizaron 4 puertos.

**Resultados.** En esta serie no se presentó ninguna lesión del conducto biliar, dos pacientes a quienes se realizó sutura de la bolsa de Hartman evolucionaron con fistula biliar de bajo gasto que se resolvió con CPER. Durante el seguimiento se reportó un caso de Colelitiasis con síntomas mínimos del remanente vesicular.

Ningún paciente fue remitido a cirugía abierta ni reintervenido.

**Conclusiones.** A partir de esta serie concluimos que la ligadura y/o sutura de la vesícula en una “zona segura” cerca al infundíbulo o a la bolsa de Hartman es una técnica segura y sencilla de realizar en colecistectomía difícil con una frecuencia baja de complicaciones graves.

**01 - 031**

**Pancreatogastrostomía vs. Pancreatoyeyunostomía con ducto mucoso para cirugía de Whipple: experiencia en un centro**

*Óscar Palacios, Diego Dávila, Laura Marcela Morantes, Diego Uribe, Sebastián Portillo*  
Universidad CES, Medellín, Colombia  
cirugiahepatobiliar@hotmail.com

**Introducción.** La pancreatoduenectomía (PD) es un procedimiento que en centros de excelencia alcanza porcentajes de mortalidad del 5 %. Sin embargo, la morbilidad operatoria sigue siendo substancial posterior a este procedimiento. La mayoría obedece a fistulas pancreáticas por filtración de la anastomosis que puede llevar a complicaciones secundarias como abscesos intraabdominales y sangrado por erosión. Dentro de la literatura encontramos múltiples ensayos para mejorar la técnica de anastomosis y así reducir tasas de filtración. En cuanto a la comparación entre la anastomosis pancreatogástrica (PG) y la gastroyeyuno (PJ) con ducto mucoso estudios retrospectivos sugieren superioridad de PG pero estudios más nuevos arrojan resultados conflictivos.

**Objetivo.** El presente estudio busca demostrar en pacientes con tumores periampulares que se sometieron a PD, a los cuales se les realizó reconstrucción pancreática tipo PG o PJ (ducto mucoso) de forma aleatoria el porcentaje de morbilidad postoperatoria (fistula pancreática, sangrado, pseudoaneurisma de arteria hepática, Infección sitio operatorio), estancia hospitalaria y mortalidad. Material y métodos. El presente es un estudio diseñado de forma comparativa, por 1 grupo específico de la ciudad de Medellín. Se llevaron a cabo en el año 2015 todas la PD en conjunto con anastomosis tipo PG. En el año inmediatamente anterior estas se realizaron en conjunto con anastomosis tipo PJ. No fue criterio de inclusión la edad, tener diabetes mellitus, el tipo de páncreas ni la pato-

logía de base. Se obtuvo una muestra de 40 pacientes. El análisis de complicaciones se realizó de acuerdo al sistema lindo Dindo-Clavien.

**Resultados.** En cuanto a la morbilidad se obtuvo que PG presenta mayor incidencia de sangrados posoperatorios, tanto para realizar endoscopia digestiva como para hacer su diagnóstico y tres pacientes tuvieron que ser sometidos a reintervención y hemostasia. La estancia hospitalaria fue mayor en el grupo similar en ambos grupos. El porcentaje de presentación de fistula posoperatoria fue mayor en PY y se encontró asociada a la aparición de pseudoaneurisma de la arteria hepática.

**Conclusión.** La anastomosis del páncreas en PD, sigue siendo el punto principal de complicaciones de esta cirugía, en nuestro estudio pudimos corroborar que el número de fistulas es menor en PG, pero hay más sangrado digestivo controlable por endoscopia, el tipo de complicaciones son menores de IIB en la clasificación de Clavien.

## 01 - 033

### Experiencia inicial en cirugía hepática laparoscópica grupo CES Medellín

*Óscar Palacios, Diego Dávila*

Clínica Universitaria CES – IDC Clínica Las Américas –  
Clínica Sagrado Corazón - Clínica Vida. Medellín, Colombia  
cirugiahepatobiliar@hotmail.com

**Introducción.** La resección hepática es el tratamiento de elección para los tumores hepáticos primarios y secundarios. Tradicionalmente la cirugía hepática ha sido realizada con técnicas máximamente invasivas. Desde la década de los noventa se comienza a proponer la cirugía mínimamente invasiva en resecciones hepáticas. Sabemos que la menor agresión al paciente se traduce en menor dolor posoperatorio, menor tiempo de recuperación y reducción de tasa de complicaciones. La mayoría de las patologías hepáticas malignas tienen asiento en hígado cirrótico; es ya aprendido que el menor trauma parietal y parenquimatoso hepático tendría como resultado menor ascitis y menos probabilidad de falla hepática posoperatoria.

**Objetivo.** Demostrar que el abordaje laparoscópico es posible en resecciones hepáticas mayores y menores, y que el manejo de neoplasias hepáticas es también po-

sible, mas aun cuando la tendencia mundial esta encaminada a esta aproximación.

**Material y método.** Entre agosto de 2013 y mayo de 2016 se realizaron 64 hepatectomías totalmente laparoscópicas, de las cuales el 70 % fueron resecciones segmentarias no anatómicas, de estas el 90 % fueron menores (2 segmentos o menos) y el 30 % restantes fueron hepatectomías mayores y anatómicas.

**Resultados.** Estancia hospitalaria promedio 4 días, ISO de 3 %, mortalidad en 30 días POP 0 %, reintervención del 8 %, transfusiones del 18 %, recaída tumoral temprana del 0 %.

**Conclusión.** El abordaje laparoscópico hepático es recomendado, es necesaria una adecuada escogencia de los paciente y debe existir un grupo interdisciplinario que abale el manejo, esta demostrado que centros de alto volumen y grupos entrenados tendrían incluso mejor resultado comparado con cirugía abierta convencional.

## 01 - 040

### Derivaciones biliodigestivas por laparoscopia: 2 años de experiencia en una sola institución

*Daniel Gómez, Pedro Villadiego, Daniel Pérez,  
Manuel Sánchez*

Centro Policlínico Del Olaya, Bogotá, DC, Colombia  
vesalius0216@yahoo.com

**Introducción.** La patología biliar involucra un amplio espectro de enfermedades, desde entidades benignas a condiciones malignas que no siempre pueden ser manejadas por vía endoscópica. Las derivaciones biliodigestivas aun son practicadas de forma convencional mediante laparotomía en un gran número de casos, debido a los desafíos técnicos que impone este tipo de procedimientos cuando son realizados por vía laparoscópica.

**Objetivo.** Presentar una serie de casos de derivaciones biliodigestivas por vía laparoscópica para el manejo de la patología de la vía biliar, las cuales en su mayor porcentaje en esta serie correspondieron a patologías benignas como coledocolitiasis complicada, lesiones de la vía biliar y quistes del colédoco.

**Material y método.** Se realizaron 34 derivaciones biliodigestivas por vía laparoscópica en una sola institu-

ción entre enero de 2014 y febrero de 2016 mediante el uso de dos técnicas: reconstrucción simplificada con coledocoyeyunostomía mas Y de Roux mas duodenoyeyunostomía para instrumentación endoscópica de la vía biliar y coledocoduodenostomía.

Las historias clínicas fueron revisadas para recopilar los datos demográficos, tiempo operatorio, pérdida de sangre y las complicaciones intra y posoperatorias.

**Resultados.** Del total de 34 pacientes, 24 eran mujeres y 10 hombres, con rangos de edad entre 14 y 91 años. Las patologías manejadas fueron 28 casos de coledocolitiasis complicada en paciente octogenario con CPRE fallida, 1 lesión iatrogénica de la vía biliar por Colelap, 1 fistula biliar compleja Mirizzi tipo 4, 3 quistes de colédoco, 1 estenosis biliar benigna. Las cirugías realizadas fueron 28 Coledocoduodenostomías y 6 Coledocoyeyunostomía mas Y de Roux mas duodenoyeyunostomías. Todos los procedimientos se llevaron a cabo con éxito. El tiempo operatorio promedio fue de 122.6 minutos y la pérdida de sangre fue de menos de 15 cc. No se registraron conversiones, complicaciones mayores ni reintervenciones.

**Conclusión.** La seguridad y eficacia de las derivaciones biliodigestivas practicadas por vía laparoscópica ha sido puesta a prueba en nuestra experiencia recopilada para esta revisión, mostrando que procedimientos de tal complejidad pueden ser llevados a cabo con un margen de tiempo y seguridad aceptables en manos de cirujanos entrenados en técnicas de cirugía laparoscópica avanzada.

## 01 - 081

### Exploración de vía biliar por laparoscopia con cierre primario para pacientes con coledocolitiasis en el Hospital Universitario San Ignacio

*Daniela María Cuadrado, Diego Andrés Buitrago, Andrés Felipe Salazar*

Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D.C., Colombia  
departamentocirugia@husi.org.co; dcuadrado@gmail.com

**Introducción.** La coledocolitiasis es una patología presente en el 10-15 % de los pacientes con colelitiasis. Su tratamiento es la realización de la Colangiopancreatografía endoscópica (CPRE), si es fallida, el tratamiento es la colecistectomía con exploración de vía biliar por laparoscopia, puede ser con colocación de tubo en T o

cierre primario, este segundo implica menores costos, tiempo de hospitalización y comorbilidades.

**Objetivo.** Establecer la colecistectomía y la exploración de vía biliar con cierre primario por laparoscopia como la técnica de elección en pacientes con colelitiasis y coledocolitiasis con CPRE fallida.

**Material y método.** Estudio descriptivo. Cohorte retrospectiva, se tomó los pacientes hospitalizados desde febrero de 2015 hasta mayo de 2016 con colelitiasis y coledocolitiasis, CPRE fallida, que fueron llevados a Colecistectomía y exploración de vía biliar con cierre primario por laparoscopia, se registraron en una base datos 10 de los pacientes.

**Criterios de inclusión:** Pacientes hospitalizados desde febrero de 2015 hasta mayo de 2016 con colelitiasis y coledocolitiasis, CPRE previa fallida.

**Criterios de exclusión:** Pacientes hospitalizados con colecistectomía previa, CPRE exitosa

**Resultados.** El 60 % de los pacientes entre los 50-70 años, 70 % duraron con el dren en promedio de 3 a 5 días, sólo el 30 % duraron más de 8 días. El 80 % de los pacientes tuvieron una estancia hospitalaria entre 3 y 5 días posteriores al procedimiento quirúrgico.

**Conclusión.** La realización de colecistectomía y exploración de vía biliar con cierre primario por laparoscopia demuestra ser una técnica segura, que disminuye el tiempo de hospitalización, menores costos, retiro temprano de los drenes que previene complicaciones asociadas.

## 01 - 082

### Stent pancreáticos como profilaxis de pancreatitis secundaria a CPRE

*Robín Germán Prieto, Germán David Carvajal, Jorge Santos, Gustavo Reyes*

Clínica Universitaria Colombia – Fundación Universitaria Sanitas, Bogotá, D.C., Colombia  
rgprietoo@hotmail.com

**Introducción.** La Colangio pancreatografía retrograda endoscópica (CPRE), es una técnica endoscópica terapéutica que como todo procedimiento conlleva riesgos, Uno de los principales es el desarrollo de pancreatitis, la cual puede ocurrir hasta en un 5-10%. Se han

mencionado diversas medidas tendientes a disminuir el riesgo de pancreatitis post CPRE, entre ellas la inserción de stent pancreático cuando ha sido canulada de forma no intencional la vía pancreática.

**Objetivo.** Presentar la experiencia institucional del uso de stent pancreáticos como medida preventiva en la aparición de pancreatitis post CPRE en la Clínica Universitaria Colombia en el último año.

**Materiales y métodos.** Se realizó la revisión retrospectiva de todas las CPRE realizadas durante los últimos doce meses en la Clínica Universitaria Colombia, identificando y analizando los casos en que haya sido necesario dejar stent pancreático como medida preventiva en la aparición de pancreatitis. Se revisaron las historias clínicas de dichos pacientes para evaluar la evolución de los mismos.

**Resultados.** Se presenta el análisis de los casos de los pacientes en quienes se dejó stent en el conducto pancreático y se realizó seguimiento de la evolución de los mismo hasta el retiro del stent, expulsión espontánea del mismo, o hasta el alta médica mediante revisión de la historia clínica.

**Discusión.** Consideramos que nuestros hallazgos son acordes a lo mencionado en la literatura, en relación al benéfico uso de stent pancreáticos en profilaxis de pancreatitis en aquellos pacientes en quienes durante la realización de CPRE se canula de forma no deseada el conducto de Wirsung.

## COLON Y RECTO

### 01 - 008

#### **Diverticulitis y neumoperitoneo: una patología no siempre quirúrgica**

*Bernardo Borráez, Andrés F. Apolinar, Juan Giraldo, Daniela Erazo, Gloria Núñez, Laura Ureña, Juan Herrera, Angie Cardona, Carolina Mateus*  
Fundación Clínica SHAI0 - Instituto Nacional de Oncología - Universidad Militar, Bogotá, D.C., Colombia  
bborraez@hotmail.com

**Introducción.** La enfermedad diverticular es una condición normal degenerativa del colon y una consulta frecuente por dolor abdominal en los servicios de urgencias. Una de las complicaciones frecuentes de esta

patología es la perforación del divertículo que puede resultar en neumoperitoneo, colección o peritonitis localizada o generalizada requiriendo en algunos casos drenaje de la colección o manejo quirúrgico.

**Objetivo.** Los objetivos del estudio fueron a) evaluar la frecuencia de presentación de neumoperitoneo en pacientes con diverticulitis, b) determinar las características de los pacientes que presentan este tipo de patología.

**Material y método.** Se realizó una revisión retrospectiva de una base de datos. Se evaluó la incidencia de presentación de neumoperitoneo en pacientes con diverticulitis atendidos en la Fundación Clínica SHAI0 durante el periodo comprendido entre octubre de 2014 y octubre de 2015 así como su evolución con el manejo médico instaurado.

**Resultados.** De 60 paciente diagnosticados con diverticulitis en 3 se presentó neumoperitoneo (sin evidencia de colecciones o líquido libre abdominal), mostrando una incidencia del 5 %. Todos los pacientes fueron manejados conservadoramente con antibiótico obteniendo una mortalidad del 0% a corto plazo, con una tasa de éxito del 100 % sin necesidad de manejo quirúrgico en esta hospitalización.

**Conclusión.** La incidencia de pacientes con diverticulitis asociado a neumoperitoneo sin colecciones o líquido libre es considerable en nuestro servicio. Nosotros recomendamos que en pacientes selectos el manejo inicial deber ser conservador con antibiótico y control sintomático con baja morbimortalidad.

### 01 - 009

#### **Experiencia en el manejo de cáncer colorrectal en el Hospital Universitario Mayor - MEDERI**

*Leidy Agudelo, Andrés Isaza, Carlos Figueroa, Andrés Monroy, Jorge Padrón*  
Hospital Universitario Mayor – Méderi, Bogotá, D.C., Colombia  
ydiel91@hotmail.com

**Introducción.** El cáncer colorrectal (CCR) es un tumor maligno frecuente que se diagnostica tardíamente en nuestro país. Se presenta la experiencia con esta patología en Méderi - Hospital Universitario Mayor (MHUM) por un grupo supra-especializado instaurado en agosto 2012.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo descriptivo transversal de pacientes con CCR atendidos en M-HUM entre agosto de 2012 y diciembre de 2014 diseñado para conocer sus características demográficas, clínicas, de manejo y resultados.

**Resultados.** Se trata de 152 pacientes, 57 % mujeres, con edad promedio 66.9 años. Ingresaron como urgencia 54 % siendo los síntomas más frecuentes: dolor (55 %), sangrado digestivo bajo (50 %) y pérdida de peso (40 %), de 4 meses de evolución en promedio. El tipo histológico más frecuente fue adenocarcinoma moderadamente diferenciado. El estadio al momento del diagnóstico fue III en 50 % y IVB en 21 % y tras la resección quirúrgica IVB (25 %), IIIB (18 %) y IIB y I alrededor de 10 %. El abordaje quirúrgico fue laparoscópico en 61 % y se convirtieron a vía abierta 15 pacientes (10%). La estancia hospitalaria promedio fue 8.2 días, 10.5 % presentó complicaciones relacionadas con la cirugía (8 casos de fistulas, 5 de infección sitio operatorio, 1 lesión hilio renal derecho, 2 ISO profundas) y 8.5 % complicaciones médicas. La mortalidad perioperatoria fue 2.63 % (4 casos). Solo se encontró asociación estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) entre el estadio inicial III - IV y la presencia de pólipos en el colon con dehiscencia de la anastomosis.

**Conclusión.** Los resultados perioperatorios de los pacientes tratados son similares a los reportados por grupos especializados en la literatura. Se reafirma la importancia de crear grupos de excelencia.

## 01 - 010

### ¿Debemos regresar a la preparación mecánica de colon? Revisión de la literatura

*Abraham Kestenberg, Orlando Bejarano, Alexander Domínguez, Jessica Capre*  
Fundación Valle de Lili, Santiago de Cali, Colombia  
jessicacapre@hotmail.com

**Introducción.** La preparación mecánica de colon ha pasado por varias etapas en el campo de la cirugía colorectal, inicialmente se promulgaba a favor de la misma, pero estudios basados en la evidencia y protocolos de fast-track ayudaron a abandonar esta práctica.

**Objetivo.** Describir los resultados de una revisión crítica de la literatura que muestra que preparar los

pacientes con antibiótico oral y preparación mecánica del colon, mejora los resultados importantes en cirugía colorectal como la filtración de las anastomosis e infecciones del sitio operatorio.

**Material y método.** Se realiza revisión de la literatura con estos términos MESH: cathartics, colorectal surgery, wound infection, surgical wound infection, anastomotic leak, elective surgical procedures, colectomy, laxatives, obteniendo un total de 6.387 títulos, que se filtraron quedando 9 guías, 14 metaanálisis, 14 revisiones, 15 ensayos clínicos controlados y 13 estudios observacionales pertinentes para responder la pregunta de investigación.

**Resultados.** Durante el análisis crítico de cada uno de estos estudios, encontramos que la preparación mecánica sola no genera ningún beneficio, ni disminución de las tasa de complicaciones, en cambio preparar los pacientes con antibiótico oral junto con la preparación mecánica de colon disminuirá el riesgo de infección global en un 75 %.

**Conclusión.** La preparación mecánica del colon por si sola no aporta ningún beneficio, es igual a no preparación; en cambio preparar el colon y administrar antibiótico oral disminuye dramáticamente las tasas de complicaciones infecciosas y la tasa de filtración. Estamos ante una nueva evolución de la preparación del colon.

## 01 - 011

### Experiencia en el manejo del Quiste pilonidal con técnica Dufourmentel

*Abraham Kestenberg, Sandra Patricia Molina, Jessica Capre, Alejandra Benavides*  
Fundación Valle de Lili, Santiago de Cali, Colombia  
jessicacapre@hotmail.com

**Introducción.** La enfermedad pilonidal es una infección de la piel y el tejido celular subcutáneo en o cerca de la parte superior de la hendidura glútea. Desde 1.833 múltiples autores han relatado posibles etiologías y descrito diferentes técnicas quirúrgicas para su tratamiento, sin lograr definir la cirugía ideal, ya que es una enfermedad que presenta gran tasa de recurrencia y complicaciones, por lo tanto actualmente la selección de cuál procedimiento quirúrgico utilizar es controversial.

**Objetivo.** Describir los resultados de los pacientes con quiste pilonidal manejados quirúrgicamente, comparando las complicaciones y recidivas de la técnica Dufourmentel con otras técnicas realizadas por el autor.

**Material y método.** Se realiza revisión retrospectiva de base de datos de pacientes con quiste pilonidal a quienes se les realizó manejo quirúrgico, diferenciando los manejados con técnica de Dufourmentel, entre enero de 2000 y diciembre de 2015. Se realizó seguimiento clínico y telefónico de los pacientes.

**Resultados.** Se analizan 84 casos de pacientes sometidos a resección quirúrgica de quiste pilonidal, siendo 44 hombres (52%) y 40 mujeres (48%). El motivo de consulta más frecuente fue dolor, fiebre, cambios inflamatorios locales y/o secreción. Las complicaciones presentadas fueron escasas, correspondiendo principalmente a infección de sitio operatorio y alteraciones en la cicatrización, seroma y en menor proporción recidiva, las cuales se presentaron en menor número en pacientes sometidos a técnica de Dufourmentel.

**Conclusión.** La técnica de Dufourmentel es una alternativa válida para el tratamiento del quiste pilonidal, con baja recidiva, morbilidad y una recuperación temprana en la mayoría de los pacientes.

## 01 - 012

### **Estudio retrospectivo de prolapso rectal manejado por laparoscopia con rectopexia ventral más malla**

*Abraham Kestenber, Alejandra Benavides, Sandra Patricia Molina, Jessica Capre*

Fundación Valle de Lili, Santiago de Cali, Colombia  
jessicacapre@hotmail.com

**Introducción.** Prolapso rectal es la protrusión de todo el espesor de la pared del recto a través del esfínter anal. Tiene una incidencia entre 0,25 y 0,42 % en la población adulta, la prevalencia se estima en 1 % en adultos mayores de 65 años, con mayor frecuencia en mujeres. Para el tratamiento se han descrito un gran número de técnicas quirúrgicas, desde abiertas o mínimamente invasiva con abordaje intraabdominal o perineal. Sin embargo, no hay consenso para el enfoque óptimo; se resalta que las técnicas abdominales con malla han mostrado menor recurrencia de la enfermedad en un 2-3 % y mejores tasas de éxito.

**Objetivo.** Describir los resultados de los procedimientos quirúrgicos realizados en la corrección de prolapso rectal, comparando beneficios y complicaciones de la técnica laparoscópica vs abierta.

**Material y método.** Se realiza una revisión retrospectiva de pacientes con prolapso rectal manejados quirúrgicamente desde 2000 a 2015, diferenciando técnica abierta vs laparoscópica.

**Resultados.** Se encontró que esta patología es más frecuente en mujeres tal como lo indica la literatura. Los síntomas más relevantes fueron el dolor ocasionado por el prolapso, incontinencia, y rectorragia. Un porcentaje significativo presenta patologías del piso pélvico asociadas. Las complicaciones y recidivas fueron menores en pacientes manejados con rectopexia ventral con malla por laparoscopia.

**Conclusión.** La rectopexia ventral por laparoscópica es una técnica segura, con baja morbimortalidad y buenos resultados a largo plazo, ofreciendo los beneficios del abordaje abdominal para la corrección del prolapso rectal adicionando los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva.

## 01 - 013

### **Nueva era en el tratamiento del cáncer de recto distal**

*Abraham Kestenber, Jessica Capre, Sandra Patricia Molina, Alejandra Benavides*

Fundación Valle de Lili, Santiago de Cali, Colombia  
jessicacapre@hotmail.com

**Introducción.** En la evolución del tratamiento del cáncer de recto distal, se buscaron varias estrategias que disminuyeran la gran morbilidad y mortalidad asociadas al manejo quirúrgico de estos pacientes. Desde la cirugía radical en los años 80 con la resección abomino perineal, se realizaron varias modificaciones tratando de reducir al máximo las complicaciones y la mortalidad. En este paso surge el tratamiento neoadyuvante que muestra disminución del tamaño del tumor y estadio, que promete facilitar la disección en la cirugía y lograr mantener intacto el mesorrecto. Durante este proceso se descubre con gran sorpresa varios pacientes que después de neoadyuvancia tienen respuesta clínica completa del tumor y continúan así después del seguimiento.

**Objetivo.** Describir la experiencia con el tratamiento neoyuvante en pacientes con cáncer de recto distal que presentaron respuesta clínica completa.

**Material y método.** Se realiza revisión retrospectiva de base de datos de pacientes con cáncer de recto distal, tratados con terapia neoyuvante, quienes no se llevaron a resección quirúrgica después de valoración clínica sin evidencia del tumor y en colonoscopia y resonancia magnética mostraron respuesta completa.

**Resultados.** Se exponen cinco casos de pacientes quienes tenían evidencia de cáncer de recto distal y se llevan a terapia neoyuvante con respuesta clínica completa, siendo innecesaria la cirugía.

**Conclusión.** La terapia neoyuvante muestra resultados en al menos la mitad de los casos, facilitando la cirugía y en gran parte logrando obviar la cirugía después de respuesta completa. Existe literatura que apoya esta conducta y grupos que han logrado mejorar la terapia neoyuvante para maximizar estos resultados.

#### 01 - 014

##### **Reporte de once casos de tumores retrorectales**

*Abraham Kestenber, Jessica Capre, Sandra Patricia Molina, Alejandra Benavides*  
Fundación Valle de Lili, Santiago de Cali, Colombia  
jessicacapre@hotmail.com

**Introducción.** Los tumores retrorectales consisten en una entidad poco frecuente, diagnosticando cada año en promedio 2 casos en áreas metropolitanas mayores. Su primer reporte fue en el siglo XVII por el obstetra francés Peu. Debido a la variedad de tejidos en el espacio presacro o retrorectal, el origen del tumor puede ser de cualquiera de las capas germinales, esto explica su gran variedad de presentación histológica y el manejo.

**Objetivo.** Describir los resultados de los pacientes con tumores retrorectales manejados quirúrgicamente, comparando las complicaciones, detallando la variedad de la presencia clínica, reportes histológicos y técnicas quirúrgicas.

**Material y método.** Se realiza revisión retrospectiva de la base de datos de los pacientes con tumores retrorectales a quienes se les realizó manejo quirúrgico.

**Resultados.** Se analizaron once casos de pacientes sometidos a resección quirúrgica de tumor retrorectal en la Fundación Valle del Lili y el Hospital Universitario del Valle. El motivo de consulta más frecuente fue dolor. Las diferentes formas de presentación hicieron de la técnica quirúrgica un reto, siendo necesario varios abordajes y manejo interdisciplinario. El resultado histopatológico fue variable, entre malignidad y benignidad.

**Conclusión.** Enfrentarse como cirujano a un tumor en el espacio retrorectal es un reto, existen múltiples posibilidades de origen de la lesión. Entre ellas están las lesiones malignas a las cuales se les debe realizar un adecuado enfoque diagnóstico y quirúrgico con el fin de evitar recidivas y complicaciones debido a su manejo. Siempre debe procurarse por un manejo interdisciplinario

#### 01 - 083

##### **Factores asociados a la incidencia de apendicitis aguda complicada en la E.S.E. Hospital Universitario del caribe**

*Rubén Darío Agresott, Karen Herrera, Jorge Arrieta, Francisco Herrera*  
Universidad de Cartagena, Cartagena de Indias (Bolívar), Colombia  
rubendagresottm@gmail.com

**Introducción.** La apendicitis aguda es la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico en el Servicio de Cirugía General de la E.S.E. Hospital Universitario del Caribe. La perforación asociada a peritonitis, denominada apendicitis aguda complicada, es una complicación que se presenta aproximadamente en el 18 % de los pacientes y podría estar relacionada con anomalías en la atención médica, especialmente en la valoración del paciente en el primero y segundo nivel de atención.

**Objetivo.** Determinar los factores asociados a la incidencia de apendicitis aguda complicada en la E.S.E. Hospital Universitario del Caribe.

**Material y método.** Se diseñó un estudio observacional y analítico de linealidad prospectiva en el que se usó formato de recolección de datos, descripción quirúrgica e historia clínica y reporte anatomopatológico de espécimen de apéndice cecal.

**Resultados.** La población de estudio estuvo conformada por 131 pacientes, 80 hombres (61.1 %) y 51 mujeres (38.9 %). La incidencia de apendicitis aguda complicada fue del 32.8 %, correspondiente a 43 pacientes. El tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas abdominales y la intervención quirúrgica fue estadísticamente significativo en los pacientes con apendicitis aguda complicada. La falta de diagnóstico en la atención primaria fue determinante en la población de pacientes con apendicitis complicada.

**Conclusión.** Los resultados sugieren que la NO realización de una impresión diagnóstica de apendicitis aguda en la atención primaria es el principal factor asociado a la incidencia de apendicitis aguda complicada en la E.S.E. Hospital Universitario del Caribe. Es necesario implementar políticas de fortalecimiento en este nivel.

## INFECCIONES

### 01 - 034

#### **Microbiología de la apendicitis aguda complicada en dos clínicas de Cali**

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

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

**Objetivos.** Examinar la microbiología de la apendicitis aguda complicada con peritonitis en dos clínicas de Nivel IV de la ciudad de Cali.

**Materiales y métodos.** Se presentan los resultados de los cultivos tomados de la cavidad peritoneal de 100 pacientes con apendicitis aguda y peritonitis manejados en su mayoría por abordaje laparoscópico.

**Resultados.** Se discrimino entre una forma clínica supurada no perforada y otra forma perforada, encontrando diferencias en el porcentaje de cultivos positivos y negativos. El germen aerobio aislado con más frecuencia fue *Escherichia coli*. El 67 % de las bacterias aisladas fueron resistentes a Ampicilina Sulbactam

y 8 % a Piperacilina Tazobactam. De manera relevante se identificaron gérmenes gram negativos BLEE positivos provenientes de la comunidad.

**Conclusiones.** Este estudio permite conocer la microbiología de la apendicitis complicada en nuestra región y podría orientar el manejo antibiótico en el periodo posoperatorio. Es llamativa la alta resistencia bacteriana a la terapia empírica más utilizada en nuestras instituciones y la necesidad de ampliar estos estudios para proponer guías de manejo antibiótico basadas en el conocimiento de la flora bacteriana local.

### 01 - 035

#### **Experiencia en el manejo del drenaje percutáneo de colecciones abdominales guiado por imagen en el Hospital Universitario San José de Popayán, Cauca, en el periodo comprendido entre octubre del 2014 hasta abril del 2016**

*Carlos Priarone, Julián Ramírez, Tania Romero, Catalina Quilindo,*  
Hospital Universitario San José - Universidad del Cauca,  
Popayán, Colombia  
priaronecarlos@hotmail.com

**Introducción.** El drenaje percutáneo de colecciones abdominopelvianas es en la actualidad el tratamiento de elección para las mismas.

**Objetivo.** Resolver la hipótesis ¿Cuál es la experiencia y la eficacia del drenaje percutáneo de las colecciones abdominales bajo control imaginológico por parte del cirujano en el Hospital Universitario San José de Popayán, Cauca, entre octubre de 2014 hasta abril 2016?

**Materiales y Métodos.** Se realizó un estudio de cohorte de tipo prospectivo descriptivo del manejo intervencionista por medio de cirugía percutánea de colecciones abdominales guiado por imaginología en el Hospital Universitario San José de Popayán.

Criterios de inclusión: ser intervenido por cirugía percutánea con diagnóstico de colección abdominal, mayor de 15 años, y alta por la especialidad.

Criterios de exclusión fueron: historia clínica incompleta.

El análisis estadístico se realizó en el programa SPSS Statistics v20 (SPSS Inc).

**Resultados.** Se identificaron de 106 intervenciones en 79 pacientes. El 52 % se encontraba entre los 40 y 60 años de edad y se estadificó con ASA III. El diagnóstico más frecuente fueron abscesos de hígado en un 32 %. La vía transperitoneal, el drenaje por punción y la técnica Seldinger fueron las más realizadas con un 87 %; la ecografía fue la guía Imaginológica más utilizada en un 66 %. En 98 % de los casos no se evidenció ninguna complicación, temprana o tardía. El procedimiento fue exitoso en un 98 %.

**Conclusión.** El drenaje percutáneo de las colecciones abdominopelvianas simples y complejas guiadas por imágenes en manos de un cirujano altamente entrenado en este tipo de intervenciones es una técnica muy segura y con resultados exitosos.

## METABOLISMO QUIRÚRGICO

01 - 037

### Variables clínicas y metabólicas en pacientes que ingresan a urgencias por isquemia mesentérica

*Juan Camilo Gómez, Diego Andrés Buitrago, Álvaro Ruiz*

Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D.C., Colombia  
departamentocirugia@husi.org.co; juancamilo.gr@hotmail.com

**Introducción.** Presentación de datos clínicos y metabólicos de pacientes que ingresaron por urgencias con diagnóstico confirmado de isquemia mesentérica entre 2013 y 2015, haciendo énfasis en las variables que pueden predecir un diagnóstico e intervención más temprano en urgencias.

**Objetivo.** Informar marcadores bioquímicos consultados en bibliografía y en los datos obtenidos de los casos y su evidencia. Analizar variables clínicas y paraclínicas de los casos con isquemia intestinal. Generar un informe de los pacientes tratados por la enfermedad en el Hospital San Ignacio.

**Material y método.** Revisión de casos confirmados de isquemia mesentérica mediante consulta de base de datos entre 2013 y 2015; obtención y análisis de antecedentes, examen físico y laboratorios, desenlace y método diagnóstico. Análisis de regresión logística de los datos más frecuentes y relevantes. Consulta bibliográfica de marcadores, algoritmo e intervención temprana.

**Resultados.** La diferencia de iones fuertes efectiva baja es la causa más frecuente de acidosis metabólica para los casos. Todos los pacientes con uroanálisis disponible presentaron proteinuria, dato previamente no reportado. La isquemia arterial continúa como la más prevalente y de mayor mortalidad en el hospital universitario con mortalidad similar a la reportada. La proteína ligadora de ácidos grasos intestinal, es la enzima de mayor valor predictivo reportada para el diagnóstico temprano.

**Conclusión.** Las variables de mayor valor y relevancia son leucocitosis, alteración electrolítica, función renal, proteinuria como nuevo hallazgo y lactato. La proteína ligadora de ácidos grasos, es la enzima de mayor valor predictivo para el diagnóstico de isquemia hasta ahora reportada y continúa en estudios en diferentes campos de la cirugía para intervención temprana.

## ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA

01 - 036

### Consultorio rosado, experiencia de la eliminación de barreras de acceso a pacientes con patología de mama y cáncer. “La evolución de una idea”

*Mauricio Zuluaga, Luis Alberto Reyes, Luis Alberto Olave, Ivo Siljic*

Hospital San Juan De Dios de Cali, Colombia  
mauriciozuluagaz@yahoo.es

**Introducción.** La iniciativa del “Consultorio Rosado” nace para la detección y atención de pacientes con cáncer de mama en el hospital San Juan de Dios de la ciudad de Cali, hospital de II nivel de atención. Su cobertura se ha vuelto relevante para la captación de pacientes con cáncer en todas las especialidades.

**Objetivo.** Acabar en nuestro medio las barreras de acceso a los servicios de salud para mujeres con patología mamaria, que incluyen excesivos trámites administrativos entre otros, y disminuyen la posibilidad de un diagnóstico y un tratamiento oportuno.

**Material y Método.** En 2012 nace en el Hospital de San Juan de Dios, de Cali, el CONSULTORIO ROSADO, donde las pacientes con patología mamaria, NO NECESITAN remisión médica, cita previa, autorización de EPS, para acceder al servicio de salud. Se evaluó el crecimiento desde el año 2012 hasta 2015 y su proyección al 2016,

**Resultados.** La captación de pacientes, acabando con las barreras en la atención, muestra el progreso de una idea que es digna de replicación. Durante estos años se observó el incremento progresivo de la captación de pacientes y diagnóstico temprano de los pacientes con cáncer de mama y ahora la captación de pacientes con cáncer en las otras especialidades, lo que empezó como una idea para la atención de pacientes con cáncer de mama.

**Conclusión.** El desarrollo de estrategias para eliminar las barreras de acceso nos lleva a la equidad de la atención del cáncer de mama, adaptándonos a las necesidades de cada comunidad destinataria.

## 01 - 039

### ¿Se benefician los pacientes con tumores de colon mayores de 10 cm de la cirugía laparoscópica?

*Juan Carlos Valencia, Mauricio Zuluaga, Uriel Cardona, Ivo Siljic, Carlos Enrique Arenas, Pedro David Hurtado, Ana María Higueta*

Clínica Farallones De Cali – Clínica ESIMED Cali – Clínica DESA Cali, Colombia  
jkvalencia@gmail.com

**Introducción.** Los pacientes con tumores de colon son cada vez más frecuentes en la práctica diaria del cirujano general tanto en la consulta como en el servicio de urgencias. Infortunadamente la gran mayoría de ellos consulta en estados avanzados y con tumores de gran tamaño, muchos con compromiso hasta la serosa y grasa perirectal, compromiso de órganos vecinos o metástasis a distancia, ulceraciones con sangrado u obstrucción intestinal. No obstante, y a diferencia de otros tipos de tumores, estos siempre deben ser considerados para tratamiento quirúrgico. La laparoscopia es el método estándar para el abordaje de tumores de colon, sin embargo, existe discusión acerca de si los tumores de gran tamaño deben ser abordados por cirugía mínimamente invasiva o abierta.

**Objetivo.** Presentar los resultados de una serie de pacientes con tumores mayores de 10 centímetros operados por laparoscopia por nuestro grupo, mostrando los detalles técnicos de la cirugía y aportando a la discusión existente sobre el tema.

**Material y método.** En el período comprendido entre enero de 2014 y diciembre de 2015, nuestro grupo practicó un total de 118 resecciones de colon en sus diferentes segmentos, de estos, 34 pacientes tuvieron tumores que superaban los 10 cm en su diámetro mayor. Los abordajes se realizaron en todos los casos por laparoscopia. En todos los casos se efectuó ampliación de uno de los portales para la extracción final del tumor, en los casos de tumores de colon derecho y transversal las anastomosis fueron extracorpóreas usando grapadoras lineales; en tumores del lado izquierdo, las anastomosis se realizaron intracorpóreas con grapadora circular por vía transanal; 2 pacientes requirieron colostomía tipo Hartman por imposibilidad para realizar anastomosis.

**Resultados.** Los 34 pacientes con tumores de Colon mayores de 10 cm en cualquier localización fueron operados, el promedio de tamaño fue 10.7cm. Diecinueve pacientes presentaron tumores del colon derecho, su resección fue completamente laparoscópica, con excepción de un caso, en el que fue necesario convertir a cirugía abierta para disecar la última porción del tumor, adherida severamente al retroperitoneo; se presentó fuga de la anastomosis en dos pacientes, uno de ellos logró resolverse con reintervención por laparoscopia y otro por vía abierta. Un paciente fue reintervenido por laparoscopia por peritonitis, sin encontrar fuga de la anastomosis. Quince pacientes se presentaron con tumores del colon izquierdo, Sigmoides o recto superior, se logró la disección completa en 14 casos y uno de ellos fue necesario convertir a cirugía abierta. Todas las anastomosis fueron con grapadora circular y a 2 pacientes por la extensión tumoral fue imposible reconstituir el tránsito intestinal. Dos pacientes presentaron filtración de la anastomosis, uno de ellos requirió manejo con lavados por laparoscopia y refuerzo de la línea de sutura y otro fue necesario derivarlo por colostomía y tratamiento con abdomen abierto. No se realizaron ileostomías de protección. Una paciente con tumor extenso del ángulo esplénico que requirió conversión a cirugía abierta falleció posteriormente por múltiples complicaciones y comorbilidades. El tiempo quirúrgico promedio fue de 160 minutos. El sangrado promedio fue menor de 200 cc y no se requirieron transfusiones sanguíneas.

**Conclusión.** En la serie de casos tratados los tumores de colon de gran tamaño pudieron ser abordados por vía laparoscópica, disminuyendo el trauma quirúrgico, el sangrado y las probabilidades de complicación secundarias a cirugía abierta. La conversión a cirugía se efectuó cuando se consideró que no había probabilidad de resección completa por vía laparoscópica.

#### 01 - 057

##### **Cirugía mínimamente invasiva para el cáncer de recto**

*Jorge Bernal, Santiago Gómez, Mauricio Valencia, Juan David Martínez, Juan Pablo Gómez, Jorge Madrid, Felipe Solórzano, Martha Correa*  
Clínica Vida, Fundación Colombiana de Cancerología, Universidad CES, Medellín, Colombia.

**Introducción.** El primer reporte de resección de colon por laparoscopia se publicó en 1991. En la actualidad existen varios estudios que demuestran resultados equivalentes a la cirugía abierta para el manejo del cáncer de colon, con los beneficios de la laparoscopia. En referencia a cáncer de recto no se ha demostrado aún un beneficio superior, esto debido a la resección mesorectal, complicaciones intraoperatorias, posoperatorias y resultados oncológicos.

**Objetivos.** Dar a conocer la experiencia del servicio de cirugía mínimamente invasiva de la Clínica Vida para el manejo quirúrgico del cáncer de recto. Describir la técnica quirúrgica y resultados obtenidos, analizando variables clínicas, quirúrgicas y hallazgos de patología.

**Materiales y Métodos.** Serie de casos compuesta por 20 pacientes sometidos a cirugía mínimamente invasiva por cáncer en recto, durante el periodo comprendido entre noviembre de 2015 a abril de 2016.

**Resultados.** La edad promedio es de 62.7 años (35-88 años), se operaron de forma electiva 95 % y urgentes 5 %. No hubo conversiones a cirugía abierta. Se reportan complicaciones generales del 20 %. Tiempo operatorio promedio fue de 172.7 minutos (130-300 minutos), sangrado operatorio 131 ml (50-300 ml), inicio de la vía oral al primer día y estancia hospitalaria de 4 días (2-10 días).

**Conclusión.** La cirugía mínimamente invasiva para el manejo de cáncer de recto es un procedimiento factible y seguro que ofrece todos los beneficios de la mínima invasión como son: la recuperación temprana, menor estancia hospitalaria y mejor calidad de vida posoperatoria entre otros.

#### 01 - 058

##### **Cirugía de citorreducción más quimioterapia hipertérmica intraperitoneal realizada por el Centro de cuidado clínico de neoplasias del peritoneo, Colombia: primeros 100 casos**

*Fernando Arias, Jorge Otero, Eduardo Londoño, Gabriel Herrera, Natalia Cortés, Marcos Pozo, Lina Parra, Wilson Riaño, Laura Loaiza, Cristian Páez*  
Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, Colombia  
farias00@hotmail.com

**Introducción.** La Cirugía de Citorreducción más Quimioterapia Hipertérmica Intraperitoneal (CCR + HIPEC) cada vez es más realizada para el tratamiento de neoplasias peritoneales, reportando mejoría en la tasa de supervivencia y calidad de vida. Sin embargo, en la literatura son limitadas las publicaciones relacionadas con los desenlaces de seguridad y calidad. Los estudios respecto a la realización de este procedimiento en instituciones latinoamericanas son escasos.

**Objetivo.** Describir la experiencia, incluyendo desenlaces de seguridad y calidad de los primeros 100 casos de CCR + HIPEC realizados por el primer Centro de Cuidado Clínico de Neoplasias del Peritoneo acreditado internacionalmente.

**Material y método.** Serie de casos de pacientes llevados a cirugía de citorreducción más quimioterapia hipertérmica intraperitoneal entre diciembre de 2007 y diciembre de 2015. Para determinar asociación se usó el estadístico ji al cuadrado (X<sup>2</sup>) con nivel de significancia de  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Un total de 100 procedimientos de CCR+HIPEC fue realizado en el periodo de estudio. La mayoría de los pacientes fueron mujeres. Los tumores primarios más frecuentes fueron de origen apendicular y

ovárico. Los pacientes reportaron mejoría significativa de la calidad de vida. No hubo mortalidad al día 30 posoperatorio. Las tasas de infección y eventos tromboembólicos estuvieron dentro de los límites reportados, usándose profilaxis y medidas antitrombóticas estrictas.

**Conclusión.** La cirugía citorreductiva más HIPEC en pacientes apropiadamente seleccionados es un procedimiento que puede ser seguro y eficaz, realizado por personal entrenado y con experiencia. La mortalidad y complicaciones en este estudio fueron similares a lo reportado mundialmente.

## 01 - 059

### Tumores neuroendocrinos del íleon. Experiencia en un centro de referencia

*Óscar Guevara, Ana Bonilla, Ricardo Oliveros, Raúl Pinilla, Felipe Fierro, Alfredo Romero*

Instituto Nacional de Cancerología, Universidad Nacional de Colombia, Universidad Militar Nueva, Granada, Bogotá, D.C., Colombia  
oaguevarac@yahoo.com

**Introducción.** Los tumores neuroendocrinos (TNE) del intestino delgado son una enfermedad rara, por lo cual el cirujano debe estar familiarizado con su presentación. Se presenta la experiencia durante 5 años en una institución de referencia.

**Objetivo.** Caracterizar la población de tumores neuroendocrinos manejados, así como su presentación y su manejo instaurado.

**Material y método.** Serie de casos consecutivos que recibieron manejo quirúrgico en el Instituto Nacional de Cancerología en el periodo 2010 – 2015. Se tomaron los datos de las historias clínicas con las variables demográficas, de diagnóstico y manejo. Se presentan los datos con estadística descriptiva.

**Resultados.** Se intervinieron 20 pacientes, de los cuales en 15 se realizó resección y en 5 no fue posible por el compromiso central del mesenterio. La edad mediana fue de 61 años (RIQ 54-70). El 35 % tenían resección intestinal previa. El 25% de los pacientes tuvieron más de una lesión en íleon. Respecto a la Clasificación OMS 2010: Grado 1 45%, Grado 2 50% y Grado 3 5%. El 73% tuvieron simultáneamente resección de

metástasis hepáticas. En los últimos 4 pacientes se ha realizado inyección peritumoral de azul de metileno, como guía para elegir el margen intestinal.

**Conclusión.** La mayoría de pacientes con TNE del íleon llegan en estados avanzados con compromiso del mesenterio y de otros órganos. La evaluación de resecabilidad se completa intraoperatoriamente y la mayoría requiere resección hepática de metástasis. Los pacientes con resección previa, pueden tener lesiones no resecadas en el intestino delgado o los ganglios del mesenterio.

## 01 - 090

### Manejo de las neoplasias tipo GIST en la Clínica CES, Medellín

*Nathalie Carolina Villán, Camilo Naranjo, Daniela Sierra, Rogelio Matallana, Sergio Díaz*  
Universidad CES, Envigado, Antioquia  
naty\_villan@hotmail.com

**Introducción.** Los tumores estromales del tracto gastrointestinal (GIST por sus siglas en inglés) son neoplasias originadas en el tejido mesenquimal.

**Objetivo.** Presentar la experiencia de manejo de los pacientes con neoplasias tipo GIST en la Clínica CES.

**Material y método.** Desde el 1 de enero de 2009 hasta el 31 de diciembre de 2015 fueron diagnosticados 12 pacientes con neoplasia tipo GIST. Se incluyeron pacientes que fueran a ser tratados por primera vez y se excluyeron pacientes a los que no se les realizó manejo quirúrgico. Las intervenciones fueron realizadas según la localización de la lesión y se estudió: el método diagnóstico, la presencia de metástasis, las complicaciones derivadas del procedimiento, así como el tamaño de las lesiones y si se realizó una resección oncológica completa.

**Resultados.** El promedio de la edad de los pacientes fue de 50,2 años. Los síntomas principales fueron melenas y rectorragia (75 %). El principal sitio de localización del tumor fue el estómago (50 %), seguido del yeyuno (41,6 %) y el duodeno (8,33 %). No se detectó metástasis en ninguno de los pacientes. En cuanto al manejo quirúrgico: 4 se realizaron urgentes y 8 electivos. El 75 % de los pacientes se intervino por técnica laparoscópica. Se presentaron complicaciones en 2 pa-

cientes y la complicación en ambos fue filtración de la anastomosis. Al 100 % de los pacientes se les realizó una resección oncológica completa y el promedio de la estancia hospitalaria fue de 9.92 días.

**Conclusión.** La neoplasia tipo GIST es un tipo de tumor poco frecuente pero con morbilidad equiparable a otras neoplasias del tracto digestivo.

## CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA

### 01 - 038

#### Lecciones aprendidas después de 500 apendicetomías laparoscópicas

*Juan Carlos Valencia, Mauricio Zuluaga, Uriel Cardona, Ivo Siljic, Carlos Enrique Arenas, Pedro David Hurtado, Ana María Higueta, Andrés Jaramillo, John Eduardo Cañas*

Clínica Farallones de Cali – Clínica ESIMED, Cali, Colombia  
jkvalencia@gmail.com

**Introducción.** La apendicitis aguda se mantiene como una de las principales causas de consulta en nuestros servicios de urgencias. Actualmente el abordaje mínimamente invasivo por laparoscopia es el pilar fundamental para la confirmación del diagnóstico y la resolución de la enfermedad. Nuestro grupo de trabajo ha sido pionero en la ciudad de Cali en la implementación de la apendicetomía laparoscópica como tratamiento de la apendicitis aguda en los últimos 6 años en varias clínicas de la ciudad.

**Objetivo.** Dar a conocer las experiencias acumuladas durante este periodo con nuestros pacientes, compartiendo los aciertos y desaciertos, de manera que puedan ser tomados en cuenta por quienes ejecutan este tipo de procedimiento y contribuyan en la optimización de su práctica diaria.

**Materiales y método.** Se recopila información de forma retrospectiva en las primeras 500 apendicetomías laparoscópicas practicadas por nuestro grupo, identificando las principales variables demográficas, complicaciones, variaciones a la técnica quirúrgica, estancia hospitalaria y microbiología de la apendicitis.

**Resultados.** En nuestro grupo, encontramos en concordancia con la literatura, una mayor incidencia entre los pacientes jóvenes de 15 a 25 años de edad, con

distribución similar entre hombres y mujeres, mayor tendencia a las complicaciones en pacientes mayores y disminución de los hallazgos de apéndices sanas en el resultado histológico. Del total de pacientes, 15 correspondieron a mujeres embarazadas. Se realizaron estudios microbiológicos en el 20 % de los casos, correspondientes a presentaciones complicadas, hallando resultados inesperados, con presencia de gérmenes resistentes provenientes de la comunidad. Todos los pacientes que no presentaban apendicitis complicada fueron manejados de forma ambulatoria, dándose de alta una vez cumplida los criterios de recuperación.

En 20 % de los abordajes se realizó con técnica de 1 solo puerto umbilical sin utilización de trócares, requiriendo conversión a técnica de 3 trócares en el 10 % de los casos. La conversión global a técnica abierta (laparotomía mediana infra umbilical), fue necesaria en 3 casos. La necesidad de reintervención fue del 5 % (25 pacientes), asociada a casos de peritonitis y de estos, aproximadamente el 50 % fue resuelto por vía percutánea, el 30 % por vía laparoscópica y el 20 % por vía abierta con laparotomía mediana y manejo con abdomen abierto. En ningún caso se utilizó Incisión tipo Rocky Davis. No hubo ninguna mortalidad dentro del grupo total de pacientes.

**Conclusión.** La laparoscopia es el método de elección para el abordaje de pacientes con alta sospecha clínica de apendicitis aguda en cualquier etapa de su vida y aun en estado de gestación; la técnica permite variaciones a las descripciones estándares, es segura y efectiva y permite el egreso precoz de los pacientes no complicados.

### 01 - 042

#### Biopsia ganglionar retroperitoneal por laparoscopia

*Raúl E. Pinilla, Ricardo Oliveros, Helena Facundo*  
Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C., Colombia  
helefacus@gmail.com

**Introducción.** La biopsia ganglionar es un procedimiento diagnóstico frecuente y de gran utilidad en la clínica. Cuando se trata de biopsiar ganglios periféricos, el procedimiento suele ser sencillo y la decisión de realizarlo también. Ahora bien, cuando resulta necesario acceder a ganglios retroperitoneales, el abordaje se torna más complicado y los riesgos aumentan.

La laparoscopia permite realizar estas biopsias con los beneficios de la mínima invasión y mantener un alto rendimiento diagnóstico.

**Objetivo.** Presentar una serie de casos de biopsia ganglionar retroperitoneal por laparoscopia con fines diagnósticos y discutir los aspectos técnicos del procedimiento.

**Material y método.** Se revisan los casos y se presentan los aspectos demográficos, los diagnósticos e indicaciones para el procedimiento, la evaluación imaginológica previa y los resultados de patología. Se discuten también los aspectos técnicos del abordaje quirúrgico.

**Resultados.** Se presentan 15 casos operados entre julio de 2011 y mayo de 2016. Se trata de 10 mujeres y 5 hombres con edad promedio 52 años, todos estudiados previamente con tomografía axial computarizada contrastada de abdomen y algunos con tomografía por emisión de positrones. El diagnóstico más frecuente que indicó la biopsia fue sospecha de linfoma como caso inicial o como posible recaída durante el seguimiento. En todos los casos se obtuvo un diagnóstico histopatológico que impactó la toma de decisiones.

**Conclusión.** El abordaje laparoscópico para la biopsia ganglionar retroperitoneal tiene los beneficios de la mínima invasión y un buen rendimiento diagnóstico, siempre que se evalúen juiciosamente los casos a realizar y se mantenga una técnica depurada.

## 01 - 088

### ¿Cansado después de cirugía? Ergonomía y cirugía mínimamente invasiva

*Mauricio Zuluaga, Ivo Siljic, Juan Carlos Valencia, Uriel Cardona*

Hospital Universitario del Valle, Clínica Farallones, Clínica SaludCoop ESIMED, Cali, Colombia  
mauriciozuluagaz@yahoo.es

**Introducción.** Comodidad, tranquilidad y la adaptación de las condiciones laborales para hacer de la cirugía un acto no agotador, ¿lo estamos haciendo bien?

**Objetivo.** Revisar el concepto de la ergonomía aplicado en la cirugía y todas las implicaciones que tiene en cirugía mínimamente invasiva.

**Material y método.** Revisión de la literatura aplicada en la práctica diaria con el concepto de comodidad y la

adaptación a la práctica diaria en cirugía mínimamente invasiva. Estudio de todos los “detalles” relacionados con el acto operatorio, la importancia que tienen estos desde la comunicación paciente – familia - cirujano, hasta los detalles más mínimos de la cirugía como la posición del paciente, la localización de los elementos de cirugía, las torres de video laparoscopia, la posición del cirujano, los ángulos de trabajo, todo esto integrado para hacer del acto operatorio un acto libre de obstáculos diferentes a lo relacionado con la cirugía.

**Resultados.** La ergonomía aplicada en la cirugía mínimamente invasiva hace parte fundamental en el momento de realizar un acto quirúrgico. El estudio de los detalles para realizar un acto operatorio sin complicaciones no relacionadas con el momento de la cirugía permite disminuir el concepto fatiga-error.

**Conclusión.** La ergonomía es la adaptación del entorno para que las condiciones laborales sean agradables y fructíferas en el momento de tener resultados. La integración de este concepto en la práctica de la cirugía mínimamente invasiva ha hecho que la cirugía tenga mejores resultados disminuyendo la fatiga y los errores relacionados con el acto operatorio.

## TRASPLANTES

### 01 - 068

#### Manejo de la estenosis ureteral en trasplantados renales

*Luis Manuel Barrera, Jaime Alberto Ramírez, Camilo Tarazona, Fabio Vergara, Daniel Camilo Aguirre, Diana Tamayo, Deimer Mercado*

“IPS UNIVERSITARIA” Clínica León XIII, Medellín, Colombia  
luismanuelbarrera@gmail.com

**Introducción.** La estenosis del uréter en el trasplante renal se produce en el 3 % de los pacientes trasplantados. La estenosis ureteral puede ocurrir meses o años luego de un trasplante exitoso. Su inapropiado manejo puede llevar a pérdida de la vía urinaria y del injerto.

**Objetivo.** Describir la experiencia en el manejo quirúrgico de las estenosis ureterales postrasplante renal en un centro de tercer nivel en los últimos 6 años.

**Material y método.** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo entre septiembre de 2010 a marzo de 2016 de los pacientes trasplantados renales de donante fallecido, que presentaron estenosis ureteral durante su seguimiento. Los desenlaces evaluados fueron: mortalidad, tasa de pérdida del injerto post-reconstrucción, tasa de re-estenosis.

**Resultados.** De 301 pacientes trasplantados renales de donante fallecido, se presentaron 12 (4 %) estenosis ureterales. Diez de las estenosis se presentaron en el tercio inferior, uno en el tercio medio y otro en el superior. Las complicaciones de la vía urinaria que precedieron la estenosis fueron: fistula urinaria 33.3 %, catéter ureteral persistente 16.7 %, necrosis ureteral 8.3 % y linfocele obstructivo en un paciente. La corrección definitiva se realizó mediante: reureteroneocistostomía en 4 (33.3 %) pacientes, pieloureterostomía con uréter nativo en 4 pacientes, tres (25 %) con colocación antegrada de catéter ureteral y un paciente con nefrostomía mas drenaje de linfocele. Se presentó re-estenosis en un solo paciente. La tasa de pérdida del injerto fue del 16.7 % (2) y su causa fue rechazo crónico. La mortalidad documentada fue del 8.3 % (un paciente) y su causa fue una sepsis pulmonar.

**Conclusión.** La estenosis ureteral es una complicación poco frecuente luego del trasplante renal, su manejo mediante nefrostomía mas derivación quirúrgica definitiva ofrece una alternativa segura para su manejo.

01 - 069

### **Falla intestinal y rehabilitación. Experiencia en la “IPS UNIVERSITARIA”**

*Jaime Alberto Ramírez, Luis Manuel Barrera, Camilo Tarazona, Fabio Vergara, Daniel Camilo Aguirre, Diana Tamayo*

“IPS UNIVERSITARIA” Clínica León XIII, Medellín, Colombia  
ramirezarbelaezj@gmail.com

**Introducción.** Mientras la falla orgánica y de sistemas ha sido reconocida por mucho tiempo como la característica principal del paciente críticamente enfermo, la falla del sistema gastrointestinal como potencial causante de enfermedad crítica apenas recientemente ha cobrado interés. El pronóstico de la falla intestinal está

relacionado con la causa, la edad, la longitud del intestino remanente y el tipo de resección anatómica. Es una entidad con alta tasa de morbimortalidad de no ser manejada en un programa de Rehabilitación intestinal.

**Objetivo.** Describir las características sociodemográfico, clínico y anatómicas de los pacientes con falla intestinal y de los factores pronóstico relacionados con la rehabilitación.

**Material y método.** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo desde marzo de 2011 a marzo de 2016 de los pacientes diagnosticados con falla intestinal en el servicio de trasplantes de la “IPS UNIVERSITARIA”. Los resultados evaluados fueron: mortalidad de los pacientes con falla intestinal, sobrevida después de rehabilitación y factores pronóstico.

**Resultados.** Se diagnosticaron 56 pacientes con falla intestinal, 36 (64.2 %) hombres y 20 (35.8 %) mujeres. La principal causa fue fistula intestinal sobre abdomen abierto 46 (82.1 %), el yeyuno fue el sitio anatómico más frecuente 17 (36.9 %), el tiempo promedio de estancia hospitalaria fue de 88.75 días, con mortalidad global de 17.85 %. En los demás pacientes 46 (82.15 %) fue posible discontinuar la nutrición parenteral debido a que se pudo lograr la autonomía intestinal.

**Conclusión.** La falla intestinal manejada en programas de rehabilitación intestinal y asociada a cirugías reconstructivas tiene altas tasas de éxito en términos de suspensión de la nutrición parenteral y autonomía intestinal, aunque, con altos índices de morbimortalidad.

## **TRAUMA**

01 - 070

### **Soldados traumatizados víctimas del conflicto armado. El antes y el después de las conversaciones de paz**

*Carlos A. Ordóñez, Alberto F. García, Michael W. Parra, Sara Escobar, Juan P. Herrera, Marisol Badiel, Mónica Morales, Cecibel Cevallos, Juan Gabriel Bayona, Luis F. Pino, Juan Carlos Puyana*  
Fundación Clínica Valle del Lili, Cali, Colombia  
jgbayona@hotmail.com; alberto.garcia@correounivalle.edu.co

**Introducción.** Desde el año 2013 se iniciaron las conversaciones de paz buscando terminar el conflicto armado. Existe la percepción subjetiva de una reducción de la intensidad del conflicto después del inicio del proceso.

**Objetivo.** Describir las características del trauma en militares ingresados a nuestra institución entre 2011 y 2015. Analizar el impacto en la cantidad de víctimas, la severidad de las lesiones y el desenlace, posterior al inicio del proceso.

**Material y método.** Estudio retrospectivo del personal militar manejado en un centro de referencia de trauma desde enero de 2011 a diciembre de 2015. Los sujetos fueron divididos en dos grupos: aquellos admitidos antes del inicio del proceso de paz (Noviembre de 2012) y los admitidos posteriormente. Se recolectaron información demográfica, escalas de severidad de trauma, morbilidad y mortalidad global, las cuales fueron comparadas entre los grupos.

**Resultados.** Se incluyeron 422 individuos víctimas del conflicto armado, 99 % fueron hombres con edad de  $26 \pm 5$  años; 263 pacientes (60 %) fueron ingresados antes del inicio del proceso y 179 (40 %) luego del inicio del mismo, con un promedio de 11.4 y 4.8 víctimas por mes respectivamente y una tendencia significativa a la reducción ( $p < 0.05$ ). Los pacientes con ISS  $\geq 9$  disminuyeron de 47 % a 27 % y la tasa de amputación se redujo de 47 % a 27 %, dentro de quienes tenían trauma de extremidades. La proporción de pacientes intervenidos quirúrgicamente y la mortalidad no variaron significativamente.

**Conclusiones.** Se observó una reducción significativa en el número de víctimas y la severidad del trauma después del establecimiento del proceso de paz.

## 01 - 071

### **Factores de riesgo para insuficiencia renal aguda en pacientes con rhabdomiólisis traumática**

*Alberto García, Juan Gabriel Bayona, Nathalia Martínez, Sebastián Ossa, Juan Manuel Martínez, Manuel Moreno, Dary Neicce Villa*  
Fundación Clínica Valle del Lili, Cali, Colombia.  
jgbayona@hotmail.com; alberto.garcia@correounivalle.edu.co

**Introducción.** La rhabdomiólisis se ha asociado con el desarrollo de disfunción renal aguda (DRA) en trau-

ma. Los estudios de esta asociación utilizando análisis multivariado son escasos. El papel protector del  $\text{NaH}_2\text{CO}_3$  es controvertido.

**Objetivo.** Identificar los factores de riesgo de DRA en pacientes con rhabdomiólisis traumática (RT).

**Material y método.** Se analizaron retrospectivamente traumatizados adultos, con mediciones de CPK, tratados durante 2011-2015. Se registraron mecanismo/severidad del trauma, los niveles de CPK, lactato, balance de líquidos, administración de medio de contraste o  $\text{NaH}_2\text{CO}_3$ . El desenlace principal fue el desarrollo de DRA (puntaje  $\geq 1$  en escala KDIGO). La evaluación de predictores independientes de DRA fue realizada mediante regresiones logísticas uni y multivariadas.

**Resultados.** Se incluyeron 315 pacientes. Se encontró DRA en 75 (23.8 %). La mediana de ISS fue 21 (RIC 16-29). La mediana de CPK inicial fue 1662 (RIC 770-4125). En el análisis univariado una CPK  $> 5000 \text{u/Lt}$  se asoció con riesgo de DRA (OR=2.78, IC95 % 1.29-4.3). En el análisis multivariado la edad, el AIS torácico, el nivel de ácido láctico inicial, el APACHE-II y una CPK  $> 5000 \text{u/Lt}$ , se asociaron independiente al riesgo de DRA. La dosis total de  $\text{NaH}_2\text{CO}_3$ , se asoció con mayor riesgo, con un nivel de significancia estadística cercana al límite ( $p = 0.55$ , OR 1.14, IC95 % 0.99 – 13.2).

**Conclusiones.** En pacientes con RT una CPK  $> 5000 \text{u/Lt}$  se asoció con aumento del riesgo de DRA. Este riesgo aumentó con la edad, el AIS torácico y la concentración inicial de ácido láctico. El suministro de  $\text{NaH}_2\text{CO}_3$  mostró un incremento no significativo del riesgo.

## 01 - 072

### **Manejo no operatorio del trauma penetrante de abdomen, en que pacientes realizarlo**

*Marcela Vidal, Laureano Quintero, Carlos Ordóñez, Paola Calderón*  
Universidad del Valle, Cali, Colombia  
mmarce\_9956@hotmail.com

**Introducción.** El trauma abdominal penetrante ha aumentado en las últimas décadas; su evaluación y manejo son desafiantes y evolutivos.

**Objetivo.** Ratificar la seguridad del manejo no operatorio de lesiones abdominales penetrantes y deter-

minar características de los pacientes y lesiones que pueden manejarse no operatoriamente en un Hospital Nivel III.

**Material y método.** Previa autorización Bioética. Estudio Cohorte prospectivo, de pacientes diagnosticados de trauma penetrante abdominal ingresados por emergencia en Hospital Público de Cali, desde febrero 19 hasta mayo 19 del 2016 que cumplieron criterios de inclusión y exclusión. Análisis estadístico: Software STATA (Data Analysis and Statistical Software).

**Resultados.** En 3 meses registramos 46 pacientes, 91.30 % (n=42) masculinos, edad promedio 25.59±8.56 años; 50 % arma fuego y 50 % arma cortopunzante; laparotomía exploratoria 52.17 % (n=24), laparotomía innecesaria 2.17 % (n=1).

Manejo no operatorio 47.82 % (n=22); 77.27 % (n=17) arma cortopunzante y 22.72 % (n=5) arma fuego; todos hemodinamicamente estables, 36.36 % (n=8) abdomen anterior, 36.36 % (n=8) toracoabdominal posterior, 13.36 % (n=3) toracoabdominal anterior y 13.36 % (n=3) lumbar, al 100 % de los pacientes se le realizaron examen físico cada 6 horas, 22.72 % (n=5) requirieron tomografía abdominal, promedio estancia hospitalaria 2 (2-3) días; mortalidad/complicaciones un mes post-trauma 0 % (n=0).

**Conclusión.** El manejo no operatorio del trauma abdominal penetrante es seguro, respetando el protocolo estricto de selección y seguimiento; en pacientes hemodinamicamente estables, realizando examen físico seriado, independientemente de región abdominal lesionada; todo siempre y cuando sea en un Hospital Nivel III y cuente con cirujano de trauma y quirófano disponibles.

#### 01 - 073

##### **Trauma penetrante de cuello, hallazgos clínico quirúrgicos en el Hospital Universitario de Santander**

Luis Alejandro Rivero, Álvaro Antonio Herrera,  
Reynaldo Rodríguez, Estephanie López  
Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia  
luisalejandromd@gmail.com

**Introducción.** El cuello es una zona vulnerable que comprende múltiples sistemas y estructuras vitales.

**Objetivo.** Describir hallazgos clínico quirúrgico del enfoque terapéutico de pacientes con trauma pen-  
te de cuello, atendido en el Hospital Universitario de Santander.

te de cuello, atendido en el Hospital Universitario de Santander.

**Material y método.** Estudio observacional, descriptivo. Se revisaron 39 historias clínicas entre segundo semestre del 2015 y primer semestre del 2016. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con lesión penetrante de cuello, se excluyeron pacientes con trauma encefálico asociado y fallecidos antes de cirugía. Se tuvo aprobación por Comité de ética institucional.

**Resultados.** Se incluyeron 39 pacientes. El promedio de edad fue 31,7 años. El 94,8 % fueron hombres. La zona del cuello mas afectada fue la zona II con 58,9 % (n=23). El mecanismo de trauma más frecuente fue herida por arma cortopunzante con 87 %. Ningún paciente tuvo compromiso de vía aérea, menos del 2 % tuvieron signos inequívocos de cirugía. De los pacientes con herida en zona I (n=2), 4 tuvieron lesión pleural. Al 84 % (n=33). Se les realizó angiotomografía de vasos de cuello con reconstrucción 3D. El 23 % (n=9) fueron llevados a cirugía; 17,95 (n=7) presentaron lesión vascular en donde predominó la lesión venosa (n=6). El 43 % (n=17) de los pacientes tuvo herida en otras partes del cuerpo, de ellos 9 pacientes requirieron manejo quirúrgico por causa diferente a la lesión de cuello.

**Conclusión.** El trauma penetrante de cuello es frecuente en nuestro medio, usualmente acompañado de otras regiones lesionadas. El hallazgo quirúrgico más frecuente fue lesión vascular venosa. El manejo es selectivo por zonas.

#### 01 - 074

##### **Trauma torácico penetrante: nuevo predictor de apertura del tórax**

Mario Alain Herrera, Whitney Stefanny Córdoba,  
Aura María Calderón, Jaquelin Hinstroza, Carlos  
Armando Echandia  
Universidad del Valle - Hospital Universitario del Valle,  
Cali, Colombia  
hmarioalain@yahoo.com

**Introducción.** La violencia es la segunda causa de muerte en Colombia, ocupando el primer lugar la ciudad de Cali. El 10 % de los pacientes ingresan por trauma torácico, el 15 % requieren apertura del tórax y la mortalidad es 10 %. El objetivo es identificar los factores asociados a la apertura del tórax (ADT).

**Materiales y Métodos.** Entre junio a diciembre de 2009 se realizó un estudio de casos y controles en una cohorte de trauma torácico penetrante. Se realizó un análisis de independencia a través del estadístico chi cuadrado o test de Fisher y finalmente una regresión logística múltiple para determinar los factores asociados a la ADT.

**Resultados.** Se analizaron 216 pacientes, con una edad promedio de 27 años, 93 % hombres. Ingresaron 35 casos y 181 controles. La mortalidad fue del 28,6 % en el de ADT y 2,2 % en el control. Los factores predictores de ADT fueron: Hemo-tórax  $\geq 1000$  cc [OR: 17,7 IC95 %: 3,7-85,7] y el Inverso del índice de choque (Presión sistólica/ Frecuencia cardiaca)  $< 0,9$ : [OR: 7,8 IC: 95 % 1,8-34,5].

**Discusión:** El drenaje por el tubo de tórax y la presión sistólica varía de acuerdo a los grupos. Los resultados del presente estudio integran las variables drenaje por el tubo y el estado hemodinámico como predictores de ADT.

**Conclusiones.** Los resultados nos orientan a que los pacientes a riesgo de acuerdo al inverso del índice de choque y evidencia de hemo-tórax deben ser reanimados en sala de cirugía ya que la probabilidad de ADT es mayor del 60 % y se activaría el sistema salvador de células.

EL drenaje por el tubo de tórax y la presión sistólica para llevar a ADT varía de acuerdo a los grupos y el presente estudio integra las variables drenaje por el tubo y el estado hemodinámico. Los resultados confirman que el estado hemodinámico y el grado de hemo-tórax son determinantes en la ADT. El índice de choque no mostro ser buen predictor.

## 01 - 075

### **Manejo conservador del trauma precordial penetrante estable con ventana pericárdica positiva por toracoscopia**

*Marcela Vidal, Adolfo González, Carlos Ordóñez, Paola Calderón, Marisol Badiel*  
Universidad del Valle - Hospital Universitario del Valle  
Evaristo García, Cali, Colombia  
mmarce\_9956@hotmail.com

**Introducción.** Las heridas precordiales penetrantes (HPCP) son cada vez más frecuen-tes. De cada 100

pacientes con HPCP hemodinamicamente estables, 15 a 20 tienen herida oculta de corazón. La ventana pericárdica puede realizarse subxifoidea laparoscópica con ventana transdiafragmática o toracoscopia si la pleura fue violada. Cuando la ventana es positiva el protocolo es toracotomía o esternotomía; muchas de éstas cirugías son no terapéuticas ya que se encuentran pequeñas lesiones pericardio parietal o visceral no sangrantes.

**Objetivo.** Presentar pacientes con HPCP con ventana pericárdica positiva por toracosco-pia a quienes realizamos manejo conservador de lesiones cardiacas.

**Material y método.** Serie casos registrados de septiembre de 2015 a abril 2016 en un Hospital Público Nivel III en la ciudad de Cali. Se trata de un grupo de pacientes con HPCP hemodinamicamente estables a quienes se les realizo manejo conservador de sus lesiones cardiacas posterior a ventana pericárdica positiva por toracoscopia.

**Resultados.** Tres pacientes masculinos con HPCP por arma cortopunzante de 48, 68 y 15 años respectivamente; el primer paciente ingreso con herida paraesternal, tercer espacio intercostal derecho; el segundo con herida tercer espacio intercostal izquierdo, línea medio clavicular y el tercero presento herida paraesternal, segundo espacio intercostal izquierdo. En todos los pacientes FAST negativo y toracostomías por neumotórax previo cirugía; realizamos ventana pericárdica por toracoscopia con resultado positivo, luego pericardiotomía identificando lesión cardiaca GII en todos los pacientes, remoción de coagulo, lavado sin evidenciar sangrado activo, se dejó toracostomía, radiografía de tórax control: pulmones expandidos. 2 días después se retiro toracostomía y se dio de alta; no se presentó ninguna complicación ni reingreso.

**Conclusión.** Los pacientes con HPCP hemodinamicamente estables y con ventana peri-cardica positiva por toracoscopia, que presentan lesión cardiaca sin sangrado activo, son susceptibles de manejo conservador; ésta es una técnica mínimamente invasiva y menos mórbida, siendo tan segura como las abiertas.

## 01 - 076

### **Lesión esofágica: experiencia en una institución nivel III del sur colombiano**

*Rolando Medina, Juan José Rubio, María Alejandra Rubio, Manuel Alejandro Ospitia, Juan Sanjuán,*

*Pilar Cristina Rivera, Wilmer Fernando Botache*  
Universidad Surcolombiana, Neiva, Colombia  
drjuansanjuan@gmail.com

**Introducción.** Las lesiones penetrantes en el esófago son extremadamente raras (menos del 0.5 %), se relacionan con alta morbilidad 30-66 % y mortalidad del 20 %. Existe un desafío diagnóstico y terapéutico, dada su severidad se requiere un abordaje oportuno y un manejo agresivo para evitar secuelas y complicaciones.

**Objetivo.** Describir las complicaciones del trauma esofágico.

**Material y método.** Análisis descriptivo de subgrupo de una cohorte retrospectiva (2003-2013) de pacientes con trauma quirúrgico. La severidad del trauma fue evaluada mediante la clasificación AAST.

**Resultados.** Del total de 2.390 casos de trauma quirúrgico registrados solo 10 (0.4 %) corresponden a trauma de esófago. Todos los casos fueron observados en hombres, con una mediana de edad de 26 años (RIC= 19-35). La causa de la lesión más frecuente fue herida por proyectil de arma de fuego en 6 pacientes, seguido de herida por arma corto punzante en 2 pacientes y de onda expansiva en los 2 pacientes restantes. El RTS en la mayoría de pacientes fue de 7.84 (RIC= 7.47-7.84).

La severidad del trauma esofágico fue grado II en 7 pacientes y grado III en 3 pacientes. Se observaron lesiones vasculares asociadas en 2 pacientes. Todos los pacientes fueron llevados a reparo primario de la lesión. La complicación más frecuente encontrada fue la fistula traqueo esofágico en 4 pacientes. Siete pacientes requirieron reintervención. No se presentó mortalidad.

**Conclusión.** Las lesiones esofágicas en trauma de manejo quirúrgico son infrecuentes, no se observaron muertes en esta serie. Las complicaciones relacionadas son la fistula traqueo esofágico y la necesidad de gastrostomía y traqueotomía.

## EDUCACIÓN Y BIOÉTICA

01 - 015

**Es una necesidad para el cirujano general actual certificarse en cirugía mínimamente invasiva?**

*Juan Carlos Valencia, Mauricio Zuluaga, Uriel Cardona, Ivo Siljic*

Clínica Farallones De Cali – Clínica ESIMED, Cali,  
Colombia  
jkvalencia@gmail.com

**Introducción.** La cirugía mínimamente invasiva redefine la Cirugía General, es decir establece una nueva teoría quirúrgica. No es simplemente una forma alternativa de practicar las intervenciones quirúrgicas, cada día se ratifica que es la forma ideal de operar a nuestros pacientes. Desde la implementación de la colecistectomía por laparoscopia pasaron décadas para que los cirujanos incursionáramos en otros procedimientos. Sin embargo, hoy en día es una necesidad sentida para el cirujano abordar una gran cantidad de patologías con técnicas de invasión mínima y para eso debe existir una formación académica y práctica.

**Objetivo.** Mostrar la experiencia de un grupo de cirujanos generales entrenados en cirugía mínimamente invasiva en un programa de educación teórica y práctica que nos ha permitido cambiar la forma de practicar la Cirugía General en nuestra cotidianidad y mejorar los resultados con nuestros pacientes.

**Material y método.** Cuatro cirujanos generales egresados de la misma promoción de residencia de la Universidad del Valle, decidimos establecer un equipo de trabajo desde nuestra graduación, de igual forma compartimos la expectativa por mejorar nuestra práctica e incursionar en cirugía de invasión mínima, aplicamos y fuimos admitidos a un programa formal de posgrado en cirugía mínimamente invasiva en la Universidad Positivo en alianza con el Instituto Jacques Perissat de Curitiba, Brasil. Cursamos nuestro entrenamiento entre marzo de 2013 y junio de 2014, recibiendo reconocimiento especial por nuestro trabajo de equipo y por los trabajos de grado. A partir de entonces hemos cambiado nuestra práctica diaria de la cirugía, reservando la cirugía abierta.

**Resultados.** Desde el año 2014 hasta la fecha nuestra práctica de la Cirugía General ha cambiado y ahora los procedimientos de cirugía abierta los reservamos a pacientes inestables secundarios a trauma, casos severos de sepsis abdominal y por supuesto la cirugía de tejidos blandos en superficie. Desde entonces hemos acumulado una casuística importante y hemos podido disminuir los tiempos de resolución de las patologías de estos pacientes resolviendo entre otras las urgencias oncológicas e infecciosas de manera adecuada.

Dentro de los casos efectuados por los cirujanos del equipo podemos mencionar: 150 resecciones de colon, 102 gastrectomías, 80 herniorrafias inguinales, 50 ventanas pericárdicas por laparoscopia, 42 reparaciones de hernias ventrales, 38 videotorascopias, 30 neurolisis de plexo celiaco, 16 cirugías de hiato esofágico y acalasia, 17 pancreatoduodenectomías, 12 reparaciones de diafragma por múltiples causas, 10 esplenectomías, 8 pancreatectomías distales, múltiples abordajes por trauma y peritonitis.

**Conclusión.** La cirugía mínimamente invasiva es la forma de efectuar la gran mayoría de los casos de consulta actual tanto ambulatoria como urgente en la actualidad y requiere que el cirujano general esté preparado para abordar cómodamente y de forma segura este tipo de situaciones, así como ha estado preparado para afrontarlas de manera abierta.

#### 01 - 016

##### **Evaluación de las actitudes hacia el profesionalismo de los estudiantes de medicina de la Universidad Surcolombiana**

*Adonis Tupac Ramírez, Álvaro Sanabria, Jorge Gómez, Jefferson Jara, Juan David Alvis*

Hospital Universitario de Neiva - Universidad Surcolombiana, Neiva, Colombia. Clínica Vida Medellín - Universidad de Antioquia.

adonistupac@gmail.com

**Introducción.** En las últimas décadas la investigación ha tenido un amplio interés sobre la educación médica de pre y posgrado, este interés es consecuencia de la necesidad de tener un análisis del entorno y el aprendizaje del entrenamiento profesional. Cada vez es más evidente la preocupación de la sociedad por la calidad profesional del médico.

**Objetivo.** Descripción de la técnica quirúrgica y de una serie de pacientes.

**Metodología.** Estudio observacional de corte transversal. Se realizó la encuesta tipo Likert de la adaptación cultural de la escala del “Penn State College Of Medicine” a 89 estudiantes de los semestres 5 a 12. Los resultados se tabularon en una base de Excel y para su análisis se dividieron en dos grupos de estudiantes llamados Clínicas I (5 a 8 semestre) y Clínicas II (9 a

12 semestre). Además, se dividieron las respuestas en positivo y negativo. Se usó el programa Stata 11 y se realizó test de Fisher para valorar la significancia.

**Resultados.** La edad media fue de 23 años, 55 eran hombres y 34 mujeres; 40 estudiantes pertenecían al grupo de Clínicas I y 49 al grupo de Clínicas II.

No se presentaron cambios negativos en las actitudes en los dos grupos de estudiantes en todas las variables medidas.

**Conclusiones.** La gran mayoría de las actitudes por parte de los estudiantes de pregrado fueron positivas y orientadas hacia el profesionalismo, demostrando respeto por el paciente y por los colegas, así como un deseo constante de mejoramiento personal.

#### 01 - 017

##### **Formación pedagógica de los docentes de medicina de la Universidad Surcolombiana**

*Adonis Tupac Ramírez, Sergio Cuellar, Felipe Muñoz, Paola Andrea Puerto*

Hospital Universitario de Neiva - Universidad Surcolombiana, Neiva, Colombia  
adonistupac@gmail.com

**Introducción.** Estudios realizados con profesores de medicina revelan que la docencia universitaria es considerada una actuación secundaria a la profesión médica y que la carrera de docente no es una profesión, por esta razón se observa el poco interés de los docentes en capacitarse en docencia universitaria, además de esto, los contratos de los docentes en su mayoría son catedráticos de medio tiempo, lo cual disminuye la posibilidad de dedicación del profesor a su formación pedagógica.

**Objetivo.** Describir el nivel de formación y la experiencia en educación universitaria de los docentes del programa de Medicina de la Universidad Surcolombiana.

**Metodología.** Se realizó un estudio metodológico descriptivo, prospectivo, de corte transversal. El instrumento de recolección de datos fue una encuesta con grupos de preguntas cerradas que evaluaron años de ejercicio como profesores, nivel académico, presencia o no de estudios formales en educación universitaria

y la metodología más utilizada. Este instrumento fue aplicado a 68 profesores que participaron voluntariamente.

**Resultados.** Respecto al objetivo general, se encontró que el 63,2 % (n=43) de los docentes cuenta con estudios posteriores en educación, sin embargo en el 74,4 % de este grupo (n=32) se trata de un diplomado de obligatoria realización para el ejercicio docente en la institución.

**Conclusiones.** El estudio constató la importancia de los conocimientos de la experiencia en la formación pedagógica de los profesores estudiados y apuntó la necesidad de realizar proyectos institucionales de desarrollo docente que los considere como fuente de conocimiento profesional.

## OTROS

### 01 - 085

#### **Ansiedad en el paciente prequirúrgico, un problema que nos afecta a todos**

*Bernardo Borráez, Andrea Quintero, Diana A. Yasno, Olga L. Riveros*

Fundación Clínica SHAI0 - Instituto Nacional de Cancerología - Universidad Militar, Bogotá, D.C., Colombia  
bborraez@hotmail.com

**Introducción.** La ansiedad es el estado mental que conduce al ser humano a experimentar reacciones de incomodidad, angustia, miedo, preocupación y excitación. Los procesos quirúrgicos desencadenan una serie de respuestas mentales, emocionales y físicas que podrían considerarse un factor de riesgo para el paciente durante el procedimiento.

**Objetivo.** Determinar el estado de ansiedad en los pacientes que serán llevados a colecistectomía, determinar la necesidad de intervención psicológica prequirúrgica y sus beneficios en el manejo posquirúrgico.

**Material y método.** Se aplicó la escala de ansiedad de Beck en 21 pacientes elegidos aleatoriamente, llevados a colecistectomía. Técnicas de intervención y estabilización emocional en pacientes intervenidos en la Fundación Clínica SHAI0.

**Resultados.** Promedio de ansiedad posoperatoria leve en la mayoría de los pacientes. Se emplean técnicas de

intervención psicológica breve tales como psicoeducación frente dudas base del procedimiento, habilidades de tolerancia al malestar y manejo de respiración diafrágica. Se realiza sesión de seguimiento posterior a procedimiento quirúrgico evidenciando resultados de intervención previa.

**Conclusión.** Se identifican niveles leves de ansiedad preoperatorio en algunos pacientes; sin embargo, se identifican factores asociados que exacerban sintomatología; factores tales como falta de información frente a procedimiento, antecedentes previos, poco manejo de habilidades de tolerancia al malestar y estrategias de afrontamiento.

### 01 - 086

#### **Complicaciones no tromboticas de acceso vascular para hemodialisis. Experiencia en el Hospital Universitario Clínica San Rafael – HUCSR**

*Leonardo Randial, César Eduardo Jiménez, Mabel Facundo, Jorge Lozada*

Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá, D.C., Colombia  
lrandialp@yahoo.es

**Introducción.** Las complicaciones de los accesos vasculares representan una importante morbilidad en pacientes con hemodiálisis, generando hasta un 30 % de las hospitalizaciones e incluso poniendo en riesgo la vida de los pacientes. Las complicaciones que se pueden presentar son: infección, sangrado, estenosis, hipertensión venosa, síndrome de robo, trombosis, pseudoaneurismas y aneurismas. La principal herramienta para tratar estas complicaciones es evitar los factores que la condicionan, pero cuando se presentan deben ser tratadas por cirujanos vasculares con el propósito de salvar el acceso.

**Objetivo.** Presentar la experiencia del grupo de cirugía vascular y endovascular del HUCSR en el manejo de complicaciones de fistulas arteriovenosas.

**Material y método.** Estudio retrospectivo incluyendo 19 pacientes con múltiples complicaciones de FAV. Se analizaron sus características sociodemográficas, porcentaje de salvamento de acceso y mejoría de los síntomas.

**Resultados.** De los pacientes, cuatro presentaron aneurismas de FAV, 8 estenosis venosa central con hi-

pertensión venosa, 2 trombosis agudas, 4 estenosis venosas no centrales y un paciente con síndrome de robo arterial. En 15 hombres (78,9 %) y 4 mujeres (21,1 %) se les realizaron los siguientes procedimientos; 4 reparaciones de aneurismas con salvamento (4/4), 5 angioplastias mas stent centrales exitosas, (5/8), 2 derivaciones venosas exitosas, 1 axilo-femoral y otra yugulo – subclavia, una ligadura de fistula y creación de una nueva, 2 trombolisis con RTPA (1/2), 4 angioplastias venosas con salvamento (4/4). En total se perdieron 2 accesos de 19 (11 %) y solo se registró un hematoma posttrombolisis.

**Conclusión.** La combinación de métodos endovasculares, tales como el rápido diagnostico, angioplastias y trombolisis asociado a adecuadas técnicas quirúrgicas permite el salvamento de las fistulas arteriovenosas.

## 01 - 089

### Propuesta en la evaluación de la calidad en la atención del paciente de Cirugía General de Urgencia

*María F. Jiménez, Andrés Isaza, David Baquero, Paola Chinchilla, Rafael Tovar, Diego Téllez, Felipe Vargas, Juan Carlos Puyana*  
Hospital Universitario MEDERI, Universidad del Rosario, Bogotá, D.C., Colombia  
Mafejimenez2000@yahoo.es

**Introducción.** Entre las medidas propuestas internacionalmente aceptadas para el mejoramiento de la calidad se incluye la incorporación y práctica de mediciones de desempeño y desenlaces. La Cirugía General de Urgencia representa una importante carga de enfermedad, con una gran diversidad de patologías, algunas de ellas de alta complejidad. Sin embargo, hasta el momento no se han definido los indicadores de calidad específicos para esta disciplina.

**Objetivo.** En este estudio observacional descriptivo retrospectivo de todos los pacientes adultos que requirieron Cirugía General de Urgencia durante el mes de agosto de 2013, se propone un instrumento para el seguimiento de la calidad de la Cirugía General de urgencia en un hospital de IV nivel en Bogotá, Colombia.

**Material y método.** Se analizaron variables demográficas, factores de riesgo, de severidad y desenlace hasta el día 30 posoperatorio. Se incluyeron indicadores de calidad adicionales a los contemplados internacionalmente: oportunidad de salas de cirugía, lesión vascular, de víscera hueca, de vía biliar, fístula anastomótica, reintervención no planeada y reingresos, entre otros.

**Resultados.** Durante agosto de 2013 231 pacientes fueron intervenidos de 261 procedimientos de Cirugía General de Urgencias. El promedio de edad fue de  $49 \pm 20,3$ . Los procedimientos mas comúnmente realizados fueron: colecistectomía laparoscópica (37.2 %), apendicectomía abierta (35.6 %) y laparotomía exploratoria (12.6 %).

Tabla. Desenlaces en los pacientes de Cirugía General de Urgencia

Desenlaces	Jimenez y cols	Ingraham y cols, 2011 (23)	Ingraham y cols, 2012 (24)	Shafi y cols. 2013 (4)
Morbilidad severa	9.09%	14.5%	16.2% 0.5-1.6 O/E, rango	ND
Mortalidad	3.46%	5.8 %	6.6% 0.5-2.1 Tasa O/E, rang	1.6%
Duración hospitalización promedio días/DE	$6.54 \pm 5.18$	ND	ND	4.85 (4.7, 4.9) Promedio (95 % IC)
Duración hospitalización UCI promedio días/DE	$5.7 \pm 4.42$	ND	ND	ND

**Conclusión.** Este es el primer estudio que evalúa la calidad de la atención en la Cirugía General de Urgencias en Colombia mediante la utilización de un registro que propone complicaciones adicionales a contemplar para este tipo de pacientes. Se confirma, como en estudios previamente publicados, que la mortalidad y la morbilidad aumentan en la Cirugía General de Urgencias. A través de la información recolectada en este estudio, nuestra institución estableció planes de mejoramiento y propone crear un registro formal de atención de Cirugía General de Urgencia para ser generado automáticamente.



# CASOS CLÍNICOS

---

## CABEZA Y CUELLO

02 - 004

### Síndrome de Eagle, una entidad de difícil diagnóstico si no se conoce

*Adonis Tupac Ramírez, Wanda Sánchez*

Hospital Universitario de Neiva - Universidad Surcolombiana, Neiva, Colombia  
adonistupac@gmail.com

**Introducción.** El síndrome de Eagle se produce por un alargamiento del proceso estiloideo, tiene una incidencia de 1,4-30 %, de los cuales solo un 4 % presenta síntomas. Se presenta con mayor frecuencia en mayores de 50 años con una frecuencia tres veces mayor en mujeres. Por otro lado, representa un error diagnóstico frecuente que se traduce en múltiples consultas a médicos cirujanos, neurólogos, odontólogos, cirujanos maxilofaciales y/o psiquiatras.

**Objetivo.** Describir un caso de presentación rara de diagnóstico difícil.

**Metodología.** Descripción de caso clínico de rara presentación.

**Resultados.** Paciente de sexo femenino de 42 años de edad quien consulta por presentar odinofagia y dolor cervical de intensidad moderada a severa, que se incrementa al movilizar la cabeza al lado izquierdo. Había realizado múltiples consultas y valorada por otras especialidades sin lograr un diagnóstico, con realización de endoscopia de vías digestivas altas, ecografía de cuello y TAC de cuello, sin hallazgos positivos. Al examen físico se observa pequeña protrusión en orofaringe, con dolor a la palpación, sin masas en cuello. Se solicita nueva TAC de cuello con reconstrucción de apófisis estiloides encontrándose calcificación y alargamiento de la apófisis estiloides derecha. Se lleva a resección endooral con mejoría de los síntomas.

**Conclusiones.** El síndrome de Eagle es una entidad de rara presentación y de difícil diagnóstico; debe conocerse su existencia para poder diagnosticarla.

02 - 027

### Accidente cerebrovascular por aneurisma de arteria subclavia derecha. Reporte de un caso y manejo endovascular

*Leonardo Randial, César Eduardo Jiménez, Mabel Facundo*

Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá, D.C., Colombia  
lrandialp@yahoo.es

**Introducción.** Los aneurismas de arteria subclavia son raros y corresponden al 1 % de los aneurismas periféricos; pueden tener complicaciones graves como pérdida de la extremidad por embolismo distal y evento cerebrovasculares por embolismo retrógrado e inclusive poner en riesgo por ruptura la vida del paciente.

**Objetivo.** Reportar diagnóstico y manejo endovascular de una patología extremadamente rara.

**Material y método.** Se realiza reporte de caso y revisión del estado del arte.

**Resultados.** Paciente de 57 años de edad, con antecedente de enfermedad pulmonar obstructiva crónica con requerimiento de oxígeno permanente e hipertensión arterial, quien consulta con cuadro de crisis convulsiva. Es valorada por neurología quienes solicitan RMN de cerebro en la que se evidencia infartos a nivel de cerebelo derecho. El ecocardiograma fue negativo para trombos intra-cavitarios, pero reportó hipertensión pulmonar, insuficiencia mitral leve y dilatación de cavidades derechas compatibles por corpulmonale; el dúplex carotideo fue normal. En la angiogramografía de vasos de cuello se identificó un aneurisma de la arteria subclavia derecha de 14,4 mm x 16,6 mm, en su primera porción, y con este hallazgo se consideró que los

infartos en el cerebelo fueron ocasionados por embolismo retrógrado. Se realizó arteriografía selectiva confirmando el diagnóstico de aneurisma de la arteria subclavia derecha en su primera porción. Se realiza reparo endovascular con stent cubierto ADVANTA V12 de 7 x 59mm, obteniendo adecuado sellado y permeabilidad de la arteria carótida derecha. La paciente evolucionó adecuadamente sin complicaciones ni nuevos eventos neurológicos.

**Conclusión.** El manejo endovascular es una opción de mínima invasión, segura y eficaz en paciente de alto riesgo quirúrgico, para el manejo de aneurismas de arteria subclavia

## PARED ABDOMINAL

### 02 - 036

#### **Hernia Ventral Laparoscópica, técnica TAPP revisión de la literatura**

*Mauricio Zuluaga, Ivo Siljic, Juan Carlos Valencia, Uriel Cardona*

Hospital Universitario del Valle - Clínica Farallones - Clínica SaludCoop ESIMED, Cali, Colombia  
mauriciozuluagaz@yahoo.es

**Introducción.** Paciente de 45 años con antecedente de apendicectomía abierta hace 3 años, al 3 mes posterior a la cirugía presenta cuadro de masa en fosa iliaca derecha, manejo con seroma y con faja. La paciente persiste sintomática y con dolor en fosa iliaca derecha con masa de crecimiento progresivo por lo que consulta. Se le realiza ecografía de tejidos blandos y reporta hernia ventral de 10 cm con encarcelamiento de asas, sin otros hallazgos.

**Material y método.** Se realizó una eventroplastia con colocación de malla por vía laparoscópica, se utilizó técnica con 3 puertos, abordaje contralateral, lisis de adherencias peritoneales, se disecó un colgajo tipo TAPP, hasta identificar las estructuras pélvicas en donde se fijó una malla con fijadores absorbibles, se extendió la malla cerrando posteriormente el FLAP de peritoneo cubriendo la malla, con fijadores absorbibles, no hubo complicaciones intraoperatoria tiempo quirúrgico una hora, sangrados mínimos, se realizó ligadura de los vasos epigástricos con hemoclips, manejo ambulatorio.

**Resultados.** Se realizó corrección de hernia ventral laparoscopia de la fosa iliaca derecha posterior a apendicectomía abierta, con malla de polipropileno de mediana densidad, abordaje TAR, cierre del defecto con pistola fijadora, evolución posquirúrgico, satisfactoria, control del dolor posterior al mes, sin recurrencias al 3 mes posquirúrgico.

**Conclusión.** La cirugía mínimamente invasiva es una técnica que ofrece las suficientes garantías para resolver problemas de la patología de pared abdominal.

## GASTROINTESTINAL Y ENDOSCOPIA

### 02 - 006

#### **Caso clínico de interposición de colon en estenosis esofágica por cáusticos**

*Joon Whang, Andrés Isaza*

Universidad Del Rosario – Hospital Universitario Mayor – MÉDERI, Bogotá, Colombia  
shisho555@hotmail.com

**Introducción y objetivo.** Una de las causas de la estenosis esofágica es la ingesta de cáusticos. En algunos casos es imposible el manejo endoscópico y se deben llevar a esofagectomía. La interposición de colon es una de las opciones cuando no se cuenta con el estómago y es una buena opción para la sustitución esofágica. Se revisa un caso de estenosis esofágica manejado con esofagectomía e interposición de colon.

**Material y método.** Paciente masculino de 40 años con intento de suicidio al ingerir álcalis, sufriendo estenosis esofágica sin indicación de manejo endoscópico. Se realizó estudios prequirúrgicos evidenciando lesión gástrica y adecuada circulación colónica, se llevó a esofagectomía e interposición de colon.

**Resultados.** Se realizó esófago gastrectomía transhiatal y previa verificación de patencia de la circulación colónica, se realizó ascenso de colon con tres anastomosis: esofagocolónica, coloyeyunal y colocolónica. Paciente con adecuada evolución posoperatoria y adecuado tránsito intestinal.

**Conclusión.** La estenosis esofágica es una entidad que ocurre tanto en enfermedad benigna como maligna. Una de las causas es la estenosis posterior a ingesta de cáusticos. Una vez se decide la esofagectomía como

manejo de la estenosis, se debe planear el procedimiento. Existen varias opciones de interposición: estómago, colon y yeyuno, cuando no se cuenta con el estómago. La interposición de colon requiere de 3 anastomosis, con mayor morbilidad que el ascenso gástrico, pero cuando se ha estudiado adecuadamente la circulación colónica y con una adecuada técnica quirúrgica, es una buena estructura para sustitución esofágica.

## 02 - 009

### **Caso clínico: hernia de Bochdalek del adulto debutando con obstrucción intestinal**

*Jenith Rocío Lagos, Fernando Sarzosa, Daniel Orlando Delgado, Liliana Caicedo, German Ruiz*  
Universidad del Cauca, Hospital Universitario San José, Popayán, Cauca, Colombia  
jrlagos@unicauca.edu.co; jenith\_@hotmail.com

**Introducción.** El diagnóstico de la hernia diafragmática congénita de Bochdalek en el adulto es excepcional y se descubren de forma incidental o tras volverse sintomática por compromiso respiratorio o intestinal, ya sea por obstrucción o perforación.

**Objetivo.** Describir un caso de un paciente con hernia de Bochdalek a partir del contexto clínico del paciente, métodos diagnósticos, abordaje quirúrgico y evolución posoperatoria.

**Material y método.** Caso de interés de un paciente de 50 años que debuta con un cuadro de obstrucción intestinal. En cirugía se encontró hernia diafragmática izquierda congénita de Bochdalek, con defecto de 15x20 cm y contenido de estómago, íleon proximal y medio, colon transversal y bazo, que causó efecto obstructivo a nivel de asas delgadas de íleon medio con áreas de isquemia sin necrosis franca e íleo de 1000 ml. Se detectó pérdida del continente al regresar el contenido intratorácico a la posición abdominal que impedía el cierre de cavidad abdominal.

**Resultados.** Se manejó en una primer fase con frenorrafia y sistema VAC ABTHERA, con lo cual se logró en una segunda fase reparación del diafragma con material protésico y cierre de cavidad. El abordaje abierto mediante laparotomía del paciente en dos tiempos con reconstrucción del diafragma mediante frenorrafia y reforzamiento con material protésico es una técnica efectiva para el manejo de hernias de Bochdalek complicadas.

**Conclusión.** Se recomienda la reparación quirúrgica de estos pacientes para evitar el encarcelamiento y el estrangulamiento de las vísceras abdominales, cursando dicha intervención con baja morbilidad y tasa de recurrencia además de excelentes resultados a largo plazo.

## INFECCIONES

### 02 - 021

### **Peritonitis tuberculosa con perforación intestinal en población pediátrica en un hospital de tercer nivel de Bogotá, D.C., Colombia: reporte de un caso y revisión de la literatura**

*German Mogollón, Luis Felipe Cabrera, Pablo Luengas, Marcos Rottermann*  
Hospital Simón Bolívar, Bogotá D.C., Colombia  
luis.felipe.cabrera@hotmail.com

**Introducción.** La peritonitis tuberculosa es un tipo de presentación poco frecuente de la tuberculosis en población pediátrica con comorbilidades asociadas que favorecen una inmunosupresión crónica. Se presenta un caso de peritonitis tuberculosa manejado en nuestra institución y se realiza una revisión crítica de la literatura.

**Objetivo.** Revisar el manejo actual de la peritonitis tuberculosa.

**Material y método.** Estudio observacional descriptivo, de los pacientes que fueron llevados a cirugía con hallazgo intraoperatorio de peritonitis generalizada desde 1 de junio del 2004 al 30 de junio del 2015 con diagnóstico confirmado de peritonitis tuberculosa.

**Resultados.** Se revisaron 486 pacientes con peritonitis generalizada, de los cuales solo 1 paciente masculino de 4 años, con síndrome nefrótico y tuberculosis pulmonar, presentó diagnóstico de peritonitis tuberculosa, con perforación intestinal y necesidad de cirugía de urgencia. Fallece al 51 día de hospitalización en la UCI.

**Conclusión.** La tuberculosis peritoneal es una entidad poco frecuente en la población pediátrica, pero debe ser considerada en pacientes con factores de riesgo para inmunosupresión, nexo de contagio para tuberculosis, ascitis, acompañados de dolor abdominal y fiebre. El diagnóstico temprano mejora el pronóstico

del paciente y la biopsia peritoneal es la prueba de oro para confirmar esta entidad. Su incidencia en nuestra institución es del 0.2 %.

## ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA

### 02 - 018

#### Quimioembolización en colangiocarcinoma intrahepático

*Cristian Eduardo Tarazona-León, Joaquín Fernando González, Mauricio Vanegas, José Luis Plata, Carlos Fernando Guerrero, Carlos Fernando Reyes, Anderson Bermon-Angarita*

Fundación Cardiovascular de Colombia - Instituto del Corazón de Floridablanca, Floridablanca, Santander, Colombia  
cristiantarazona@hotmail.com

**Introducción.** La incidencia actual del colangiocarcinoma es 165 % superior que hace 30 años. El tratamiento actual contempla resección quirúrgica y trasplante hepático en pacientes seleccionados, sin diseminación a distancia, invasión vascular o compromiso extrahepático, alcanzando una sobrevida de 5 % a 5 años.

**Objetivo.** Exponer como el uso de quimioembolización transarterial en el manejo quirúrgico del colangiocarcinoma intrahepático puede incidir en mejores resultados.

**Material y método.** Paciente de 75 años con cuadro de dolor en hipocondrio derecho de 5 meses de evolución. Antecedente de hepatitis crónica por virus B con manejo médico. Se realizó TAC contrastado que evidencia masa hepática de 8 x 5cm que compromete segmentos II y IVA. Control tomográfico en 2 meses que evidenció aumento de tamaño tumoral, ofreciéndose quimioembolización transarterial con doxorubicina. Biopsia reporta colangiocarcinoma.

**Resultados.** Control a los tres meses posquimioembolización evidencia involución y necrosis de masa del 40 %. Se lleva a resección quirúrgica: hepatectomía izquierda. Resección completa de masa sin bordes comprometidos. Seguimiento a 8 meses libres de enfermedad.

**Discusión.** El colangiocarcinoma es altamente resistente a la quimioterapia y la quimioembolización transarterial solo es alternativa para colangiocarcinomas no reseables. Nuestra idiosincrasia podría favorecer este tipo de terapia.

**Conclusión.** La participación interdisciplinaria es necesaria en colangiocarcinoma para obtener mejores resultados. La quimioembolización transarterial podría ser una alternativa para pacientes con colangiocarcinoma reseable con posibilidad de aumentar la sobrevida. Requiere estudios complementarios.

### 02 - 029

#### Letálides cutáneas como manifestación de adenocarcinoma gástrico, a propósito de un caso en el Hospital Universitario San José de Popayán

*Diego Fernando Cruz, Habsleidy Viviana Riaño, Alexei Bernardo Rojas, Edwin Oveimar Muñoz*  
Universidad del Cauca - Hospital Universitario San José, Popayán, Cauca, Colombia  
diegocruz@unicauca.edu.co; dipolo84@hotmail.com

**Introducción.** Las metástasis cutáneas son poco frecuentes en la práctica clínica pero son de gran importancia clínica, ya que por lo general indican enfermedad avanzada. Se encuentran en el 0,7-0,9 % de los pacientes con cáncer. Estas lesiones en piel son la primera manifestación de un tumor primario diseminado o de una recurrencia de una neoplasia ya tratada. La relacionadas con adenocarcinoma gástrico son una entidad patológica poco frecuente e indican mal pronóstico.

**Objetivo.** Se revisa un caso de un paciente de 53 años de edad con adenocarcinoma difuso invasor quien desarrolla lesiones papulares a nivel de región facial, cervical posterior, miembros superiores y abdominal, con hallazgos patológicos sugestivos de carcinoma metastásico. El caso se correlaciona con la literatura médica revisada y se establece como un caso importante para la comunidad científica y médica Colombiana y Latinoamericana.

**Material y método.** Se hace revisión de historia clínica, imágenes del caso, adicionalmente se hace revisión de la literatura.

**Resultados.** En este caso el paciente debuta con lesiones papulares violáceas no dolorosas en diferentes regiones corporales, la mayoría de manifestaciones cutáneas se presentan como nódulos de la subdermis con epidermis suprayacente intacta o pueden imitar dermatosis inflamatoria, es por ello que se debe tener en cuenta que las lesiones en piel pueden ser manifestaciones de variedad de entidades infecciosas, inflama-

torias y neoplásicas. Algunos estudios sugieren que la mitad de los pacientes con metástasis cutáneas fallecen dentro de los primeros 6 meses del diagnóstico.

**Conclusión.** Se presenta caso clínico de adenocarcinoma difuso metastásico a piel lo cual es una entidad extremadamente rara como manifestación en este sitio anatómico, siendo más frecuente en cáncer de mama, pulmón, colorrectal, renal, ovario y vejiga; de interés para la comunidad científica y cirugía oncológica

## TRASPLANTES

### 02 - 041

#### **Autotrasplante renal: Una alternativa para el salvamento de riñones nativos**

*Luis Manuel Barrera, Jaime Alberto Ramírez, Camilo Tarazona, Fabio Vergara, Daniel Camilo Aguirre, Diana Tamayo*  
 “IPS UNIVERSITARIA” Clínica León XIII, Medellín, Colombia  
 luismanuelbarrera@gmail.com

**Introducción.** El Autotrasplante renal es una técnica compleja que tiene indicaciones excepcionales en la actualidad, pero que permite salvar unidades renales. Fue inicialmente descrita como alternativa para el manejo de lesiones ureterales extensas. Su uso en manos adecuadas corrige de forma definitiva problemas por mala posición, anomalías anatómicas o pérdidas masivas de sustancia ureteral.

**Objetivo.** Describir los resultados de dos autotrasplantes renales exitosos como estrategia de salvamento de órgano y como reconstrucción anatómica heterotópica.

**Material y método.** Primer paciente de 34 años con historia de ureterolitiasis derecha por cálculo único de 6 mm, durante ureterolitotomía endoscópica con desinserción total del uréter a nivel unión pieloureteral. Se reimplanta la unidad renal a nivel de vasos iliacos externos derechos, para la reconstrucción ureteral se utilizó un flap vesical tipo Boari. El segundo paciente de 16 años con síndrome de cascanueces refractaria al tratamiento. Se reimplanta unidad renal izquierda a vasos iliacos externos y se realiza ureteroneocistostomía tipo Lich-Gregoir-Taguchi. Ambos riñones se perfundieron en frío a 4°C con 1 lt de solución de HTK en la mesa.

**Resultados.** Los tiempos de isquemia fría fueron 26 y 55 min respectivamente. La isquemia caliente fue 20 y 33 mins. Con reperfusión rápida y orina inmediata en ambos. Duplex de control a las 24 horas normales. Estancia hospitalaria en el primer paciente fue de 6 días y en el segundo 4 días. Seguimiento trimestral mostró Duplex de control normal con creatininas en 0.64 y 0.65 sin hematuria en el segundo.

**Conclusión.** El autotrasplante renal es una técnica quirúrgica compleja que se puede usar en el salvamento de riñones nativos sanos.

## TRAUMA

### 02 - 044

#### **Empalamiento cardiaco, a propósito de un caso**

*Marcela Vidal, Mauricio Millán, Carlos Ordóñez, Marisol Badiel*  
 Universidad del Valle - Hospital Universitario del Valle  
 Evaristo García, Cali, Colombia  
 mmarce\_9956@hotmail.com

**Introducción.** Las lesiones cardíacas penetrantes vienen en aumento, directamente proporcional al aumento de la violencia a nivel mundial; sin embargo los casos de empalamiento cardiaco reportados son infrecuentes y están asociados a alta mortalidad.

**Objetivo.** Presentar la experiencia de empalamiento cardiaco con lesión de aurícula derecha atendido en Hospital Público Nivel III y su tratamiento exitoso.

**Material y método.** Descriptivo y observacional. Se presenta un caso de empalamiento cardiaco y tratamiento exitoso atendido en Hospital Público Nivel III en mayo de 2016 en la ciudad de Cali, Colombia.

**Resultados.** Hombre de 25 años, quien una hora antes del ingreso sufre empalamiento de arma cortopunzante metálica en tercer espacio intercostal, paraesternal derecho. Ingresó consciente, TA 129/81, FC 76, FR 22, saturando 96%. Examen físico destaca ventilación pulmonar conservada. Radiografía tórax: cuerpo extraño metálico dirigido al mediastino, FAST dudoso debido al artefacto del cuerpo extraño. Se indicó cirugía de emergencia, esternotomía, evidenciando cuerpo extraño incrustado en pericardio, se realizó pericardiotomía identificando hemopericardio +/-500cc acompañado

de coágulos y lesión de la aurícula derecha con sangrado activo; se extrajo bajo visión directa elemento traumático de +/-15x0.5cm, posteriormente se realizó cardiografía, lavado de cavidad, control de hemostasia, pericardiografía y se colocó un dren tubular en mediastino anterior, cerclaje del esternón y cierre de la incisión. La radiografía tórax de control evidencia pulmones expandidos. El dren produjo 100-120cc/día los tres primeros días, y luego 30cc por lo que se retiró; se dio de alta al quinto día sin presentar complicaciones ni reingreso.

**Conclusión.** En pacientes con empalamiento cardiaco un tratamiento exitoso depende de un manejo multidisciplinario precoz y bien estructurado.

## 02 - 046

### **Hernia diafragmática traumática, abordaje laparoscopia vs toracoscopia**

*Mauricio Zuluaga, Ivo Siljic, Juan Carlos Valencia, Uriel Cardona*

Hospital Universitario del Valle - Clínica Farallones - Clínica SaludCoop ESIMED, Cali, Colombia  
mauriciozuluagaz@yahoo.es

**Introducción.** Paciente de 43 años con historia de herida por arma corto punzante toracoabdominal izquierda posterior hace 20 años, manejo medico con sutura de la herida, quien consulta por presentar dolor torácico y disnea asociado a vomito postprandial. Se realizó radiografía de tórax que evidencia borramiento de la base del hemitórax izquierdo, TAC de tórax y tránsito intestinal que evidenciaron hernia diafragmática toracoabdominal derecha posterior.

**Material y método.** Se realizó mediante abordaje mínimamente invasivo por laparoscopia, en posición francesa con 4 trocares, reducción del defecto, liberación de adherencias, frenografía con puntos separados de polipropileno no absorbible y se colocó malla protegida que se fijó con fijadores absorbibles.

**Resultados.** Evolución posquirúrgica satisfactoria, se dio de alta a los cinco días posquirúrgico. Radiografía de tórax normal al sexto mes posquirúrgico, sin recurrencias de herniarias.

**Conclusión.** La cirugía mínimamente invasiva se ofrece con una herramienta para la resolución de casos

complejos. En los pacientes con hernia diafragmática traumática se propone abordaje inicial por vía laparoscópica para la resolución del problema, y solo abordaje por toracoscopia si no es posible reducir el defecto.

## OTROS

### 02 - 053

#### **Causas inesperadas de abdomen agudo**

*Robín Germán Prieto, Germán David Carvajal, Jorge Santos, Daniel Upegui, Juliana Rendón*

Hospital Central de la Policía, Bogotá, D.C., Colombia  
rgprietoo@hotmail.com

**Introducción.** El abdomen agudo es un síndrome abdominal doloroso, que requiere una rápida valoración y conducta. En más del 70 % de los casos que requieren cirugía, la causa es la patología biliar, apendicular y las hernias de la pared abdominal. Existe un bajo porcentaje de casos en que la causa es insospechada y en la que solo se logra determinar durante la cirugía.

**Objetivo.** Determinar cuáles son las principales causas insospechadas de abdomen agudo quirúrgico. Presentar el caso de un paciente atendido en el Hospital Central de la Policía.

**Materiales y métodos.** Se realizó una búsqueda de la literatura y se revisó la misma para determinar cuáles son las principales causas de abdomen agudo de causa insospechada. Presentamos el caso de un paciente quien ingresó al servicio de urgencias por dolor abdominal y con diagnóstico de abdomen agudo se llevó a cirugía con el hallazgo de torsión segmentaria del epiplón.

**Resultados.** Se identifican las principales causas insospechadas de abdomen agudo, dentro de las cuales se registran patologías de tipo inflamatorio (como apendicitis epiploica, torsión del epiplón, compromiso del divertículo de Meckel), obstructivo (por lesiones neoplásicas o hernias internas) y de tipo vascular (entre ellas peilosis hepática, ruptura esplénica, hemoperitoneo espontaneo y vasculitis).

**Discusión.** Consideramos que estas patologías deben ser tenidas en cuenta en casos de diagnóstico no claro de abdomen agudo y que además pueden ser un hallazgo intraoperatorio insospechado. Presentamos el caso de un paciente con torsión del epiplón que fue llevado a cirugía.



## VIDEOS

### CABEZA Y CUELLO

03 - 009

#### Abordaje mínimamente invasivo en la resección del quiste tirogloso: rompiendo con la tradición

*Andrey Moreno, Alden Pool Gómez, Yessica Andrea Trujillo, Andrés Mauricio Palacio*

Instituto Nacional De Cancerología, Bogotá, D.C., Colombia

yatzco@gmail.com – mauropalaciob@gmail.com

**Introducción.** El quiste del conducto tirogloso presenta una frecuencia de 70-75 % en niños; en adultos la falta de involución del mismo es estimada en un 7 %. En el manejo quirúrgico, tradicionalmente, se ha recomendado la remoción mediante el procedimiento de Sistrunk; sin embargo se han descrito modificaciones en la técnica buscando mejorar los problemas asociados a la intervención, como la cicatriz de aproximadamente 5 cm, altos niveles de trauma secundario a las resección de los tejidos que rodean el hioides, dificultad para la visualización del conducto causado por la ruptura del mismo y la dificultad en su remoción.

**Objetivo.** Demostrar la ventaja de la cirugía mínimamente invasiva en la resección del quiste del conducto tirogloso, reseccándolo completamente, sin aumentar su recurrencia ni afectar la apariencia estética del paciente.

**Material y método.** Paciente de 35 años en quien se realiza resección de quiste del conducto tirogloso mediante cirugía mínimamente invasiva, usando dos trocares de 5mm y un trocar de 10 mm ubicados en el borde anterior de la axila izquierda; disección subcutánea con Ligasure e insuflación de neumo con CO<sub>2</sub> a 6mmHg. Se identifica quiste y se reseca sin escisión del hueso hioides.

**Resultados.** La paciente presentó resección completa del quiste tirogloso, con un tiempo quirúrgico de 3 ho-

ras. En seguimiento actual y sin evidencia de complicaciones o recidiva.

**Conclusión.** El abordaje mínimamente invasivo es seguro, permitiendo una rehabilitación temprana y con resultados estéticamente favorables, razón por la cual es una buena opción en el manejo de esta patología.

### TÓRAX

03 - 059

#### Segmentectomía pulmonar por monopuerto

*Miguel R. Buitrago, Darwin Padilla, Diego F. Salcedo*

Universidad El Bosque, Bogotá D.C., Colombia

dsalcedo\_ub@hotmail.com

**Introducción.** La segmentectomía pulmonar es llevada a cabo en pacientes con lesiones pulmonares importantes pero con riesgo quirúrgico alto por capacidades pulmonares disminuidas, que lo llevaría a no tolerar eventos quirúrgicos grandes como lobectomía o neumonectomía; la segmentectomía en pacientes con alto riesgo quirúrgico y posoperatorio, es una opción quirúrgica de resecciones limitadas, preservando la mayor parte de tejido pulmonar funcional.

**Objetivo.** Disminuir el trauma quirúrgico en los pacientes llevados a cirugía torácica, asociado a resecciones pulmonares más limitadas, para evitar complicaciones pulmonares posoperatorias.

**Material y método.** Se presenta el video del caso clínico de un paciente con lesiones metastásicas en el segmento apical del lóbulo superior derecho, que fue llevado a segmentectomía del lóbulo superior derecho por toracoscopia monopuerto; el paciente tenía alto riesgo de imposibilidad de extubación postoperatoria por disminución de su capacidad pulmonar. El procedimiento se llevó a cabo con cánula de oxígeno y/o mascarilla, con disminución del trauma quirúrgico,

preservando mayor función pulmonar y disminuyendo el tiempo de recuperación posoperatoria.

**Resultados.** Paciente tratado por toracoscopia mono-puerto, con disminución del trauma quirúrgico, asociado a la resección pulmonar limitada, disminuyendo complicaciones posoperatorias pulmonares.

**Conclusión.** Los pacientes con patología pulmonar metastásica presentan comorbilidades con alto riesgo quirúrgico postoperatorio pulmonar, con lo cual se requiere de resecciones pulmonares más limitadas, con menor trauma quirúrgico, para disminuir el riesgo postoperatorio de complicaciones y el tiempo necesario para la recuperación.

### 03 - 060

#### Uso del sistema Matrix Ribs® mínimamente invasivo en osteosíntesis de fracturas costales

*Carlos Remolina, Omar Andrés Godoy, Yessica Andrea Trujillo*

Universidad del Sinú – Seccional Cartagena, Cartagena de Indias DT, Colombia  
omar\_ka20@hotmail.com

**Introducción.** La osteosíntesis de reja costal ha demostrado un potencial beneficio en la recuperación de pacientes con fracturas costales. El sistema Matrix Ribs® mínimamente invasivo se ha utilizado en nuestro servicio para la osteosíntesis de fracturas costales asistida por video toracoscopia, demostrando una recuperación satisfactoria de nuestros pacientes y una mejoría de dolor, con un resultado estético adecuado.

**Objetivo.** Mostrar en un video nuestra experiencia con el uso del sistema Matrix Ribs® mínimamente invasivo para osteosíntesis de fracturas costales.

**Material y método.** Se presenta el video de una osteosíntesis de reja costal usando el sistema Matrix Ribs® mínimamente invasivo con asistencia por video toracoscopia con lente de 30°.

**Resultados.** Luego de realizado el procedimiento de osteosíntesis de reja costal usando el sistema Matrix Ribs® mínimamente invasivo asistido por video toracoscopia en un paciente con cuadro de dolor torácico secundario a fractura de dos arcos costales consecutivos en hemitórax izquierdo, con una mejoría de dolor casi inmediata con un resultado estético satisfactorio.

**Conclusión.** Consideramos que el sistema Matrix Ribs® mínimamente invasivo es un método seguro y costo efectivo el cual ha demostrado beneficios en control de dolor, recuperación del paciente y cicatrices estéticamente mejores que con métodos de osteosíntesis convencionales, por lo cual es el método de elección para la mayoría de osteosíntesis de fracturas costales que se realizan en nuestro servicio de cirugía de tórax.

### 03 - 061

#### Plicatura diafragmática por videotoracoscopia en parálisis frénica

*Ana Santos, Edgar Gutiérrez, Luis Villota, Laura García*

Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia  
amarisar2007@gmail.com

**Introducción.** La parálisis diafragmática es una patología poco frecuente, que se refiere a la pérdida de la movilidad diafragmática, debido a un daño en la contractilidad muscular o alteración en la conducción de estímulos por el nervio frénico, y conlleva a atrofia muscular progresiva y distensión de la cúpula, pudiendo ocasionar alteraciones ventilatorias que comprometen la vida.

**Objetivo.** Presentar el video de una plicatura diafragmática videoasistida, con colocación de malla, en una paciente con una parálisis frénica izquierda.

**Material y método.** Estudio del caso, técnica quirúrgica y revisión de la literatura médica.

**Resultados.** Se presenta el caso de una paciente con clínica de dolor torácico izquierdo y disnea ocasional, en cuyos estudios imaginológicos se documenta presencia de asas intestinales en cavidad torácica izquierda, por lo que se indica la corrección quirúrgica. Sin embargo, como hallazgo quirúrgico, no se evidenció defecto herniario frénico sino un área hipotrofica, débil y redundante del diafragma. Se realizó plicatura diafragmática videoasistida por dos puertos, con colocación de malla, sin complicaciones y con evolución posoperatoria satisfactoria.

**Conclusión.** La parálisis diafragmática puede ser resultado de múltiples causas como trauma, invasión tumoral, infecciones, idiopáticas, entre otras. En consideración al impacto sobre la dinámica ventilatoria, el

manejo es quirúrgico y debe ser temprano, siendo la plicatura diafragmática la técnica de elección. Se expone en este caso una plicatura diafragmática por videotoroscopia de dos puertos, obteniendo las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva y la mejoría clínica de la paciente.

## PARED ABDOMINAL

### 03 - 033

#### **Herniorrafia inguinal laparoscópica TAPP. Cómo lo hacemos?**

*Nayib Zurita, Carlos Cruz, John Rosales*  
Medihelp, Cartagena de Indias, Colombia  
cirugiaminimamenteinvasiva.ctg@gmail.com

**Introducción.** La herniorrafia inguinal laparoscópica hoy por hoy se ha convertido en la técnica quirúrgica ideal para el manejo de las hernias inguinales debido a presentar menor porcentaje de recurrencias y menor tiempo de recuperación entre otros beneficios descritos en la literatura. Tiene dos tipos de abordajes: TEP y TAPP, que es la que actualmente realizamos en nuestra institución, el cual tiene con menor costo con relación al TEP, más facilidad en su realización y mayor experiencia y pericia, lo que nos permite obtener resultados favorables para nuestros pacientes.

**Objetivo.** Presentar un caso de cómo estamos realizando herniorrafia inguinal laparoscópica TAPP.

**Material y método.** Video editado, con títulos didácticos y muy ilustrativos en el cual se muestra los pasos a seguir en el abordaje de herniorrafia inguinal laparoscópica TAPP.

**Resultados.** Se muestra en vídeo de como realizamos el procedimiento paso a paso, los puntos claves a realizar en la cirugía TAPP y la evolución satisfactoria de la cirugía.

**Conclusión.** La herniorrafia inguinal laparoscópica ha cambiado la forma tradicional del abordaje quirúrgico abierto para la corrección de las hernias inguinales, presentando resultados favorables para los pacientes con relación al índice de recurrencia, recuperación en menor tiempo y menor dolor posquirúrgico.

### 03 - 046

#### **Hernioplastia por vía laparoscópica. Anatomía quirúrgica**

*Javier Acuña, Carlos Cruz, Carlos Elles, Fredy Díaz, Rubén Carrasquilla, Breides Espítia, Erwin Martínez*  
Gestión Salud IPS, Cartagena de Indias, Colombia  
javiacu@yahoo.com

**Introducción.** La hernioplastia es uno de los procedimientos más indicado en la actualidad. El abordaje laparoscópico ofrece ventajas sobre el abordaje abierto, sin embargo, no ha tenido la penetración esperada. Lo anterior se atribuye a la diferencia en cuanto al conocimiento anatómico de la región inguinal posterior.

**Objetivo.** Presentar un video que muestre la anatomía quirúrgica de la región inguinal vista por laparoscopia.

**Material y método.** Video editado, con títulos didácticos y muy ilustrativos de los diferentes elementos anatómicos observados durante la realización de una hernioplastia laparoscópica.

**Resultados.** Se muestra en vídeo donde se enumeran elementos anatómicos como vasos epigástricos inferiores, corona mortis, pubis, ligamento de Cooper, triángulos del dolor y de la muerte, nervios y espacios de Bogros y Retzius.

**Conclusión.** El conocimiento de la anatomía quirúrgica de la región inguinal es importante para la correcta realización de hernioplastias inguinales laparoscópicas.

### 03 - 047

#### **Fijación no invasiva en hernioplastias por laparoscopia**

*Javier Acuña, Carlos Elles, Rubén Carrasquilla, Fredy Díaz, Breides Espítia, Erwin Martínez*  
Gestión Salud IPS, Cartagena de Indias, Colombia  
javiacu@yahoo.com

**Introducción.** En la actualidad uno de los principales puntos de interés en el manejo de las herniorrafias inguinales es la disminución del dolor crónico posoperatorio. Entre los mecanismos de producción del mismo se han descrito, entre otros, la vía de abordaje, las técnicas con tensión, los tipos de mallas y el tipo y material de fijación de la malla. En los últimos años se

han publicado buenos resultados al emplear fijación no invasiva con pegantes sintéticos.

**Objetivo.** Presentar la técnica quirúrgica al practicar hernioplastias inguinales utilizando fijación no invasiva de las mallas.

**Material y método.** Video editado, con títulos didácticos y muy ilustrativos de los diferentes pasos al practicar la técnica quirúrgica de fijación de malla utilizando cianocrilato en hernioplastias inguinales.

**Resultados.** Se muestra en vídeo la técnica desde su inicio; colocación de trocares, disección del espacio preperitoneal, identificación de la anatomía quirúrgica, método de colocación y despliegue de la malla. Se hace especial énfasis en la fijación con Histoacryl® utilizando sonda nelaton a través de un trocar de 3mm.

**Conclusión.** El uso de fijación no invasiva con Histoacryl® en las hernioplastias inguinales por vía laparoscópica es reproducible en cirujanos con experiencia de cirugía laparoscópica.

### 03 - 048

#### Hernioplastia laparoscópica con malla de auto fijación

*Javier Acuña, Carlos Elles, Rubén Carrasquilla, Freddy Díaz, Breides Espítia, Erwin Martínez.*  
Gestión Salud IPS, Cartagena de Indias, Colombia  
javiacu@yahoo.com

**Introducción.** Con el empleo de técnicas sin tensión, basados en la colocación de mallas, para el manejo de la patología herniaria inguinal, se ha reportado disminución en el dolor, recuperación precoz y bajos índices de recidivas. Sin embargo, hay series que reportan dolor inguinal crónico, atribuido entre otras cosas, al modo de fijación de las mallas, tanto por vía anterior como por vía laparoscópica.

**Objetivo.** Presentar la técnica quirúrgica al practicar hernioplastias inguinales por vía laparoscópica utilizando mallas de auto fijación.

**Material y método.** Video editado, con títulos didácticos y muy ilustrativos de los diferentes pasos al practicar la técnica quirúrgica de colocación de malla de

auto fijación en hernioplastias inguinales por vía laparoscópica.

**Resultados.** Se muestra en vídeo la técnica desde su inicio, colocación trocares, disección del espacio preperitoneal, identificación de la anatomía quirúrgica, método de colocación y despliegue de la malla de auto fijación y finalmente cierre peritoneal.

**Conclusión.** El uso de mallas de auto fijación en las hernioplastias inguinales por vía laparoscópica es reproducible en cirujanos con experiencia de cirugía laparoscópica.

### 03 - 049

#### Errores comunes en hernioplastia por vía laparoscópica

*Javier Acuña, Carlos Cruz, Carlos Elles, Freddy Díaz, Rubén Carrasquilla, Breides Espítia, Erwin Martínez.*  
Gestión Salud IPS, Cartagena de Indias, Colombia  
javiacu@yahoo.com

**Introducción.** Las indicaciones de hernioplastias por vía laparoscópica han aumentado en el mundo entero. Lo anterior por los beneficios reportados en cuanto menor dolor posoperatorio, reincorporación precoz a las actividades cotidianas, bajos índices de recidivas, mayores beneficios en hernias bilaterales, reproducidas y en pacientes femeninas. Sin embargo, su realización demanda de conocimientos de la anatomía inguinal posterior, mezclados con destrezas laparoscópicas y claros conceptos de los insumos disponibles.

**Objetivo.** Presentar errores comunes que se cometen al practicar hernioplastias por vía laparoscópica.

**Material y método.** Video editado, con títulos didácticos y muy ilustrativos de los diferentes errores cometidos durante la realización de una hernioplastia inguinal laparoscópica.

**Resultados.** Se muestra en vídeo donde se enumeran errores como disección inadecuada, mala exposición de los elementos anatómicos, mal tamaño, despliegue y fijación de la malla.

**Conclusión.** Los errores en la práctica de hernioplastias laparoscópicas son frecuentes y se relacionan con estadios tempranos de la curva de aprendizaje.

### 03 - 052

#### **Preservación de malla en complicación de reconstrucción de pared abdominal. Un caso que enseña**

*Juan Pablo Ruiz, Alejandro Lora, José Luis Espinosa*  
Fundación Universitaria Sanitas, Bogotá D.C., Colombia  
cirugiacuc@gmail.com – jp Ruiz80@gmail.com

**Introducción.** Las hernias ventrales complejas son una patología que ha ido ganando importancia y son consideradas un reto quirúrgico hoy en día, dada la exigencia técnica de la disección y de la reconstrucción de pared per se.

**Objetivo.** Describir por medio de un video clínico, un procedimiento de salvamento de una reconstrucción de pared abdominal, posterior a una complicación quirúrgica.

**Material y método.** Paciente de 62 años con antecedente de eventrorrafia onlay con malla de alta densidad, quien presenta recurrencia de una hernia ventral M2 – M5 W2. Ingresa programada para reconstrucción de pared abdominal con separación de componentes anterior con malla separadora de tejidos.

Paciente con una evolución posoperatoria tórpida, mal control del dolor, distensión abdominal, emesis y ausencia de flatos. Se toma TAC y se evidencia obstrucción intestinal, por lo que se decide llevar a laparoscopia diagnóstica, donde se observa atrapamiento de asa de íleon proximal en sutura de fijación de la malla, con necrosis, la cual se libera por laparoscopia y a través de una incisión localizada, se hace resección del segmento intestinal más anastomosis latero-lateral extracorpórea y fijación de malla con tackers.

**Resultados.** La paciente presenta evolución posoperatoria adecuada, hay resolución inmediata del cuadro obstructivo y egresa sin complicaciones. Ha asistido a tres controles posoperatorios en 8 meses, sin evidencia de recidiva herniaria o manifestaciones infecciosas.

**Conclusión.** El abordaje laparoscópico es una opción viable de manejo en la complicación descrita, permitiendo no solo la resolución del cuadro sino además la preservación de la reconstrucción.

### GASTROINTESTINAL Y ENDOSCOPIA

#### 03 - 017

#### **Manejo laparoscópico de perforación esofágica con balón en acalasia**

*German Antonio Rosero, Camilo Andrés García*  
Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C., Colombia  
camiloagarcia@gmail.com

**Introducción.** Paciente de 49 años con antecedente de Acalasia tipo II, quien es llevada a dilatación neumática evidenciando en la revisión endoscópica posdilatación, desgarró esofágico, con posterior dolor torácico y desaturación por lo que se sospecha perforación esofágica.

**Material y método.** Se le realiza radiografía de tórax con evidencia de neumomediastino por lo que es llevada por parte de gastroenterología a colocación de stent esofágico. Durante su evolución al día siguiente la paciente persiste taquicárdica, taquipneica y desaturada, con leucocitosis y neutrofilia. La radiografía de tórax de control mostró derrame pleural y el esofagograma extravasación de medio de contraste a mediastino y a hemitórax izquierdo.

Es llevada a cirugía mínimamente invasiva, realizando retiro de prótesis vía endoscópica y abordaje laparoscópico, donde se observa perforación de 2 cm longitudinal en esófago distal. Se practica cierre de la perforación, miotomía y parche de Thal por laparoscopia y colocación de tubo de toracostomía izquierdo. Posteriormente requiere reintervención por empiema izquierdo, realizándose decorticación y drenaje de empiema por toracosocopia.

**Resultados.** Adecuada evolución posterior, con tolerancia a vía oral sin síntomas de disfagia. Recibe antibioticoterapia dirigida y se da egreso.

#### 03 - 018

#### **Causa infrecuente de obstrucción intestinal con diagnóstico tardío**

*Nayib Zurita, Yeiner Delgado, John Rosales*  
Nuevo Hospital Bocagrande, Cartagena de Indias, Colombia  
cirugiaminimanteinvasiva.ctg@gmail.com

**Introducción.** La obstrucción intestinal producida por íleo biliar es una causa infrecuente, con menos de 5 % de las consulta en el servicio de urgencia a nivel mundial, por lo que conlleva a diagnósticos tardíos y altas tasas de mortalidad.

**Objetivo.** Presentar un caso de obstrucción intestinal de causa infrecuente asociado a diagnóstico tardío.

**Material y método.** Presentamos el caso de una paciente quien fue remitida a nuestro servicio de urgencia con cuadro clínico de 5 días de evolución con dolor abdominal, ausencia de deposiciones y múltiples episodios eméticos; se realizaron estudios al ingreso evidenciando trastorno electrolítico, falla renal aguda y una serie de abdomen agudo con presencia de un nivel hidroaéreo. Se sospechó íleo paralítico por el trastorno metabólico de la paciente, manejandola en UCI sin presentar mejoría de los síntomas, por lo que el octavo día de hospitalización se solicita nueva serie de abdomen evidenciando niveles hidroaéreos, neumobilia y ausencia de gas distal en ampolla recta; se decide entonces llevar a laparoscopia diagnóstica.

Video editado, con títulos didácticos y muy ilustrativos de los hallazgos quirúrgicos encontrados en nuestra paciente con íleo biliar.

**Resultados.** Se muestra en vídeo los hallazgos laparoscópicos encontrados y posterior a conversión de la cirugía a laparotomía exploratoria, con la resolución definitiva no esperada.

**Conclusión.** A pesar de tener baja incidencia (menor del 5 %), la obstrucción intestinal causada por íleo biliar debe ser sospechada en todo paciente con cuadros obstructivos, para evitar diagnósticos tardíos y complicaciones de la misma.

### 03 - 022

#### Estenosis péptica del píloro

*Francisco Javier Henao, Germán Rosero, Andrés Lanza*

Hospital Universitario San Ignacio – Universidad Javeriana, Bogotá, D.C., Colombia  
andreslanzadiaz@gmail.com

**Introducción.** Paciente de 38 años con antecedente de estenosis péptica del píloro con múltiples dilataciones neumáticas, la última fallida por trayecto filiforme lar-

go, que a pesar de intento de dilatación no fue posible franquear. Refería pérdida de 8 kg en 1 año e intolerancia a la vía oral, trastornos hidroelectrolíticos y disfunción renal asociada, por lo cual se programa para corrección quirúrgica.

**Objetivo.** Presentar en video un caso clínico y compartir nuestra experiencia.

**Material y métodos.** Se practica TAC de abdomen y se esperan biopsias de la estenosis para descartar neoplasia. Se realizó gastrectomía subtotal por laparoscópica resecando completamente el área de estenosis, y anastomosis gastroyeyunal con reconstrucción en Y de Roux. El curso posoperatorio del paciente fue bueno, sin complicaciones.

**Resultado.** El reporte de patología evidenció proceso inflamatorio crónica y fibrosis, corroborando la sospecha diagnóstica.

### 03 - 031

#### Síndrome de esófago corto: Collis Nissen con reparación de hernia paraesofágica gigante por vía laparoscópica

*Daniel Gómez, Pedro Villadiego, Daniel Pérez, Manuel Sánchez*

Centro Policlínico Del Olaya, Bogotá, D.C, Colombia  
vesalius0216@yahoo.com

**Introducción.** Se denomina esófago corto, cuando después de una adecuada disección mediastinal no es posible reducir el cardias al abdomen sin tensión. Aunque algunos autores no reconocen su existencia, otros lo aceptan en un bajo porcentaje. Cuando se presenta de forma intraoperatoria es necesario practicar una cirugía de alargamiento esofágico (Collis Nissen).

**Objetivo.** Presentamos un video de cirugía de Collis Nissen y corrección de hernia paraesofágica gigante por laparoscopia, por presencia de esófago corto y hernia hiatal gigante.

**Material y método.** Mujer de 67 años con cuadro clínico de 2 meses de evolución caracterizado por disfagia y síndrome emético a quien se le practica endoscopia y radiografía de vías digestivas altas que mostraron hernia hiatal gigante, por lo cual se realiza tomografía abdominal contrastada que confirma tales hallazgos y define presencia del 80 % de la cámara gástrica en

el mediastino. Es llevada a cirugía encontrando como hallazgos hernia paraesofágica gigante con vólvulo gástrico órgano axial, que no fue posible reducir a la cavidad el cardias después de una extensa disección esofágica en el mediastino, por lo que se realiza cirugía de Collis Nissen haciendo elongación esofágica mediante gastrectomía del fondo sobre bujía 52F con múltiples disparos de EndoGIA® púrpura de 60 mm, plicatura gástrica y corrección del defecto hiatal libre de tensión por vía laparoscópica mediante la colocación de una malla para hiato Parietex Composite® (Medtronic) de 15x10 cm, la cual se fijó con Absorbatack (Medtronic) a ambas cruras; el procedimiento finalizó en su totalidad por vía laparoscópica y la paciente fue trasladada a cuidados intensivos por presentar taquiarritmia perioperatoria.

**Resultados.** Se practicó cirugía de Collis Nissen y corrección de hernia paraesofágica gigante por vía laparoscópica sin complicaciones asociadas al procedimiento. La paciente tuvo alta por Cirugía General a los 10 días y continuó evolución y manejo por Medicina Interna y Cardiología por las comorbilidades asociadas.

**Conclusión.** El síndrome de esófago corto como entidad clínica aun es motivo de controversia en el ámbito quirúrgico, de allí que no existen grandes estudios al respecto que permitan estandarizar criterios diagnósticos o manifestaciones clínicas, sin embargo, como hemos observado en este caso, su definición anatómica intraoperatoria y las variaciones técnicas para su manejo por vía laparoscópica o convencional, deben ser consideradas por los cirujanos abocados a su manejo en la practica diaria.

## BARIÁTRICA

### 03 - 001

#### **Bypass gástrico en “Y de Roux”, nuestra técnica**

*Javier Acuña, Carlos Cruz, Carlos Elles, Rubén Carrasquilla, Ramiro Alcalá, Antonio Oyola, Breides Espítia, Erwin Martínez*  
Gestión Salud IPS, Cartagena de Indias,  
javiacu@yahoo.com

**Introducción.** El bypass gástrico en “Y de Roux” es un procedimiento quirúrgico que ha demostrado su efectividad por más de 50 años. En un principio era

practicado por vía abierta. En las últimas décadas es realizado por vía laparoscópica, sin embargo, hay múltiples modificaciones de la técnica variando de grupo en grupo.

**Objetivo.** Presentar nuestra técnica quirúrgica al practicar bypass gástrico en “Y de Roux”.

**Material y método.** Video editado, con títulos didácticos y muy ilustrativos de los diferentes pasos al practicar la técnica quirúrgica del bypass gástrico en “Y de Roux”.

**Resultados.** Se muestra en vídeo la técnica desde su inicio; posición de trocares, medidas de asas biliar y alimentaria, confección de anastomosis yeyuno-yeyunal, ascenso de asa antecólico, confección del pouch gástrico, anastomosis gastro-yeyunal, drenaje de cavidad y cierre de mesos. Se detalla tipos de suturas y otros insumos.

**Conclusión.** El bypass gástrico en “Y de Roux” es una técnica reproducible en cirujanos con experiencia de cirugía laparoscópica avanzada y bariátrica.

### 03 - 004

#### **Conversión de plicatura gástrica a manga gástrica**

*Nayib Zurita, Carlos Cruz, Javier Acuña, Carlos Chau*  
Gestión Salud IPS, Cartagena de Indias, Colombia  
javiacu@yahoo.com

**Introducción.** La plicatura gástrica (hilos gástricos), es uno de los procedimientos quirúrgicos descritos para el manejo de la obesidad. Los reportes en la literatura demuestran resultados muy disímiles; de allí que la mayoría de los consensos se refieren a la plicatura gástrica como un método experimental. Hay grupos quirúrgicos en Estados Unidos, Chile y Brasil que han dejado de practicar esta técnica quirúrgica por sus complicaciones y alta re-ganancia de peso.

**Objetivo.** Presentar el caso de una conversión de plicatura gástrica a bypass gástrico.

**Material y método.** Video editado, con títulos didácticos y muy ilustrativos de los diferentes pasos al practicar la conversión de plicatura gástrica a bypass gástrico.

**Resultados.** Se muestra en vídeo la colocación de trocares, disección gástrica, confección de pouch gástrico, confección de anastomosis yeyuno-yeyunal y practica de anastomosis gastro-yeyunal.

**Conclusión.** La conversión de plicatura gástrica a bypass gástrico es demandante y se sugiere que sea realizada por cirujanos con experiencia en cirugía laparoscópica avanzada y bariátrica.

### 03 - 005

#### Movilización distal del bypass gástrico

*Javier Acuña, Carlos Cruz, Carlos Elles, Rubén Carrasquilla, Ramiro Alcalá, Antonio Oyola, Breides Espitia, Erwin Martínez*

Gestión Salud IPS, Cartagena de Indias, Colombia  
javiacu@yahoo.com

**Introducción.** El *bypass* gástrico es el procedimiento quirúrgico “estándar de oro” en cirugía bariátrica. Lo anterior por los buenos resultados en el manejo de la obesidad y enfermedades asociadas. Sin embargo, hay un pequeño grupo de pacientes que presentan re ganancia de peso. Entre las causas que podrían explicar esta re ganancia esta el asa corta biliar.

**Objetivo.** Presentar el caso de movilización distal de bypass gástrico.

**Material y método.** Video editado, con títulos didácticos y muy ilustrativos de los diferentes pasos al practicar movilización distal del *bypass* gástrico.

**Resultados.** Se muestra en vídeo la colocación de trocares, disección intra abdominal, sección de asa alimentaria, alargamiento de asa biliar con su consecuente acortamiento de asa común, anastomosis intestinal.

**Conclusión.** La movilización distal del *bypass* gástrico es una opción terapéutica en los pacientes con antecedente de *bypass* que experimentan re ganancia de peso por asa corta biliar.

### 03 - 006

#### Hernia del puerto abdominal posterior a bypass gástrico laparoscópico

*Jorge Hernán Trujillo, Mauricio Moreno, Juan Pablo Toro*

Clínica SOMA - Universidad de Antioquia, Medellín - Universidad El Bosque, Bogotá, D.C., Colombia  
jptorov@gmail.com; jorgito20trujillo@hotmail.com

**Introducción.** La aparición de hernias asociadas a puertos luego de cirugía bariátrica parece ser una complicación infrecuente, sin embargo, este evento puede tener una incidencia cercana al 40 %, solo que la mayoría de los casos son asintomáticos y por lo tanto, no se diagnostican.

**Objetivo.** Caracterizar y describir este tipo de complicaciones posterior a la realización de un bypass gástrico laparoscópico, utilizando un caso ilustrativo.

**Material y método.** Se revisa el caso de una paciente sometida a bypass gástrico que presenta una hernia incisional en sitio de puerto con encarcelación de un asa intestinal, para lo cual fue necesario realizar una reintervención por vía laparoscópica.

**Resultados.** Paciente femenina de 32 años con obesidad mórbida grado III (IMC 48) a quien se le realizó un bypass gástrico laparoscópico. Tres semanas después reingresa al servicio de urgencias con clínica de obstrucción intestinal alta. Se realiza diagnóstico de hernia incisional encarcelada y se lleva a reparación por vía laparoscópica. La evolución posoperatoria fue adecuada con buena tolerancia a la vía oral, sin dolor abdominal, pérdida de peso satisfactoria y no evidencia clínica de recurrencia.

**Conclusión.** Las hernias asociadas al sitio de inserción de los trocares o puertos luego de cirugía bariátrica no son una complicación infrecuente, se deben tener en cuenta en la evolución postoperatoria de los pacientes, e intentar prevenirlas realizando el cierre de todos los puertos ayores de 12 mm. Una vez se presenta esta complicación, es factible realizar su manejo por vía laparoscópica.

### 03 - 008

#### SADI-S (single anastomosis duodeno-ileal bypass with sleeve gastrectomy) cirugía metabólica para obesidad

*Andrés Sánchez, Miguel Andrés Lima, María Camila Pareja*

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España - Fundación Universitaria Sanitas, Bogotá, D.C., Colombia  
miguelandreslima@gmail.com

**Introducción.** Se trata de una técnica quirúrgica patentada en 2007 por Andrés Sanchez Pernaute, cirujano adjunto del Hospital Clínico San Carlos Madrid, España, que tiene como finalidad la disminución de peso en pacientes con obesidad mórbida mediante un procedimiento mal absortivo y restrictivo. Esta técnica es un tipo de cruce duodenal modificado donde se realiza una anastomosis única. Además de la conservación pilórica, evita el síndrome de dumping y disminuye la posibilidad de hernias internas y el tiempo quirúrgico.

**Objetivo.** Mostrar paso a paso la técnica y el procedimiento quirúrgico realizado, además de mostrar ventajas y desventajas del procedimiento vs otro tipo de cirugías para obesidad realizadas actualmente en nuestro medio.

**Material y método.** Video de una cirugía SADI-S realizada en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid, España.

**Resultados.** La ventaja de dicho procedimiento es que se realiza una anastomosis única, disminuyendo la posibilidad de fugas anastomóticas, así como la combinación de un procedimiento restrictivo y mal absortivo de cirugía bariátrica.

**Conclusión.** El SADI-S es una técnica apropiada para el control y disminución de peso en obesos mórbidos, logrando disminuir y controlar las comorbilidades asociadas. Tiene, además, las ventajas de preservación del píloro, evitando el síndrome de dumping

## HEPATOBIILIAR

### 03 - 014

#### Colecistitis y megalito biliar

*Nayib Zurita, Ernesto Vélez, Ricardo Andrés Liendo, Sara Herrera*

Nuevo Hospital de Bocagrande - Universidad del Sinú, Cartagena, Bolívar, Colombia nazume73@hotmail.com; cirugíaminimamenteinvasiva.ctg@gmail.com

**Introducción.** La colelitiasis es un problema frecuente en el mundo y en nuestro país, siendo los cálculos grandes un reto terapéutico hoy por hoy. Puede conllevar a complicaciones con una alta tasa de morbilidad y mortalidad. Presentamos el caso de un paciente adulto mayor con colecistitis y colelitiasis de 7cm, en

quien se consideró, dado el tamaño del cálculo, manejo quirúrgico convencional institucional (colecistectomía laparoscópica)

**Objetivo.** Mostrar que el manejo quirúrgico temprano de megalitiasis biliar es posible por vía laparoscópica.

**Material y método.** Video editado con subtítulos didácticos, de colecistectomía laparoscópica en paciente adulto.

**Resultados.** Realización de colecistectomía vía laparoscopia por 4 puertos, identificación de megalitiasis, descompresión de vesícula, disección crítica de triángulo de calot con tijera de Metzenbaun, clipaje de cístico con hemolock, exceresis de vesícula por puerto epigástrico realizando ruptura de cálculo para su extracción.

**Conclusión.** La colelitiasis gigante es una patología la cual puede manejarse de forma temprana reduciendo los riesgos de fistulas, obstrucción, sepsis y muerte en paciente adultos mayores. La colecistectomía laparoscópica en paciente con megalitos biliares no está contraindicada como vía quirúrgica, dado que permite una mejor exposición del campo, así como también aumenta el margen de seguridad.

### 03 - 024

#### Manejo del cístico posterior a la instrumentación de la vía biliar

*Nayib Zurita, Luis Armando Mejía, Carlos Mario Gutiérrez, Melissa Urango, Maryam Umaña*

Nuevo Hospital Bocagrande – Universidad del Sinú, Cartagena de Indias, Colombia  
luismejia@hotmail.com

**Introducción.** Durante una colecistectomía laparoscópica es importante asegurarnos de realizar un adecuado manejo del conducto cístico, para evitar complicaciones posteriores, como fuga de bilis o liberación del material utilizado para el cierre del conducto cístico. En aquellos casos de pacientes con paso de cálculos a la vía biliar, donde vamos a encontrar presiones aumentadas de la vía biliar y del conducto cístico, al igual que en los procesos inflamatorios, el riesgo de liberación del material usado en el sellamiento del cístico es elevado en comparación con aquellos pacientes que no presentan estas patologías.

**Objetivo.** Presentar caso clínico y compartir nuestra experiencia en el manejo del cístico y complicaciones presentadas.

**Material y método.** Video editado, con títulos didácticos, ilustrativos del procedimiento quirúrgico, y artículos científicos.

**Resultados.** Durante una colecistectomía laparoscópica el uso de clips de titanio, es el que soporta mayor presión de la vía biliar, frente a hemolook y uso de Enseal®, aunque no es estadísticamente significativo. Existe la opción de usar sutura mecánica en aquellas colecistectomías de difícil manejo, como la vesícula escleroatrófica, pero la literatura científica es escasa al respecto.

**Conclusión.** Concluimos que el mejor método para el sellamiento del conducto cístico son los clips y hemolook. Actualmente en nuestra corta experiencia con el uso de sutura mecánica no se han presentado complicaciones, mientras que con el uso de hemolook se presentó un caso de necrosis del conducto y por liberación de los clips, un caso de fuga de bilis a cavidad abdominal.

### 03 - 037

#### **Reconstrucción simplificada de la vía biliar por laparoscopia por lesión iatrogénica Strasberg E4**

*Daniel Gómez, Pedro Villadiego, Daniel Pérez, Manuel Sanchez*

Centro Policlínico Del Olaya, Bogotá, D.C., Colombia  
vesalius0216@yahoo.com

**Introducción.** Las reconstrucción laparoscópica de la vía biliar es un campo relativamente inexplorado por sus desafíos técnicos, de allí que la mejor evidencia disponible este limitada a reportes de caso con pequeñas muestras, los cuales en su mayor porcentaje corresponden a series de casos de reconstrucción biliar después de la escisión de quistes del colédoco y no a reconstrucciones por lesiones iatrogénicas complejas.

**Objetivo.** Presentamos un video de reconstrucción simplificada de la vía biliar por laparoscopia por lesión iatrogénica Strasberg E4, durante el cual describimos una técnica original modificada por el autor.

**Material y método.** Paciente femenino de 26 años quien presentó en su posoperatorio inmediato de colecistectomía laparoscópica drenaje biliar de alto debito;

se realiza CPRE registrando ausencia del árbol biliar en el colangiograma, por lo cual ante la sospecha de una lesión de la vía biliar es llevada a cirugía en su quinto día posoperatorio, donde se evidencia lesión de la vía biliar Strasberg E4, la cual se maneja por vía laparoscópica mediante reconstrucción simplificada con Coledocoyeyunostomia antecólica con puntos separados de PDS 4.0 mas Y de Roux con disparo de EndoGIA® 60 mm y cierre con Polipropileno vascular 3.0 más duodenoyeyunostomia con disparo de EndoGIA® 60 mm y cierre con Polipropileno vascular 3.0 para instrumentación endoscópica de la vía biliar, con un tiempo operatorio de 225 minutos.

**Resultados.** La paciente tuvo una evolución posoperatoria favorable iniciando tolerancia de la dieta al tercer día y alta médica al quinto día posoperatorio. Durante el seguimiento no se han registrado episodios de colangitis ascendente o ictericia obstructiva.

**Conclusión.** La reconstrucción simplificada de la vía biliar por laparoscopia es una excelente opción de manejo, mostrando ser una técnica segura y con baja morbilidad cuando es practicada por cirujanos con entrenamiento en técnicas de cirugía laparoscópica avanzada.

### 03 - 062

#### **Uso de sutura mecánica en colecistectomía difícil**

*Nayib Zurita, Luis Armando Mejía, Carlos Mario Gutiérrez, Carlos Manuel Esquivia, Sara Mendoza*  
Nuevo Hospital Bocagrande, Cartagena, Bolívar, Colombia  
nazume73@hotmail.com

**Introducción.** La colecistectomía laparoscópica en la actualidad es el estándar de oro para el tratamiento de la enfermedad de la vesícula biliar. En 1985 en Alemania y en 1987 en Francia se describieron las primeras colecistectomías por vía laparoscópica. Con el advenimiento de la tecnología aplicada a la medicina, encontramos diversas técnicas, métodos e insumos para la realización segura del procedimiento en cuestión. En la literatura hay muy pocos reportes donde se esté utilizando la sutura mecánica como método de corte de la vesícula biliar.

**Objetivo.** Presentar un caso de colecistectomía laparoscópica difícil y de cístico ancho en el que se hizo corte de la vesícula biliar con sutura mecánica.

**Material y método.** Video de alta calidad en paciente quien presentó pancreatitis de origen biliar, editado, con títulos didácticos, donde se muestra colecistectomía.

**Resultados.** Se muestra colecistectomía laparoscópica de difícil realización por vesícula escleroatrófica, con una alternativa no nueva pero poco usada para la realización del corte de la vesícula biliar, sin complicaciones posteriores.

**Conclusión.** El uso de la sutura mecánica como método para corte de la vesícula biliar es poco difundido en el mundo. Este es un caso que no revistió complicaciones posteriores. Es necesario realizar estudios multicéntricos que nos permitan validar el uso de la misma en caso de colecistectomías de vesículas escleroatróficas, con cístico ancho y en otras situaciones que nos faciliten la resolución del mismo.

### 03 - 063

#### **Hallazgo incidental de Áscaris lumbricoides en Colecistectomía laparoscópica con exploración de vía biliar transcística**

*Luis Enrique Becerra, Lorena Natalia Gómez*  
Clínica Nuestra Señora De Fátima, Pasto, Nariño, Colombia

**Introducción.** En colecistectomía laparoscópica se debe realizar exploración de la vía biliar, cuando se encuentre un conducto cístico mayor a 3 mm, introduciendo una sonda nasogástrica delgada del cístico hasta el duodeno, verificando que quede permeable y libre la vía biliar.

**Objetivo.** Comunicar nuestra experiencia en el manejo laparoscópico al realizar colecistectomía con exploración de vías biliares y mostrar un hallazgo incidental con extracción de áscaris lumbricoides.

**Material y método.** Se realizó un estudio de reporte de casos, de un paciente de 37 años con cuadro de colecistitis aguda, con masa muy dolorosa. Ecografía Hepatobiliar reportó vesícula de paredes delgadas con barro biliar y vía biliar no dilatada. No evidencia de tener la vía biliar ocupada.

**Resultados.** En cirugía se identificó vesícula hídrica y conducto cístico dilatado; se realiza exploración transcística con sonda nasogástrica observando Áscaris

Lumbricoides de 20 cm. Se deja tratamiento antibiótico y antiparasitario.

**Conclusión.** Cuando se encuentra un conducto cístico de más de 3 mm de diámetro se debe explorar la vía biliar transcística para verificar la permeabilidad de la misma. El Áscaris lumbricoides es un problema en nuestra región y podría ocurrir la invasión de la vía por este tipo de parásitos, por esta razón, se recomienda desparasitar a todos los pacientes que se programaran para una cirugía abdominal.

## COLON Y RECTO

### 03 - 010

#### **Hemicolectomía Izquierda por laparoscopia**

*Luis Jorge Lombana, Laura Marcela Castilla*  
Pontificia Universidad Javeriana – Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá, D.C., Colombia  
lauramcast@gmail.com

**Introducción.** En la última década, se ha evidenciado un cambio significativo en el manejo del Cáncer Colorrectal, donde dejamos de lado la realización de cirugía abierta, y nos encontramos con un nuevo estado del arte, como lo es, la realización de Hemicolectomía por laparoscopia, evidenciando una menor tasa de estancia hospitalaria, menor tasa de complicaciones y rápida recuperación del paciente. En cuanto a la técnica de Hemicolectomía Radical Izquierda por laparoscopia, se tiene en duda los beneficios de la ligadura alta o baja del meso, por lo cual, en el presente video, mostramos a nuestros observadores los beneficios del paciente con ligadura alta.

**Materiales y Métodos.** Decidimos escoger un paciente al azar, con diagnóstico sospechoso de cáncer colorrectal, previa realización de estudios de extensión, procedemos a grabar el procedimiento de hemicolectomía izquierda por laparoscopia. La paciente se encuentra hospitalizada durante 72 horas y posteriormente se da egreso con seguimiento ambulatorio.

**Resultados.** Durante la hospitalización observamos que la paciente no presentó complicaciones infecciosas, obtuvo signos de tránsito intestinal en menos tiempo de lo esperado, menor tiempo de inicio de vía oral, así como una rápida recuperación para la realización de actividades diarias, en comparación con pacientes

en quienes se realiza la ligadura baja del meso. Además no se ha logrado evidenciar recaída local de la enfermedad.

**Conclusión.** En conclusión podemos considerar que la ligadura alta del meso es beneficiosa en pacientes con cáncer colorrectal dado que se beneficia su actividad anorrectal y disminuye la morbilidad en dichos pacientes.

### 03 - 011

#### **Recto-sigmoidectomía perineal – procedimiento de Altmeier**

*Carlos Zapata, Nafer Junior Anaya, Enrique Rincón*  
Universidad Nacional de Colombia - Hospital Universitario de la Samaritana, Bogotá, D.C., Colombia.  
naferjr@hotmail.com, njanayaa@unal.edu.co

**Introducción.** Es frecuente ver en la consulta de urgencias, pacientes alrededor de la octava década de la vida, con prolapso rectal de un tamaño considerable. Generalmente estos pacientes plantean un reto al cirujano, dado sus comorbilidades. En los pacientes que no toleran anestesia general y/o cirugía abdominal mayor, el procedimiento de Altmeier es una opción válida.

**Objetivo.** Presentar en video la corrección de un prolapso rectal mediante rectosigmoidectomía perineal o técnica de Altmeier. Describir adicionalmente la experiencia acumulada en el HUS utilizando dicho procedimiento.

**Materiales y métodos.** Presentamos en video una cirugía en la cual se utilizó la técnica descrita. Se muestran los resultados de la serie de casos tratados en el HUS con rectosigmoidectomía perineal entre 2013 y 2015, incluyendo adultos mayores de 70 años, que no presentaban condiciones óptimas para ser llevados a anestesia general y/o cirugía abdominal mayor.

**Resultados.** Se logra reducción del prolapso rectal con mejoría sintomática en todos los pacientes. No hubo mortalidad perioperatoria. Se documentó como complicación una mayor incidencia de incontinencia.

**Conclusión.** En el paciente adulto, mayor de 70 años, con prolapso rectal, con comorbilidades que lo hacen pobre candidato para anestesia general y/o cirugía abdominal mayor, el procedimiento de Altmeier es una

opción válida, que mejora la sintomatología del paciente, con un muy bajo riesgo de mortalidad perioperatoria y con disminución en las complicaciones mayores relacionadas al procedimiento, pero con un riesgo teórico mayor de recurrencia del prolapso rectal e incontinencia, que con las técnicas para el manejo del prolapso rectal por vía abdominal, sean laparoscópicas o no.

### 03 - 012

#### **Apendicitis aguda de corta instauración**

*Nayib Zurita, Ricardo Andrés Liendo, Omar Andrés Godoy, Sara Herrera*

Universidad del Sinú, Cartagena - Nuevo Hospital de Bocagrande, Cartagena, Colombia  
nazume73@hotmail.com; cirugíaminimamenteinvasiva.ctg@gmail.com

**Introducción.** La apendicitis aguda es una de las patologías quirúrgicas con la cual los cirujanos nos enfrentamos día a día. Se considera que la población general es afectada en un 7 % y se puede presentar en pacientes todas las edades, razas y condiciones socioeconómicas. Mostramos dos casos de muy corta evolución, en los cuales inicialmente se dudó en la veracidad del diagnóstico por el tiempo de evolución y recibieron un manejo convencional institucional (cirugía laparoscópica).

**Objetivo.** Presentar dos casos clínicos con sintomatología de apendicitis aguda menor de 10 horas.

**Material y método.** Video editado con subtítulos didácticos, de apendicectomía laparoscópica en paciente adulto joven.

**Resultados.** Se muestra apendicectomía realizada bajo técnica laparoscópica, disección de mesoapéndice, corte delapéndice en su base con sutura mecánica y exéresis delapéndice en bolsa de viaflex.

**Conclusión.** Para el diagnóstico de la apendicitis aguda deben tenerse en cuenta múltiples factores, siendo la clínica del paciente la más importante. La pericia del cirujano es sumamente valiosa a la hora del abordaje quirúrgico, siendo hoy por hoy, en muchos casos la vía laparoscopia una vía quirúrgica ideal para los pacientes. La sutura mecánica utilizada para la base apendicular da un margen de seguridad para el cirujano.

### 03 - 032

#### **Colectomía total laparoscópica para inercia colónica**

*Julieta Correa, Rene Escobar, Carlos Molaes, Juan Pablo Toro*

Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia  
Julieta.correa@udea.edu.co

**Introducción.** La inercia colónica es un trastorno de la motilidad del colon caracterizada por dolor abdominal crónico, distensión y constipación severa. A pesar de ser una condición benigna, los pacientes con síntomas severos, que no responden al manejo conservador, requieren manejo quirúrgico definitivo con colectomía total.

**Materiales y métodos.** Se revisa un caso de inercia colónica severa refractaria al manejo médico que requirió tratamiento con colectomía total por vía laparoscópica.

**Resultados.** Paciente de 26 años con constipación crónica por inercia colónica que no responde a manejo conservador, con desnutrición crónica y trastorno depresivo asociado. Se realiza colectomía total por laparoscopia con anastomosis íleoanal. Se utiliza una técnica de 5 puertos con anastomosis íleoanal transanal con sutura mecánica circular, sin complicaciones intraoperatorias. La paciente presenta una evolución adecuada con íleo adinámico como única novedad y se da de alta al día 9 con buena tolerancia a la vía oral, sin dolor, con mejoría de la distensión y con 2-3 deposiciones por día.

**Conclusión.** La inercia colónica es una causa infrecuente de constipación crónica y en casos severos es necesario realizar colectomía total con anastomosis íleoanal. El abordaje laparoscópico es un método seguro y efectivo para el tratamiento de esta entidad.

## ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA

### 03 - 019

#### **Resección intragástrica con abordaje combinado para manejo de un cáncer gástrico temprano**

*Raúl Pinilla, Nelson Buelvas, Alden Pool Gómez*  
Universidad del Sinú – Cartagena, Cartagena, Bolívar,  
Colombia, nelson\_buelvasgomez@hotmail.com

**Introducción.** Las neoplasias intraepiteliales gástricas de alto grado constituyen lesiones premalignas catego-

rizadas como carcinoma *in situ* en la clasificación del TNM. Generalmente, estas lesiones requieren resección mediante mucosectomía endoscópica, sin embargo, cuando no es posible realizar esta técnica debido a inconvenientes técnicos del tumor o del paciente, existe una segunda opción constituida en las técnicas de cirugía mixta que combina la laparoscopia y la endoscopia. Con el uso de estas técnicas se ha logrado adecuados niveles de supervivencia, con resecciones con márgenes oncológicos moderados.

**Objetivo.** Mostrar nuestra experiencia en el manejo de cáncer gástrico temprano en un centro nacional de referencia, utilizando técnicas combinadas endoscópicas-laparoscópicas.

**Material y método.** Se presenta el caso de un paciente masculino con una neoplasia intraepitelial de alto grado manejado con técnica de doble abordaje. Se realizó recolección de datos de historia clínica, así como de imágenes diagnósticas, y video de procedimientos quirúrgicos. Además, se realiza revisión bibliográfica exhaustiva en base de datos PubMed.

**Resultados.** Se le practicó una técnica denominada “Cirugía Intraluminal Laparoscópica Asistida por Endoscopia” (descrita por Ohashi en 1995) con adecuada evolución posquirúrgica. Obtuvimos reporte de patología que confirmó que se trataban de lesiones intraepiteliales de bajo (displasia moderada-leve) y alto (displasia severa) grado respectivamente, con bordes de resección libres de lesión tumoral y 3 ganglios linfáticos libres de metástasis.

**Conclusión.** Se trató adecuadamente ésta lesión intraepitelial de alto grado, con una resección libre de márgenes comprometidos de acuerdo a las guías de manejo. Consideramos crucial el manejo oportuno y la disponibilidad de equipos y profesionales idóneos que trabajen en conjunto para lograr que ésta técnica mixta tenga éxito.

### 03 - 034

#### **Adenocarcinoma de recto proximal localmente avanzado: viabilidad de la técnica laparoscópica**

*María Fernanda Palacio, Juan Pablo Toro, Carlos Hernando Morales*

Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia  
mafepalacio@gmail.com

**Introducción.** En la resección quirúrgica del cáncer de recto lo primordial es la excisión total del mesorrecto (TME), donde está el mayor componente ganglionar, que informará el estadio oncológico posoperatorio y el pronóstico. La cirugía laparoscópica ofrece una mejor visualización de la lesión y acceso a los órganos pélvicos, sin embargo, su aplicación en casos de tumores localmente avanzados es controvertida.

**Objetivo.** Revisar la técnica de procto-sigmoidectomía laparoscópica mediante un video.

**Materiales y métodos.** Se presenta el caso de una paciente con adenocarcinoma de recto proximal localmente avanzado sometida a resección quirúrgica oncológica por vía laparoscópica.

**Resultados.** Paciente femenina de 73 años, con colonoscopia que muestra a los 20 cm una masa estenosante que impide al paso del equipo. La biopsia reporta adenocarcinoma bien diferenciado de recto proximal. La tomografía abdominal muestra lesión en rectosigmoides de aspecto neoplásico, de 7 cm con adenopatías en mesosigmoides y mesorrecto. Se realiza resección de rectosigmoides por laparoscopia con anastomosis baja, sutura circular mecánica e ileostomía de protección. La evolución fue satisfactoria. Se dio de alta hospitalaria al sexto día. El reporte de patología mostró un adenocarcinoma bien diferenciado de recto, tamaño tumoral 4 cm, invasión hasta mesorrecto, bordes de resección y donuts libres, índice ganglionar 8/10 positivos. pT-4N3Mx.

**Conclusiones.** La resección laparoscópica del carcinoma de recto es una técnica viable y segura que ha mostrado buenos resultados posoperatorios, incluso en casos de gran compromiso local.

## CIRUGÍA MINIMAMENTE INVASIVA

### 03 - 016

#### **Pancreatectomía distal por laparoscopia con técnica de Warshaw**

*Juan Camilo Gómez, Francisco Javier Henao, Germán Rosero*

Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D.C., Colombia  
departamentocirugia@husi.org.co; juancamilo.gr@hotmail.com

**Introducción.** Se presenta el caso de una mujer de 40 años con tumor de cuerpo y cola del páncreas, en quien

se realizó procedimiento por vía laparoscópica, siendo posible la resección de la masa sin requerir esplenectomía.

**Objetivo.** Presentar la técnica de Warshaw mediante video laparoscopia para la resección de tumores en páncreas distal.

**Material y método.** Video de procedimiento realizado por laparoscopia en una paciente. Se demuestra el uso de endograpadoras para sección pancreática, logrando la resección completa de la masa, la demostración de la ligadura y sección del hilio esplénico por compromiso tumoral y la preservación del bazo mediante su irrigación a través de los vasos gástricos cortos. Así mismo, se ilustran los bordes de sección, mediante reparos anatómicos para el caso.

**Resultados.** Paciente con evolución clínica satisfactoria e inicio temprano de vía oral, sin complicaciones perioperatorias ni tardías, con control analgésico óptimo dado por abordaje laparoscópico.

Patología reportó neoplasia mucinosa de bajo grado, con bordes de sección negativos, por lo que se da alta por el servicio.

**Conclusión.** La resección de masas en páncreas distal puede realizarse de manera segura mediante laparoscopia, obteniendo bordes oncológicos. El tiempo de hospitalización, el inicio de vía oral, la respuesta analgésica del paciente y la ausencia de complicaciones demuestran los beneficios del abordaje. Como principal ventaja, se presenta la preservación del bazo por medio de esta técnica, mediante la perfusión del órgano por vasos cortos.

### 03 - 023

#### **Pancreatectomía central con pancreato-gastrostomía por laparoscopia**

*Óscar Guevara, Raúl Pinilla*

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

**Introducción.** La pancreatectomía central es una resección preservadora del parénquima pancreático, establecida para tumores benignos o de bajo grado de malignidad localizados en el istmo del páncreas. Tiene como desafío la realización de la anastomosis del cuer-

po del páncreas al tracto digestivo. Se presenta un caso de pancreatectomía central con anastomosis pancreato-gástrica, realizadas por laparoscopia.

**Objetivo.** Presentar los detalles técnicos más relevantes de la pancreatectomía central con anastomosis pancreato-gástrica por laparoscopia.

**Material y método.** Video con presentación del caso de una paciente de 43 años con cuadro de dolor abdominal, en quien se encuentra un tumor neuroendocrino de 2cm de diámetro en el istmo del páncreas, sin lesiones a distancia.

**Resultados.** Se presentan en el video el abordaje inicial, la apertura y exposición del ligamento gastrocólico, la maniobra de suspensión del estómago por el puerto epigástrico, disección del borde inferior del páncreas, disección vena esplénica y confluente esplenomesentérico venoso. Disección arteria hepática, exposición del origen de la arteria gastroduodenal, muestreo ganglionar, sección proximal y distal del páncreas y finalmente la anastomosis pancreato-gástrica en dos planos. Se presenta la estancia posoperatoria y el resultado de patología que mostró una neoplasia neuroendocrina bien diferenciada grado I, con 6 ganglios negativos.

**Conclusión.** La pancreatectomía central es una técnica factible por laparoscopia para tumores del istmo de páncreas, benignos o de bajo grado.

### 03 - 027

#### **Tratamiento quirúrgico de la pancreatitis crónica: procedimiento de Frey por laparoscopia**

*Oscar Luis Padrón, Jaime Muskus, Diego Valbuena*  
Fundación Universitaria Sanitas, Bogotá, D.C., Colombia  
Diegoego55@hotmail.com

**Introducción.** La pancreatitis crónica es la inflamación del páncreas con cambios morfológicos irreversibles, cuyos síntomas tales como dolor abdominal y esteatorrea, entre otros, afecta la calidad de vida.

Luego de múltiples tratamientos generalmente el paciente con pancreatitis crónica consulta al cirujano en busca de una solución definitiva, es por esta razón que el tratamiento quirúrgico debe ser de pleno cono-

cimiento para el cirujano general. Dicho tratamiento se divide en procedimientos basados en la resección o drenaje. El procedimiento de Frey es un procedimiento híbrido que tiene bajo riesgo quirúrgico y mejora la calidad de vida en comparación con otras técnicas quirúrgicas de tipo resectivo.

**Objetivo.** Describir al tratamiento quirúrgico laparoscópico para la pancreatitis crónica.

**Material y método.** Se describe el caso clínico de un paciente con pancreatitis crónica y se proyecta el video del procedimiento de Frey, describiendo los pasos y resultados de dicha técnica, con una breve revisión de la literatura.

**Resultados.** El paciente luego de la realización del procedimiento de Frey presentó mejoría total de los síntomas y actualmente desarrolla su vida normal.

**Conclusión.** La pancreatitis crónica es una enfermedad que afecta la calidad de vida; el tratamiento quirúrgico es una opción con posibilidad de curación. Este procedimiento se divide en resectivo, derivativo y mixto, siendo el procedimiento de Frey una opción viable perteneciente a este último grupo, dada su alta efectividad y bajo riesgo de complicaciones en comparación con la pancreatoduodenectomía.

### 03 - 035

#### **Vena adrenal con drenaje a la vena suprahepática derecha: variante anatómica durante un caso de adrenalectomía laparoscópica**

*María Fernanda Palacio, Juan Pablo Toro, Carlos Hernando Morales*  
Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia  
mafepalacio@gmail.com

**Introducción.** La adrenalectomía laparoscópica es el tratamiento de elección en la enfermedad benigna adrenal y ha reemplazado a la técnica abierta debido a la mejor visualización y a los beneficios clínicos que ofrece la mínima invasión. La revisión de las imágenes preoperatorias y la disección vascular deben ser muy cuidadosas ya que se ha descrito variabilidad en la anatomía vascular de la glándula suprarrenal, especialmente la derecha.

**Objetivo.** Presentar la técnica de disección vascular segura en la adrenalectomía laparoscópica derecha mediante un video.

**Materiales y métodos.** Se revisa el caso de una paciente con adenoma adrenal derecho donde se observa el drenaje venoso de la glándula a la vena suprahepática derecha y no a la vena cava, como variante anatómica.

**Resultados.** Mujer de 68 años con historia de dolor en flanco derecho. Realizan resonancia nuclear magnética contrastada y otros estudios que demuestran adenoma suprarrenal derecho no funcional. Se llevó adrenalectomía laparoscópica con abordaje transabdominal lateral encontrando la vena adrenal con drenaje a la vena suprahepática derecha. La evolución fue satisfactoria, estancia hospitalaria un día, mejoría completa del dolor. Patología confirmó adenoma cortical derecho.

**Conclusiones.** La anatomía vascular de la glándula adrenal puede ser variable. Es importante conocer las potenciales variantes anatómicas de las venas adrenales para prevenir el sangrado intraoperatorio. La vía laparoscópica permite una excelente identificación y disección de la estructuras vasculares.

### 03 - 038

#### **Esofagectomía Ivor Lewis mínimamente invasiva**

*Germán Rosero, Francisco Javier Henao, Angélica Cendales*

Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C., Colombia  
a\_cendales@hotmail.com

**Introducción.** La esofagectomía es el tratamiento potencialmente curativo para el carcinoma de esófago localizado, sin embargo, es una cirugía compleja que se asocia con alta morbilidad. La esofagectomía mínimamente invasiva ha demostrado en múltiples estudios ser un abordaje seguro y eficaz en el manejo del cáncer de esófago.

**Materiales y métodos.** Paciente de 59 años, procedente de Caquetá, quien consultó por cuadro de un año de evolución consistente en dolor en hemiabdomen superior, disfagia progresiva y pérdida de peso. Por endoscopia de vías digestivas se documentó presencia de lesión neoplásica a los 32 cm de la arcada dentaria; patología adenocarcinoma infiltrante bien diferenciado. Estudios de extensión negativos para enfermedad metastásica a distancia.

**Resultados.** Se realizó esofagectomía tipo Ivor Lewis con abordaje por laparoscopia y toracoscopia. Se encontró un tumor de 4x4 cm., localizado en la unión gastroesofágica, con extensión hacia el cardias, sin criterios de irresecabilidad. El procedimiento se realizó sin complicaciones. Presentó una evolución postoperatoria satisfactoria, sin ninguna complicación y con una estancia hospitalaria postoperatoria de 11 días. La patología reportó adenocarcinoma gástrico variante intestinal T3N2M0.

**Conclusión.** La esofagectomía Ivor Lewis mínimamente invasiva es un abordaje que ofrece resultados oncológicos adecuados con una baja morbilidad.

### 03 - 039

#### **Pancreatectomía subtotal laparoscópica para manejo de insulinoma multifocal en síndrome de NEM1**

*Carlos Mauricio Ocampo, Carlos Hernando Morales, Juan P. Toro*

Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia  
carlosmocampo@gmail.com

**Introducción.** La pancreatectomía subtotal laparoscópica es un procedimiento técnicamente exigente pero que ofrece ventajas comparado con la técnica abierta, tales como mejor visualización del campo operatorio, menor sangrado, menor estancia hospitalaria y más rápida recuperación del paciente. Se sugiere esta técnica como manejo de elección de los tumores pancreáticos benignos.

**Objetivo.** Presentar el caso de un paciente con NEM 1 e insulinomas multifocales llevado a pancreatectomía subtotal laparoscópica.

**Material y método.** El video ilustra de una manera simple los pasos quirúrgicos claves del procedimiento. Hacemos énfasis en el adecuado manejo de los tejidos e instrumentos para disminuir las complicaciones como el sangrado y la fistula pancreática.

**Resultados.** Paciente de 36 años con síntomas neuroglucopénicos y tirada de Whipple, test de ayuno positivo y péptido C elevado. Se realizaron estudios de extensión y se diagnosticó síndrome de NEM 1. La tomografía abdominal mostró tres imágenes en páncreas, compatibles con insulinomas, que comprometían el cuerpo y la cola. El paciente fue llevado al procedi-

miento con una técnica quirúrgica estandarizada, realizando pancreatectomía subtotal con esplenectomía, dada la proximidad de una de las lesiones con el hilio esplénico. La evolución fue satisfactoria, con mejoría completa de la hipoglicemia desde el posoperatorio inmediato. Se dió de alta al cuarto día y no presentó complicaciones a corto plazo.

**Conclusión.** La pancreatectomía subtotal o distal laparoscópica es el tratamiento de elección en la mayoría de tumores pancreáticos benignos. Es un procedimiento desafiante pero seguro y se asocia a menor morbilidad que la técnica abierta, con iguales o mejores resultados durante el seguimiento.

### 03 - 040

#### **Manejo laparoscópico de hernia paraesofágica gigante y devolvulación gástrica de emergencia**

*Daniel Gómez, Pedro Villadiego, Daniel Pérez, Manuel Sánchez*

Centro Policlínico del Olaya, Bogotá, D.C, Colombia  
vesalius0216@yahoo.com

**Introducción.** Las hernias paraesofágicas gigantes representan el 5 % de las hernias hiatales. En contraste con las hernias hiatales pequeñas, su manejo conservador, se asocia con progresión de los síntomas y complicaciones que comprometen la vida, como su estrangulamiento. Por otro lado, los vólvulos gástricos son una entidad infrecuente, que afecta a pacientes por encima de la 4ª década de la vida y cuyos síntomas son inespecíficos, por lo cual su presentación es inadvertida poniendo en riesgo la vida de los pacientes si evolucionan a complicaciones de orden vascular.

**Objetivo.** Presentar un video donde se ilustra el manejo laparoscópico de emergencia de una hernia paraesofágica gigante asociada a vólvulo gástrico con cambios vasculares incipientes.

**Material y método.** Mujer de 52 años de edad quien consultó por melenemesis. Es valorada por Medicina Interna quienes ordenan endoscopia de vías digestivas altas la cual reportó hernia hiatal gigante, estigmas de sangrado e imposibilidad para el paso del píloro. Con los hallazgos descritos se realizó tomografía abdominal contrastada que reportó la presencia de hernia paraesofágica derecha con vólvulo gástrico contenido, por lo cual se solicitó valoración y manejo por Cirugía

General. La paciente fue llevada a cirugía donde se encontró gran defecto hiatal y herniación de vólvulo gástrico órgano - axial paraesofágico derecho, con signos de compromiso vascular dados por congestión venosa y presencia de liquido en vino porto.

Se practicó liberación de adherencias, individualización de componentes, exposición de cruras, reducción del contenido torácico, devolvulación gástrica, resección del saco herniario, hiatooplastia libre de tensión mediante la colocación de una malla para hiato Parietex Composite® (Medtronic) de 15x10 cm, la cual se fijó con Absorbatack® (Medtronic) a ambas cruras y se configuró la plicatura gástrica con la técnica convencional. El procedimiento finalizó por vía laparoscópica y no registró complicaciones transoperatorias.

**Resultados.** Se practicó procedimiento totalmente laparoscópico sin complicaciones posoperatorias; inicio de la vía oral con líquidos a las 48 horas y alta hospitalaria al cuarto día. Durante el seguimiento a 2 meses no se evidencia complicaciones como disfagia o síntomas de reflujo ácido.

**Conclusión.** Este caso ilustra claramente que el manejo laparoscópico de las hernias paraesofágicas gigantes puede ser realizado por vía laparoscópica, incluso en un contexto de urgencias, de una manera segura, poco mórbida y efectiva, cuando se realiza por cirujanos entrenados en técnicas de laparoscopia avanzada.

### 03 - 041

#### **Hernia de Morgagni en el adulto, manejo mínimamente invasivo en un hospital de IV nivel en Bogotá**

*Andrés Salazar, Mónica M. Castro, Alfonso Márquez,*  
Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá D.C, Colombia  
monicastro424@gmail.com

**Introducción.** Las hernias diafragmáticas congénitas en el adulto son muy raras, ocurren en 1 a 2000 nacidos vivos. La prevalencia esta subestimada. Existen estudios en autopsia que estiman la prevalencia 1: 7000 a 1: 2000, pero en revisiones de imágenes en tomografías computarizadas la prevalencia es hasta del 6 %. Las recomendaciones de la literatura para su tratamiento es el uso de técnicas mínimamente invasivas, con o sin malla, porque están asociadas con menor morbimortalidad y baja tasa de recurrencia.

**Objetivo.** Mostrar en un video paso a paso el abordaje laparoscópico, realizado en una institución de IV nivel (Hospital Universitario San Ignacio).

**Material y método.** Paciente femenina de 49 años conocida por cuadro de dolor abdominal predominantemente en hipogastrio por Ginecología, de forma ambulatoria, con sospecha de teratoma ovárico en julio de 2015. Remiten a nuestra consulta por hallazgos en TAC abdominal contrastado de hernia diafragmática anterior de 5 x 10 cm, ligeramente hacia la derecha, con contenido hacia el tórax derecho del colon transversal y epiploon mayor en su interior, no encarcelada. Se preserva pericardio y pleura derecha.

Estudios adicionales EVDA normales, radiografía de vías digestivas altas con reflujo gastroesofágico espontáneo. Se consideró que la paciente tenía indicación de herniorrafia por laparoscopia.

**Resultados.** Paciente evolución posoperatoria satisfactoria, durante estancia sin complicaciones, egreso a los dos días. Seguimiento posoperatorio sin evidencia de complicaciones o recurrencias.

**Conclusión.** Consideramos que el empleo de la técnica mínimamente invasiva en corrección de hernia diafragmática es segura, disminuye el tiempo operatorio y la estancia hospitalaria, así como el dolor posoperatorio, las neumonías, recurrencias y reingresos.

## TRAUMA

### 03 - 053

#### **Hepatectomía por laparoscopia en trauma, reporte de caso**

*Diego Dávila, Nathalie Carolina Villán, Laura Marcela Morantes, Sebastián Portillo*  
Universidad CES, Medellín, Colombia

**Introducción.** La resección laparoscópica de segmentos hepáticos se ha vuelto más común en el tratamiento quirúrgico de patologías benignas y malignas. Algunos autores sugieren una menor tasa de complicaciones con este abordaje, especialmente menor pérdida sanguínea, dolor posoperatorio y menor estancia hospitalaria, sin un aumento significativo en el tiempo quirúrgico. En los últimos años se ha propuesto como tratamiento quirúrgico apropiado además de los pacientes en el contexto de trauma hepático complejo.

**Objetivo.** Con este video buscamos demostrar que el abordaje laparoscópico para el manejo de traumas hepáticos severos es factible en nuestro medio, con resultados similares al abordaje abierto.

**Presentación de caso.** Se presenta el caso de un paciente de 28 años masculino que sufre accidente de tránsito de alta energía, con trauma cerrado de abdomen secundario, evidencia tomográfica de trauma hepático grado V con laceraciones del segmento hepático II y III, extensión al hilio hepático y pseudoaneurisma de la arteria hepática izquierda. Posteriormente se realiza arteriografía demostrándose una trombosis de la arteria hepática común a nivel del origen con flujo a lóbulo izquierdo limitado, por lo que se realiza además un doppler de circulación portal con evidencia de oclusión completa de la porta izquierda.

Durante la hospitalización desarrolla necrosis del segmento hepático izquierdo, sangrado activo de la arteria hepática izquierda, por lo que se lleva a hepatectomía laparoscópica del segmento lateral izquierdo y tratamiento quirúrgico del pseudoaneurisma de la arteria hepática izquierda, con buena evolución durante el posoperatorio. Se da de alta al quinto día posoperatorio.

### 03 - 054

#### **Manejo de una herida de ventrículo derecho con técnica mínimamente invasiva**

*Jessica Correa, Mauricio Zuluaga*  
Universidad del Valle- Hospital Universitario del Valle,  
Cali, Colombia  
jcm1603@hotmail.com

**Introducción.** Se realiza ventana pericárdica por técnica mínimamente invasiva y además se resuelve la herida de ventrículo derecho.

**Objetivo.** Mostrar la técnica de ventana pericárdica por toracoscopia y manejo de herida cardiaca.

**Material y métodos.** Descripción del caso. Hombre de 22 años quien ingresa a urgencias con herida por arma corto punzante precordial izquierda, en 2do EIC con LMC. Presentó disnea con hipoventilación en campo pulmonar izquierdo, sin signos de taponamiento cardíaco. Se pasó tubo de tórax izquierdo que drenó 400 cc de sangre. La radiografía de tórax control mostró tubo torácico bien posicionado, sin hemotórax resi-

dual. El paciente se lleva a ventana pericárdica toracoscópica. A través de trocar de 10 mm ubicado en sitio de toracostomía izquierda, se introduce lente de 30 grados y se evalúa pericardio, evidenciando una herida de 2 cm.; se realiza vista panorámica de la cavidad, no hematomas mediastinales.

Con ayuda de cánula de succión a través de un segundo trocar, se drena hemotórax residual y se visualiza herida de pulmón grado I en el lóbulo superior.

Una pinza grasper se inserta a través de un tercer trocar y la herida pericárdica se extiende en dirección cefálica y caudal, se expone la herida de ventrículo derecho. Con porta agujas y sutura no absorbible monofilamento 3/0 se coloca punto colchonero simple y se cierra herida.

**Resultados.** Luego de 48 horas de posoperatorio se realiza ecocardiograma sin anomalías. El tubo torácico se retira y el paciente egresa sin complicaciones.

**Conclusión.** La técnica mínimamente invasiva es útil en el paciente de trauma y debe ser una herramienta presente en el cirujano actual.

### 03 - 055

#### **Pericardiotomía parcial por toracoscopia monopuerto con cardiografía**

*Carlos Carvajal, Jorge Ramírez, Darwin Padilla*

Hospital Santa Clara E.S.E. – Universidad El Bosque,  
Bogotá D.C., Colombia  
jorgeramirezpereira@hotmail.com

**Introducción.** La pericarditis constrictiva es un desorden del llenamiento cardiaco producido por un pericardio inelástico. Esta es una de las principales causas de falla cardiaca curable y debe ser considerada en todo paciente con falla cardiaca derecha idiopática, especialmente cuando la función del ventrículo izquierdo esta conservada. El diagnóstico de esta entidad siem-

pre es un reto diagnóstico, y los esfuerzos se deben dirigir a buscar la disociación de las presiones intracardiacas e intratorácicas. La piedra angular del diagnóstico reside en el ecocardiograma con análisis Doppler y la escanografía de tórax. Aunque algunos pacientes son candidatos para manejo médico, el tratamiento quirúrgico sigue siendo la única terapia definitiva para esta patología.

**Objetivo.** Se presenta un caso clínico de pericardiotomía parcial por toracoscopia monopuerto con cardiografía de la aurícula derecha por perforación, debido al severo proceso inflamatorio.

**Material y método.** Se presenta el vídeo clínico de una paciente con pericarditis restrictiva que fue llevada a pericardiotomía parcial por toracoscopia monopuerto. Durante la cirugía se produjo una lesión advertida de la aurícula derecha que fue susceptible de manejo por vía mínimamente invasiva.

**Resultados.** Durante la disección del pericardio del miocardio, el severo proceso inflamatorio de un área de la aurícula derecha dificultó la disección, desencadenando una lesión a este nivel. La lesión fue advertida inmediatamente y dado que no había impacto en el gasto cardiaco de la paciente, se logró realizar la cardiografía por toracoscopia. La paciente tuvo una evolución clínica favorable y al cuarto día del postoperatorio se le retiró el tubo de tórax y se dio egreso hospitalario a los 10 días.

**Conclusión.** La pericarditis constrictiva es una entidad que debe ser tenida en cuenta en todos los pacientes con falla cardiaca derecha de causa desconocida. Son pocos los pacientes que pueden ser manejados médicamente y por lo tanto la cirugía es el pilar del tratamiento. Este abordaje se puede realizar con una estrategia mínimamente invasiva. Las posibles complicaciones intraoperatorias pueden manejarse por esta misma vía si no hay impacto en el gasto cardiaco y en centros con experiencia en este tipo de patologías y abordajes quirúrgicos.



# PÓSTERES

## CABEZA Y CUELLO

04 - 001

### Tratamiento de cuerpo extraño intraparotideo, reporte de un caso

*Judith Natalia Vásquez, Nafer Junior Anaya, Andrey Moreno*

Hospital Universitario La Samaritana - Instituto Nacional de Cancerología - Universidad de La Sabana – Universidad Nacional de Colombia, Bogotá D.C, Colombia  
judithvasquez@yahoo.com

**Introducción.** Los cuerpos extraños intra parotídeos son eventos de poca frecuencia, relacionados al trauma en su mayoría, o secundarios a patología litiásica intraglandular. Pudiendo cursar con parotiditis obstructiva o infecciosa secundaria.

**Objetivo.** Presentar un caso raro de cuerpo extraño de madera, introducido como arma cortopunzante en herida en cara, exponer el manejo empleado y la evolución final del paciente.

**Material y método.** Reporte de caso, presentando historia clínica, hallazgos al examen físico, imágenes e intraoperatorio, explicando resultado final del paciente.

**Resultados.** Este es el caso de un paciente masculino de 34 años víctima de herida por arma cortopunzante en región malar izquierda, con posterior edema, rubor, calor y salida de secreción purulenta por orificio de entrada, que fue tratado inicialmente como celulitis en cara. En la ecografía de tejidos blandos no se observó el cuerpo extraño, pero por persistencia de los signos inflamatorios y elevación de PCR a pesar de tratamiento antibiótico de amplio espectro, se realizó TAC contrastado de cara y cuello, evidenciando cuerpo extraño intraparotideo. Se practicó extracción quirúrgica exitosa del cuerpo extraño sin necesidad de parotidectomía, sin lesión de nervio facial y sin presentar fistula salivar.

**Conclusión.** Es factible la extracción de un cuerpo extraño intraparotideo, sin necesidad de parotidectomía total, con aproximación guiada por imágenes, preservando nervio facial.

## TÓRAX

04 - 029

### Colapsoterapia con prótesis mamaria expandible en el manejo de tuberculosis pulmonar: reporte de caso

*Carlos Mauricio Ocampo, Pablo Posada, Lord Larry Posada*

Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia  
carlosmocampo@gmail.com

**Introducción.** La colapsoterapia es una técnica usada para obliterar espacios pulmonares creados como secuela de infecciones por tuberculosis, descrita inicialmente en 1882; se han utilizado diversos materiales, como tejido adiposo y óseo, o mezcla de varias parafinas y esferas de polimetilmetacrilato (esferas de Lucite), con complicaciones importantes. Con el advenimiento de la terapia antibiótica exitosa se disminuyó su uso; pero actualmente y especialmente por la aparición de cepas multidrogaresistentes (MDR) se están presentando casos nuevos de pacientes con cavernas extensa, donde la única opción terapéutica es la intervención quirúrgica para obliterarla, jugando un papel importante las prótesis mamarias expandibles, las cuales disminuyen las complicaciones.

**Objetivo.** Presentamos el caso de un paciente de 49 años con una tuberculosis de difícil manejo, asociada a una caverna pulmonar, manejada con colapsoterapia con prótesis mamaria expandible, con una excelente respuesta a corto plazo.

**Material y método.** Se presenta el caso del paciente llevado a toracoplastia y colapsoterapia con expan-

sor tisular (prótesis mamaria expandible Natrelle 150 Allergan®; Reino Unido). El procedimiento se realizó por toracotomía posterior, con resección de la tercera costilla posterolateral izquierda, decorticación y desbridamiento del lóbulo superior, logrando liberar la pleura parietal hasta el quinto espacio intercostal, se realizó la toracoplastia con prótesis mamaria expandible, que se insufló dentro de la cavidad con 350 centímetros de agua estéril. Se dejó puerto de prótesis subcutáneo para su posterior llenado, de ser necesario.

**Resultados.** Durante el procedimiento no hubo complicaciones y en los días siguientes a la cirugía el paciente experimentó mejoría de los síntomas constitucionales, la tos, la expectación y disminuyó la carga bacilífera en el BK de control, demostrando la efectividad del procedimiento.

**Conclusión.** Debido al surgimiento de cepas de bacilos tuberculosos MDR y pacientes persistentemente bacilíferos, con lesiones cavernomatosas asociadas, la colapsoterapia se convertirá nuevamente en una indicación terapéutica, utilizando las prótesis expandibles ampliamente tecnificadas y probadas en la cirugía estética, con lo cual se reducirán las complicaciones tempranas y tardías.

#### 04 - 030

##### **Colapso pulmonar completo como secuela de tuberculosis traqueo bronquial.**

Reporte de caso y revisión de la literatura

*Ricardo Adolfo Zapata, Carolina Salinas, Ricardo Andrés Torres*

Clínica CardioVID – Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia  
carosp@gmail.com

**Introducción.** La tuberculosis traqueo bronquial es una forma rara de presentación de la tuberculosis pulmonar activa, afectando al 10-40 % de esta población, sin embargo, las bajas tasas de muestras positivas para bacilos ácido alcohol resistentes y los hallazgos clínicos y radiológicos indistinguibles del compromiso pulmonar, hace que el diagnóstico sea errado o tardío. Tiene adecuada respuesta al tratamiento antituberculoso por lo que las secuelas severas son inusuales.

**Objetivo.** El objetivo de este estudio es presentar un caso con estenosis bronquial principal severa secundario al compromiso bronquial de la tuberculosis.

**Material y método.** Paciente de 18 años, quien recibe tratamiento completo antituberculosis, con resolución de la infección pulmonar. Tomografía de tórax inicial con disminución del calibre del bronquio fuente izquierdo, bronquiectasias y consolidación basal izquierda. La fibrobroncoscopia mostró estenosis puntiforme del bronquio fuente izquierdo, imposible de franquear. Una segunda Tomografía de tórax a los tres meses evidenció obstrucción completa del bronquio fuente y colapso del pulmón izquierdo. Debido a la ausencia de síntomas y la cronicidad del cuadro asociado y el riesgo elevado de complicaciones, se decidió manejo expectante y rehabilitación pulmonar, a la fecha sin complicaciones asociadas a este manejo.

**Resultados.** Se presenta un caso raro de una secuela severa de colapso pulmonar completo secundario a compromiso por tuberculosis bronquial, con adecuada respuesta al manejo expectante.

**Conclusión.** El colapso pulmonar completo secundario a estenosis bronquial de rápida instauración en pacientes con tuberculosis traqueo bronquial, es una secuela severa inusual.

## MAMA Y TEJIDOS BLANDOS

#### 04 - 012

##### **Un raro tumor benigno en mama, en adulto joven sano. Reporte de caso y revisión de la literatura**

*Daniel Restrepo, Carlos Manuel Zapata, Pedro Gabriel Franco, Ciro Andrés Murcia.*

Hospital Universitario de la Samaritana - Universidad Nacional - Universidad de la Sabana, Bogotá D.C, Colombia.  
andrewmc03@gmail.com – darestrepose@unal.edu.co

**Introducción.** La hiperplasia pseudoangiomatosa es una condición tumoral benigna de la mama de rara ocurrencia, descrita por Viutch en 1986. Se presenta generalmente en mujeres entre la cuarta y quinta década de la vida y su histología suele imitar los angiosarcomas, además de algunas lesiones benignas.

**Objetivo.** Presentar una rara patología de la mama, que puede simular una enfermedad maligna, siendo un diagnóstico diferencial a tenerse en cuenta y además informarlo por su pobre incidencia con un reporte en la literatura de 150 casos desde 1986 al 2007.

**Material y método.** Presentamos el caso de una paciente de 19 años, consulta por presentar una masa indurada en su mama izquierda de 4 años de evolución. La lesión presenta un crecimiento gradual hasta generar incomodidad por dolor al movimiento y dificultad para cubrir con ropa interior. Estudio ultrasonográfico describe lesión hipoeecóica BIRADS II, biopsia TRUCUT reporta lesión con predominio de componente estromal sin alteración del patrón glandular, sin reconocerse malignidad. Se realiza resección quirúrgica.

**Resultados.** La paciente fue valorada inicialmente en clínica de mama, por hallazgos clínicos y síntomas se decidió llevar a resección quirúrgica, obteniendo como resultado la patología descrita, logrando solucionar los síntomas de la paciente dando un diagnóstico definitivo de benignidad.

**Conclusión.** La hiperplasia pseudoangiomatosa es una condición benigna, cuyo diagnóstico histológico e imagenológico se hace indispensable para establecer un pronóstico clínico. Su similitud con entidades malignas como el angiosarcoma pueden diferenciarse con un mayor conocimiento de la patología y su conformación estromal y con la ayuda de marcadores inmunohistoquímicos.

## PARED ABDOMINAL

### 04 - 018

#### **Reconstrucción compleja de la pared abdominal después de catástrofe abdominal**

*Bernardo Borráez, Oswaldo A. Borráez, Rubén D. Luna, Cáterin Arévalo, Luisa F. Domínguez, Iván Martín, Daniel García, Germán Escallón, Rafael Vergara*

Clínica SHAI0 - Instituto Nacional de Cancerología - Universidad Militar, Bogotá, D.C., Colombia  
bborraez@hotmail.com

**Introducción.** Presentamos el caso de una paciente que sufre un accidente de tránsito, con un cuadro clínico al ingreso de abdomen agudo y fractura compleja de pelvis, quien requirió múltiples intervenciones quirúrgicas. Se muestra la cronología de las cirugías y se

describe el manejo de la reconstrucción compleja de la pared abdominal sin colocación de malla, en una paciente con desnutrición y una fístula enteroatmosférica, con muy buenos resultados.

**Objetivo.** Mostrar el manejo reconstructivo de las catástrofes abdominales sin colocación de malla.

**Material y método.** Reporte de caso (poster).

**Resultados.** Las indicaciones y métodos utilizados para el cierre temporal y definitivo de la pared abdominal en pacientes con abdomen catastrófico han sido diversas, con sus resultados y consecuencias. Nosotros realizamos una reconstrucción de la pared abdominal sin colocación de malla.

**Conclusión.** Aunque la utilización de biomateriales es una práctica habitual en cirugías de reconstrucción para el cierre de la pared abdominal, ha quedado demostrado en numerosos trabajos que con el uso de las prótesis hay complicaciones asociadas a la creación de adherencias firmes originando fístulas entéricas, migración del material al interior de los órganos cavitarios y grandes eventraciones. Por ello, decidimos ejecutar una combinación de diferentes técnicas sin el uso de malla, minimizando así, los efectos negativos del abdomen abierto y consiguiendo la recuperación anatómica y funcional de la pared abdominal.

### 04 - 019

#### **Reconstrucción de pared abdominal en paciente súper obeso, experiencia en el Hospital Infantil Universitario de San José.**

*Juan Carlos Ayala, Orlando Velásquez, Juan Carlos Forero, Eduardo Bayter*

Fundación universitaria de ciencias de la salud – Hospital Infantil Universitario de San José, Bogotá, D.C., Colombia  
juanc1845@hotmail.com

**Introducción.** La obesidad es uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de eventraciones debido a alto compromiso estructural que produce el tejido adiposo sobre la disposición de las fibras de colágeno, aumentando así la incidencia de este tipo de casos en los principales centros de cirugía de pared abdominal. Sin embargo, a pesar de la aparición de nuevas técnicas de reconstrucción de pared abdominal popularizadas a nivel mundial con grandes resultados, la cirugía en el paciente obeso sigue siendo un gran reto,

promoviendo así la combinación de diferentes técnicas quirúrgicas y condiciones preoperatorias que mejoren los resultados y disminuyan las complicaciones posoperatorias.

**Objetivo.** Mostrar la experiencia de reconstrucción de pared abdominal en paciente superobeso en Hospital Infantil Universitario de San José Bogotá, Colombia.

**Material y método.** Presentación de caso en la modalidad de poster.

**Resultados.** La evidencia actual avala la reconstrucción de pared abdominal en paciente obesos, previa utilización de técnicas para la disminución de peso, ya sean de tipo nutricional y/o el uso de cirugía bariátrica. Sin embargo, hay un porcentaje de pacientes en los cuales este tipo de técnicas no son tan efectivas o sencillamente no desean el uso de las mismas para su disminución de peso. En esta presentación de caso, con un paciente superobeso que no acepta la realización de cirugía bariátrica previa, se realizó la reconstrucción de pared abdominal, con el objetivo de mejorar su calidad de vida, con buenos resultados posoperatorios.

**Conclusión.** La reconstrucción de pared abdominal sigue siendo uno de los principales campos en la Cirugía General actual, así como una de las cuales ha demostrado avances en aspectos investigativos, hecho que refleja mejoría en la calidad de vida de los pacientes. Es por esto que se pretende dar a conocer la experiencia en el Hospital Infantil Universitario de San José, con un caso complejo de un paciente superobeso que desistió a la cirugía bariátrica previa a la reconstrucción de la pared abdominal, obteniendo resultados posoperatorios favorables, controvirtiendo de esta forma la evidencia que apoya el no realizar este tipo de intervenciones en pacientes en los cuales no se haya proyectado una reducción de peso previo a su cirugía.

#### 04 - 020

##### **Hernia de Amyand: un caso interesante de hernia inguinal**

*María Alejandra Arteaga, Paol Muñoz, Aldair Villota, Rubén Suárez, Silvio Portilla*  
Hospital Universitario Departamental de Nariño, Pasto, Nariño, Colombia  
doctoraleja@gmail.com

**Introducción.** La hernia de Amyand es conocida como la presencia del apéndice vermiforme en el saco her-

niario de una hernia inguinal. Su prevalencia puede ser incluso menor que la descrita en la literatura, 0.6 % de todos los casos de hernia inguinal y su diagnóstico preoperatorio es casi imposible, ya que generalmente se presenta como una hernia inguinal incarcerada o es un hallazgo incidental intraoperatorio. Se presenta el caso de una paciente de 81 años con obesidad mórbida y cuadro de obstrucción intestinal, sin antecedente quirúrgico, evaluada con tomografía abdominal que evidencia hernia inguinal derecha con compromiso intestinal. Es llevada a laparotomía con hallazgos de necrosis de yeyuno que requirió resección y anastomosis y adicionalmente como hallazgo intraoperatorio el apéndice deslizado dentro del saco herniario que requirió manejo con apendicectomía. Evolución clínica adecuada y reporte de anatomía patológica que informa necrosis hemorrágica.

**Objetivo.** Presentar el caso clínico y revisar la literatura, como un caso de presentación rara pero que debe tenerse en cuenta para su clasificación y adecuado manejo.

**Material y método.** Presentación de caso clínico y revisión de la literatura. Póster.

**Resultados.** Se presenta caso clínico descrito, coincidiendo en la literatura con la presentación rara, incluso documentando que la presentación de esta hernia no ha sido descrita en los últimos 10 años en nuestra institución.

**Conclusión.** Se considera un caso interesante para su revisión teniendo en cuenta su presentación esporádica como hallazgo intraoperatorio, evaluar el estado del arte a la actualidad y el manejo adecuado, según su clasificación.

#### 04 - 021

##### **Osificación heterotópica a pared abdominal, reporte de caso**

*Claudia Ximena Millán, Mónica Patricia Torres*  
Clínica Amiga, Universidad CES, Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia  
mptorresd@gmail.com

**Introducción.** La osificación heterotópica es la formación de hueso fuera del sistema esquelético. Esta alteración puede presentarse en piel, tejido subcutáneo, esquelético, muscular o fibroso adyacente a las

articulaciones. El hueso también puede formarse en las paredes de vasos sanguíneos o ligamentos y ocasionalmente puede crearse dentro del abdomen, como en el mesenterio. El espectro de este trastorno es amplio, pueden evidenciarse lesiones que van, desde pequeños depósitos asintomáticos, hasta focos de osificación masivos, con considerable compromiso clínico.

**Objetivo.** Presentar un poster del caso de un paciente con osificación heterotópica en pared abdominal. Se espera contribuir con un reporte más a la literatura mundial.

**Material y método.** Se describe la historia de un paciente masculino de 25 años de edad, con dolor abdominal crónico incapacitante y múltiples consultas al servicio de urgencias. Antecedente de más de veinte procedimientos en cavidad abdominal tras ser víctima de herida por proyectil de arma de fuego. Tomografía abdominal evidencia imagen radiolucida en línea media de pared abdominal. Se decide llevar a cirugía con la finalidad de resear posible cuerpo extraño. Se mostrarán imágenes escanográficas, hallazgos operatorios, anatomopatológicos, manejo, evolución y seguimiento.

**Resultados.** El paciente fue llevado a laparotomía hallándose una formación de aspecto óseo longitudinal en línea media abdominal, en contacto estrecho con esternón, simulando hueso, lo que fue confirmado en reporte histopatológico. El paciente presento adecuada evolución posoperatoria con mejoría sintomática.

**Conclusión.** Aunque este evento es un hallazgo extraordinario, es importante que sea tenido en consideración dentro del armamentario diagnóstico de dolor crónico posoperatorio.

## GASTROINTESTINAL Y ENDOSCOPIA

### 04 - 004

#### Neumatosis quística intestinal primaria, reporte de un caso

*Ciro Andrés Murcia, Ricardo Oliveros*  
Instituto Nacional De Cancerología - Universidad De La Sabana, Bogotá, D.C., Colombia  
andrewmc03@gmail.com roliveros4@yahoo.es

**Introducción.** La neumatosis quística intestinal es una entidad poco común, descrita por primera vez en 1730

por el doctor Duvernei durante una autopsia. Está asociada a diferentes patologías, sin identificar una etiología clara, caracterizada por presencia de quistes llenos de gas de localización subserosa y/o submucosa, típicamente diagnosticado en imágenes. La mayoría de las veces es un hallazgo incidental.

**Objetivo.** Presentar un caso clínico de una paciente con dolor abdominal, con múltiples consultas, quien requirió resección quirúrgica, con hallazgo anatomopatológico correspondiente a neumatosis quística intestinal primaria.

**Material y método.** Se presenta el caso clínico de una paciente de 48 años de edad, con cuadro de un año de evolución de dolor abdominal en flanco izquierdo, asociado a cambios en las deposiciones, en manejo con enemas. Colonoscopia mostró múltiples lesiones de aspecto subepitelial, confluentes, con erosiones superficiales, que disminuían el calibre de la luz en cerca de 30 %; tomografía con lesión estenosante en colon sigmoide. Por cuadro obstructivo y lesión sospechosa se realizó resección quirúrgica.

**Resultados.** La paciente fue valorada en junta multidisciplinaria, decidiéndose por cuadro actual, secundario a lesión estenosante, realización de sigmoidectomía. La patología definitiva identificó pneumatosis quística intestinal, descartando lesión maligna asociada.

**Conclusión.** La neumatosis quística intestinal, es un hallazgo que conocemos principalmente en imágenes, como consecuencia de algún proceso intraabdominal grave, sin tener en cuenta que esta puede tener un origen primario, sin olvidar las diferentes teorías que pueden orientar un diagnóstico y un mejor tratamiento para los paciente que presentan dicha enfermedad.

### 04 - 007

#### Mesenteritis esclerosante como causa de obstrucción intestinal. Reporte de caso

*Claudia Ximena Millán, Mónica Patricia Torres*  
Clínica Amiga - Universidad CES - Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia  
mptorresd@gmail.com

**Introducción.** La mesenteritis esclerosante es una enfermedad infrecuente de causa desconocida. Consiste en una extensa inflamación crónica inespecífica del mesenterio del intestino delgado. Tiene dos formas

anatomo-clínicas: la paniculitis mesentérica y la mesenteritis retráctil; en la primera predomina la inflamación de la grasa mesentérica y en la segunda el engrosamiento fibrótico con acortamiento del mesenterio, provocando con frecuencia obstrucción intestinal.

**Objetivo.** Presentar en poster el caso de un paciente con esta patología. Se espera contribuir a la literatura mundial.

**Material y método.** Se describe la historia de un paciente masculino de 69 años de edad, con antecedente reciente de trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar. Multiconsultante por emesis incoercible, sin dolor abdominal. Tomografía abdominal, evidenció engrosamiento del mesenterio. Cursa con franca obstrucción intestinal, por lo que se decidió llevar a laparoscopia.

Se mostrarán: imágenes escanográficas, hallazgos operatorios, manejo, evolución y seguimiento.

**Resultados.** En cirugía se halló induración y umbilicación del meso del intestino delgado extendiéndose sobre los vasos iliacos hasta el ángulo de Treitz, comprimiendo la tercera y cuarta porción duodenal. Se reseca en bloque colon derecho y 80 cm de íleon terminal, con ileotransverso anastomosis. Histopatología reportó mesenteritis esclerosante. Se medicó con colchicina y esteroide oral. Persistió intolerancia a dieta sólida por estenosis duodenal, se decidió derivación gastroentérica Billroth II, con buena respuesta. Seguimiento durante un año posoperatorio, con el paciente asintomático.

**Conclusión.** La mesenteritis esclerosante es rara e incidental. El diagnóstico se realiza por biopsia. Es una enfermedad benigna, pero puede presentar un curso fatal y genera un reto diagnóstico multidisciplinario (cirujano, radiólogo y patólogo).

#### 04 - 032

##### **Fistulas enterocutáneas: causas, tratamiento y desenlace en el hospital universitario de Neiva**

*David Andrés Ortiz, Rolando Medina*  
Universidad Surcolombiana de Neiva, Neiva, Colombia  
davidmaduro100@hotmail.com

**Introducción.** Las fistulas enterocutáneas son una entidad quirúrgica devastadora para el paciente y el cirujano. Se presentan principalmente como complicación

posoperatoria y continúan siendo un desafío quirúrgico por su elevada morbilidad y mortalidad. Son un grave problema de salud, se asocian a desnutrición, desequilibrio hidroelectrolítico y sepsis, que es lo que ocasiona la muerte en la mayoría de los casos. Se han reportado casos con mortalidad entre el 6 % y 30 %.

**Objetivo.** Describir y caracterizar los pacientes diagnosticados con fistula enterocutánea, que recibieron manejo en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano de Neiva.

**Material y método.** Es un estudio retrospectivo descriptivo de tipo observacional, que incluyó pacientes que presentaron fístulas enterocutáneas (duodeno, yeyuno e íleon), quienes recibieron atención en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, durante el periodo del 1 de enero del 2011 al 31 de diciembre de 2013.

**Resultados.** En el momento del diagnóstico, el 81 % de los pacientes cursaban con abdomen agudo y peritonitis, el promedio de días en el posoperatorio para el diagnóstico fue de 11 días y en la mayoría de los casos el diagnóstico se hizo por visión directa o en cirugía. Todos los pacientes del estudio habían sido operados del abdomen, 4 pacientes tuvieron reporte de neoplasia en la patología. El origen traumático se encontró en 7 pacientes, 4 fueron traumas cerrados y 3 penetrantes.

**Conclusión.** Se debe resaltar la importancia de la prevención de las fistulas enterocutáneas, utilizando racionalmente el abdomen abierto y las mallas para cirugías abdominales.

## HEPATOBILIAR

### 04 - 008

#### **Factores asociados a la conversión de la colecistectomía laparoscópica a colescistectomía abierta**

*Ledmar Vargas, Milena Agudelo, Roger Lizcano, Melissa Martínez, Leonardo Velandia, Sergio Sánchez, Óscar Jiménez, Marco Quintero.*  
Universidad de Boyacá, Tunja, Colombia  
lejovaro@gmail.com

**Introducción.** La colecistectomía laparoscópica puede sufrir conversión intraoperatoria debido a complicaciones propias de la intervención y factores del paciente.

**Objetivo.** El objetivo del estudio es establecer la frecuencia y la asociación de conversiones en colecistectomía laparoscópica.

**Material y método.** Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, observacional y retrospectivo, durante el período comprendido entre el 1 de enero y el 3 de noviembre de 2015. Se revisaron 71 historias clínicas con diagnóstico de patología vesicular benigna, de pacientes sometidos a procedimiento quirúrgico vesicular.

**Resultados.** Fue necesario convertir a cirugía convencional al 42,8 % de los pacientes, la conversión predominó en el sexo masculino. Las causas por las que se requirió la conversión según lo referido en el informe quirúrgico fueron adherencias epiploicas (66,6 %), no visualización del cístico (11,1%), plastrón vesicular (11,1%) y fistula del cístico (11,1 %). En el diagnóstico de colelitiasis con ecografía abdominal, no existió una relación significativa entre el tamaño de los cálculos y la dificultad quirúrgica. Los pacientes con edad mayor de 50 años, tiene un 55% más de riesgo de ser convertidos (OR=0,55), además según los resultados de laboratorio la mayoría (88,9 %) de los pacientes convertidos tenían leucocitosis, estos tienen un 40 % más de riesgo de ser convertidos (OR=0,40), siendo ambas variables estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ).

**Conclusión.** Otros estudios han determinado que la PCR sirve como factor predictor de conversión, pero no fue posible determinar en este estudio la asociación, por falta de datos. Las variables edad mayor a 50 años y la leucocitosis son factores de riesgo para que una colecistectomía laparoscópica falle.

#### 04 - 009

##### **Quiste del ligamento redondo del hígado, reporte de caso**

*Claudia Ximena Millán, Mónica Patricia Torres*  
Clínica Amiga - Universidad CES - Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia  
mptorresd@gmail.com

**Introducción.** Son raras las afecciones del ligamento redondo hepático. Pueden ir desde la infiltración sanguínea del mismo en el curso de una pancreatitis necrohemorrágica, hasta lesiones tumorales, existiendo escasos reportes en la literatura mundial. El diagnós-

tico clínico e imaginológico suele ser difícil, dado que puede confundirse con lesiones del parénquima hepático. Su histología es variable, siendo los leiomiomas los tumores primarios de ligamento redondo y falciforme más conocidos.

**Objetivo.** Presentar en poster el caso de un paciente con lesión tumoral del ligamento redondo. Se espera contribuir con un reporte más a la literatura mundial.

**Material y método.** Se describe la historia de un paciente masculino de 16 años de edad, con dolor epigástrico crónico asociado a masa local. La Tomografía abdominal evidenció lesión isodensa en relación con el parénquima hepático, proyectada en el ligamento redondo. Se decidió manejo quirúrgico. Se mostrarán imágenes escanográficas, hallazgos operatorios, anatomopatológicos, manejo, evolución y seguimiento.

**Resultados.** El paciente fue llevado a cirugía hallándose masa redondeada de consistencia fibrosa adherida a pared abdominal, originada en el ligamento redondo, que se resecó. Adecuada evolución postoperatoria con mejoría de los síntomas. La histopatología fue compatible con fibroma.

**Conclusión.** Analizando este y los otros casos reportados, se hace evidente la diversidad existente en su presentación clínica; lo que genera un reto diagnóstico para cirujano y radiólogo. La cirugía permitió curar al paciente, igual que en la mayoría de los casos revisados. En el seguimiento por un año posoperatorio de nuestro caso no se ha evidenciado complicación.

#### 04 - 014

##### **Colecistectomía laparoscópica por puerto único: técnica estandarizada**

*Aníbal Pimentel, Hely Serrano, Mariana Guerrero, Juan Carlos Uribe*  
Clínica Chicamocha S.A., Bucaramanga, Colombia  
cirujano.anibal@gmail.com

**Introducción.** La colecistectomía laparoscópica es el procedimiento laparoscópico mayormente realizado en el mundo. El abordaje por puerto único surge como alternativa innovadora con ventajas controvertidas, sus principales limitantes son una mayor exigencia técnica, riesgo de complicaciones, elevados costos y necesidad de instrumental especializado.

**Objetivo.** Evaluar la factibilidad y seguridad de la colecistectomía laparoscópica por puerto único con instrumental convencional como técnica estándar en pacientes electivos.

**Material y Métodos.** Estudio de corte transversal de 265 pacientes consecutivos con patología biliar (colecistitis colelitiasis 97 %) e indicación de colecistectomía laparoscópica electiva por puerto único por cirujano experto (más de 200 casos previos) entre octubre 2014 y marzo 2016 en Clínica Chicamocha, Bucaramanga, Colombia. Variables evaluadas: tiempo quirúrgico, complicaciones quirúrgicas (primer mes), manejo ambulatorio versus hospitalario, conversión a multipuerto entre otras. Se presenta técnica quirúrgica estandarizada en Clínica Chicamocha.

**Resultados.** Fueron 200 mujeres y 65 hombres, con edad promedio 45 años (rango 15-81), ambulatorios 82%, tiempo quirúrgico promedio 33 minutos (rango:20-80). Las complicaciones quirúrgicas fueron seroma de herida 3,8 %, sangrado lecho vesicular 1,5%, laceración capsula hepática 1,1 %, sangrado arteria cística 1,1 % y sangrado por liberación adherencias 0,4 %. La conversión a multipuerto ocurrió en 9 casos (3 %).

**Discusión.** Tiempos quirúrgicos y costos similares a reportados con técnica multipuerto, baja conversión y mínimas complicaciones con resolución laparoscópica, favorece manejo ambulatorio, ventaja cosmética. Falta de estandarización favorece controversia en relación a sus ventajas.

**Conclusión.** Superada la curva de aprendizaje y estandarizada la técnica quirúrgica, la colecistectomía laparoscópica por puerto único con instrumental convencional es un procedimiento seguro y costo-efectivo.

#### 04 - 033

##### **Manejo quirúrgico de la hipertensión portal: presentación de caso**

*Walter Ángel Jaramillo, Jerónimo Toro, Carlos Serna, Marby Forero, Alejandro Gómez*  
Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia  
Jerotoro1@hotmail.com

**Introducción.** La hipertensión portal es la complicación más frecuente de la cirrosis y en la población pediátrica es más común que se presente por eventos

trombóticos, dando como resultado múltiples complicaciones locales (sistema portal) y sistémicas. El manejo con derivaciones porto-sistémicas percutáneas ha cambiado el manejo de estos pacientes, específicamente en aquellos con episodios hemorrágicos refractarios al manejo convencional.

A pesar de los avances en el manejo de esta patología, las derivaciones porto-sistémicas siguen teniendo validez en situaciones específicas, sin embargo, el cirujano general y vascular de hoy en día no tiene mucho contacto con estos procedimientos, por lo que se requiere de un amplio conocimiento y habilidad técnica para su realización.

**Objetivo.** Presentar un caso clínico de una paciente pediátrica con hipertensión portal presinusoidal, su manejo quirúrgico y evolución posoperatoria satisfactoria.

**Material y método.** Se realiza una búsqueda de la historia clínica y ayudas diagnósticas de la paciente y una revisión de la literatura actual del rol de la cirugía en la hipertensión portal.

**Resultados.** Se realiza con éxito una derivación quirúrgica porto-sistémica, sin complicaciones en el posoperatorio y con una adecuada evolución clínica.

**Conclusión.** Debido al uso de derivaciones porto-sistémicas percutáneas y al manejo médico de la hipertensión portal, el cirujano actual no tiene mucho conocimiento ni experiencia en derivaciones porto-sistémicas quirúrgicas, por esto presentamos un caso de una paciente pediátrica manejada quirúrgicamente con una derivación porto-sistémica debido a una hipertensión portal secundaria a degeneración cavernomatosa de la porta, con múltiples episodios previos de sangrado variceal.

#### COLON Y RECTO

##### 04 - 002

##### **Resección transanal de pólipos rectales, abordaje mínimo invasivo**

*Mauricio Zuluaga, Ivo Siljic, Juan Carlos Valencia, Uriel Cardona*

Hospital Universitario Del Valle - Clínica Farallones - Clínica SaludCoop ESIMED, Cali, Colombia  
mauriciozuluagaz@yahoo.es

**Introducción.** Las lesiones del recto distal y del recto medio son abordables por cirugía mínimamente invasiva, una vez se ha descartado la posibilidad de resección endoscópica. Reportamos dos casos de resecciones transanales con utilización de monopuerto.

**Material y método.** Se realizó abordaje transanal con dispositivo monopuerto en 2 pacientes con pólipos del canal rectal; se utilizó un trocar de 10mm para la cámara.

**Resultados.** Dos pacientes de 56 y 75 años, uno de cada sexo, con pólipos en recto distal con base de 4cm, y distancia del margen anal de 5cm y 6cm, en quienes en la endoscopia reportaron que no era posible el manejo endoscópico, y las patologías reportaron adenoma vellosos con displasia de alto grado. Bajo anestesia general, se utilizó monopuerto, con insuflación del canal rectal, inyección submucosa de solución salina, resección con gancho de Hook y bisturí armónico, y cierre del defecto con sutura absorbible, sin complicaciones posteriores. Estancia hospitalaria de 3 días; reporte de patología en un paciente adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado con borde de resección libre y en el segundo paciente, adenocarcinoma en la punta del pólipo con bordes de resección libres de lesión.

**Conclusión.** El abordaje mínimamente invasivo de las lesiones polipoideas no resecables por endoscopia es una técnica segura, aplicable para cierto tipo de pacientes, los cuales deben seleccionarse de manera adecuada. El trabajo en equipo es fundamental en el momento de tomar decisiones para el mejor abordaje de estos pacientes.

#### 04 - 003

##### **Uso de dispositivo de presión negativa en el manejo de fistula de anastomosis colorrectal baja**

*Andrés Felipe Doval, Rafael García-Duperly, Manuel Cadena, Horacio Garzón, Nicolás Caicedo, Anwar Medellín*

Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá – Universidad de los Andes, Bogotá, D.C., Colombia  
afdoval1@gmail.com

**Introducción.** La dehiscencia de la anastomosis es una de las mayores complicaciones de la cirugía colorectal. Su incidencia se encuentra entre un 2 – 4 % en anastomosis proximales y 6 – 12 % en anastomosis

extraperitoneales. Se asocia a una alta morbilidad, a un incremento en la mortalidad, mayor tiempo de hospitalización y aumento considerable en el costo de la atención.

El manejo de este problema se puede dividir en manejo conservador, uso de materiales adhesivos como el cianocrilato, drenaje de abscesos, lavado quirúrgico o reconstrucción de una nueva anastomosis con la creación de estomas para preservar la unión.

**Objetivo.** Este reporte de caso tiene como objetivo mostrar el sistema VAC endoluminal como una alternativa para el manejo de fistulas anastomóticas en cirugía rectal.

**Material y método.** Reporte de caso (póster).

**Resultados.** Control y drenaje exitoso de la sepsis pélvica del caso a reportar.

**Conclusión.** La fistula de anastomosis colorrectales bajas es una complicación que conlleva alta morbilidad. El uso de sistemas de presión negativa como alternativa para el manejo de fistulas de anastomosis colorrectales tiene una alta tasa de éxito y baja morbilidad en el uso de los mismos. No existe información disponible en la literatura colombiana del uso de sistemas de presión negativa en fistulas de anastomosis colorrectales.

#### 04 - 005

##### **Caso raro de obstrucción intestinal por lipoma gigante en colon derecho**

*Laura Quintero, Paula Andrea López, Felipe Bernal,*

*Carmen Lucía Roa*

Fundación Salud Bosque, Bogotá, D.C., Colombia

lauraxqr@gmail.com

**Introducción.** Los lipomas colónicos corresponden entre el 0.2 % y 4 % de los tumores benignos del colon, siendo este órgano el primer sitio de localización de todos los lipomas gastrointestinales, con un 65 a 70 % de los casos. La edad de presentación de los lipomas en colon se encuentra entre los 50-70 años de edad, predominando en mujeres, con una relación 2:1 respecto a los hombres. Su localización es más frecuente es a nivel ciego con un 29.2 %, seguido de colon izquierdo con un 29.7 %, colon derecho 20.9 %, colon transversal 15.8% y recto 4.4 %. Pueden encon-

trarse en la mayoría de casos como único/ solitario; los multifocales son un 13-14 %, ya sea en el mismo segmento o en diferentes. El 90 % se encuentra en la capa submucosa.

Los lipomas de colon son por lo general asintomáticos cuando su tamaño es menor a 2 cm, sin embargo, pueden ocasionar signos y síntomas como masa abdominal palpable (85 %), rectorragia (54,5 %), dolor abdominal (42,4 %), alteración en hábitos intestinales (24,2%), intususcepción (20 %) y obstrucción intestinal (4 %). Su complicación más frecuente es la intususcepción, también se pueden exteriorizar o prolapsar a través del recto.

En lesiones menores a 2 cm o lipomas con tallo fino pediculados es posible realizar resección endoscópica, pero existe riesgo de perforación y hemorragia si el lipoma es sésil, con base amplia y tamaño menor a 2 cm.

**Objetivo.** Presentar el caso de un paciente de 45 años quien consultó con cuadro clínico de obstrucción intestinal, con colonoscopia que evidencia masa de aspecto infiltrativo.

**Material y método.** Reporte de caso en formato de póster.

**Resultados.** El paciente evoluciona favorablemente sin complicaciones y es dado de alta.

**Conclusión.** Los lipomas gastrointestinales son raros. El caso de nuestra institución se presentó en un hombre, lo cual que es menos común y a una edad la cual no es el rango de presentación de esta patología; también se presentó en el colon transverso, que no es el lugar más usual. No obstante, lo más llamativo es que a pesar de que esta patología tiene comportamiento benigno y en la mayoría de casos es asintomático, en nuestro caso se presentó como obstrucción intestinal, la cual requirió manejo quirúrgico con hemicolectomía derecha.

#### 04 - 031

##### **Apendicitis del muñón apendicular: reporte de caso en un hospital universitario en Bogotá**

*Adriana Mora, Juliana María Ordóñez, Martín Felipe Contreras*

Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá, D.C., Colombia  
amoracirugia@hotmail.com

**Introducción.** La apendicitis del muñón apendicular es una complicación poco frecuente de la apendicectomía. La clínica de dolor en cuadrante inferior derecho con antecedente de apendicectomía, hace investigar acerca de otras causas del dolor, lo que retrasa su diagnóstico y tratamiento oportuno. Se presenta el caso clínico de un paciente de 38 años de edad con cuadro clínico de tres días de dolor en fosa iliaca derecha, asociado a leucocitosis moderada, remitido a nuestra institución con hallazgos imagenológicos de fecalito en la luz del muñón apendicular asociado cambios inflamatorios locales, por lo que se realizó laparotomía exploratoria, con hallazgo de apendicitis del muñón apendicular.

**Objetivo.** Describir el caso clínico de un paciente con antecedente de apendicectomía previa, quien ingresa con clínica de apendicitis, con hallazgos imagenológicos que confirman apendicitis del muñón apendicular.

**Materiales y métodos.** Se revisó la historia clínica, reportes de laboratorio e imagenología, descripción quirúrgica y reporte de patología en el sistema de registro de historias clínicas de la institución.

**Resultados.** Paciente masculino de 38 años de edad, con antecedente de apendicectomía, con hallazgos clínicos y paraclínicos compatibles con apendicitis, sometido a laparotomía exploratoria con hallazgos intraoperatorios y reporte de patología que confirmaron apendicitis del muñón apendicular. Posteriormente y por su adecuada evolución se da alta del servicio.

**Discusión y conclusiones.** La apendicitis del muñón apendicular es una entidad clínica poco sospechada, cuyo diagnóstico y tratamiento se retrasa hasta obtener estudios imagenológicos que la confirmen. A pesar de que la clínica sea sugestiva, existen sesgos por el antecedente de apendicectomía previa.

#### 04 - 034

##### **Peritonitis por apendicitis aguda en paciente con situs inversus**

*Luis Alejandro Rivero, Álvaro Enrique Niño, Estephania López*

Universidad Industrial De Santander, Bucaramanga, Colombia  
luisalejandromd@gmail.com

**Introducción.** Se trata de un paciente masculino de 40 años de edad con 15 horas de evolución de dolor ab-

dominal migratorio de epigastrio a fosa iliaca izquierda, acompañado de nauseas, emesis y fiebre subjetiva. Posteriormente el dolor se localiza en hemiabdomen inferior y mesogastrio, se hace constante e incapacitante. Antecedente de dextrocardia. Al examen físico paciente con taquicardia, fiebre, mucosa oral seca, dolor en hemiabdomen inferior con signos de irritación peritoneal y leucocitosis de 16540.

**Objetivo.** Compartir la experiencia de un caso de peritonitis por apendicitis en un paciente con situs inversus en el Hospital Universitario de Santander.

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

**Resultados.** Se consideró paciente menor de 50 años con dolor migratorio a fosa iliaca izquierda y antecedente de dextrocardia, con respuesta inflamatoria sistémica y abdomen agudo quirúrgico. Se realizó laparotomía encontrando peritonitis de tres cuadrantes y situs inversus con apéndice gangrenado y perforada en la punta. Se realizó laparotomía, drenaje de peritonitis, apendicectomía y lavado abdominal. Buena evolución clínica con egreso hospitalario al cuarto día posoperatorio.

**Conclusión.** Paciente adulto medio con situs inversus y peritonitis por apendicitis complicada. Su impresión diagnóstica fue prequirúrgico por el antecedente de dextrocardia y no requirieron exámenes adicionales dado los francos signos de irritación peritoneal al examen físico.

## INFECCIONES

### 04 - 010

#### **Gangrena de Fournier en una mujer joven**

*María Camila Devia, Guihovany Alberto García,*

*Álvaro Silva, Ana María Rodríguez*

Universidad de La Sabana - Clínica Reina Sofía - Colegio

Mayor de Nuestra Señora del Rosario - Clínica Colsubsidio

Calle 100, Bogotá, D.C., Colombia

*camilitadevia@hotmail.com*

**Introducción.** La gangrena de Fournier es una infección necrotizante rápidamente progresiva y potencialmente fatal que afecta la piel y el tejido celular subcutáneo de la región genital, perineal o perianal, que se puede propagar a la pared abdominal, el retroperitoneo

o las extremidades. Es poco común en la población femenina, afectando principalmente a los hombres. El diagnóstico está basado en la historia clínica y el examen físico. La terapia antibiótica, el apoyo nutricional y el desbridamiento quirúrgico tempranos son fundamentales en el pronóstico de la enfermedad.

**Objetivo.** Exponer el caso de una mujer joven obesa quien sufrió gangrena de Fournier, siendo manejada con desbridamientos quirúrgicos, colostomía derivativa, sistema de presión negativa, tratamiento antibiótico y nutrición enteral temprana.

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

**Resultados.** Resolución completa de la enfermedad al cabo de 3 semanas, con reconstrucción posterior de la zona afectada.

**Conclusión.** La gangrena de Fournier es una emergencia quirúrgica por lo cual debe abordarse de manera agresiva desde la admisión de urgencias. Debe sospecharse siempre que exista un síntoma perineal, así el paciente no se encuentre dentro del perfil epidemiológico esperado. El manejo quirúrgico multimodal comprendido por el desbridamiento repetido, la terapia de presión negativa y la realización de colostomía cuando está indicada, sumado a la terapia antibiótica y el adecuado soporte nutricional, son las piedras angulares en el manejo de estos pacientes, con miras a reducir su alta tasa de mortalidad.

### 04 - 011

#### **Quiste del mesenterio secundario a áscaris, reporte de un caso y revisión de la literatura**

*Andrés Murcia, Maikel Pacheco, Luisana Castillo*

Universidad De La Sabana - Hospital Infantil Universitario

San José - Fundación Universitaria de ciencias de la Salud,

Bogotá, D.C., Colombia

*andrewmc03@gmail.com*

**Introducción.** Los quistes del mesenterio son generalmente hallazgos incidentales al examen físico o en imágenes, de formaciones líquidas intraabdominales con baja incidencia. Se presentan a cualquier edad, pero principalmente entre los 40 y los 60 años de edad. Su tratamiento de elección es la resección quirúrgica, por ser generalmente de origen tumoral.

**Objetivo.** Presentación de un caso de un proceso infeccioso extraluminal del intestino delgado, secundario a formación de quiste del mesenterio por parásitos (áscaris).

**Material y método.** Presentación de un caso de una paciente de género femenino en la quinta década de la vida, quien consultó por cuadro de dolor abdominal, con hallazgos imagiológicos de lesión quística del mesenterio, sin poder identificar posible origen. Fue llevada a cirugía con resección de la lesión con bordes oncológicos, ante la sospecha de patología maligna. El reporte definitivo de patología identificó un quiste secundario a presencia de áscaris.

**Resultados.** La patología final de la resección de la lesión documenta presencia de quiste secundario a áscaris; se realizó revisión de la literatura y se comparó con hallazgo actual.

**Conclusión.** Los quistes del mesenterio, es una patología de baja incidencia, de predominio en 5 década de la vida, en su mayoría secundaria a lesiones tumorales, cabe resaltar este caso por la importancia y los diagnósticos diferenciales de enfermedades infecciosas de origen parasitario y aún más en nuestro medio actual.

#### 04 - 013

##### **Manejo laparoscópico de absceso gigante apendicular posparto**

*Luis Enrique Becerra, Lorena Natalia Gómez*  
Clínica Nuestra Señora De Fátima, Pasto, Nariño,  
Colombia  
luebeco2@hotmail.com

**Introducción.** Se trata de una paciente de 18 años en posparto inmediato con dolor abdominal, fiebre e infección de vías urinarias, en quien finalmente se encuentra un absceso gigante apendicular.

**Objetivo.** Comunicar nuestra experiencia en el manejo laparoscópico de un absceso gigante intraabdominal, logrando controlar toda la infección y extracción del apéndice por esta vía, sin necesitar nuevas reintervenciones.

**Material y método.** Se solicitó una ecografía transvaginal que reportó gran colección semisólida en fondo de saco posterior y TAC abdominal que reportó absceso gigante intra abdominal. Por lo anterior se decidió

llevar a laparoscopia, en la cual se drenó el contenido purulento y se encontró el apéndice necrosado, que se retiró y se procedió a lavado peritoneal con 6 litros de solución salina. Se dejó drenaje mixto en el fondo de saco.

**Resultados.** Se encontró fimbria derecha dentro del absceso, se realizó canulación y prueba con azul de metileno para verificar la permeabilidad de la trompa y buscar perforaciones del útero, la cual fue negativa. No requirió nuevos lavados quirúrgicos. Continuó el manejo con Piperacilina Tazobactam durante 10 días con posterior alta, sin complicaciones.

**Conclusión.** Esta entidad clínica puede tratarse por vía laparoscópica, lo que implica estancias hospitalarias más cortas, con mínima incidencia de complicaciones intraoperatorias y postoperatorias. En este caso no ameritó nuevas reintervenciones quirúrgicas, logrando control con el drenaje colocado.

## ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA

#### 04 - 006

##### **Sarcoma Gástrico. Presentación de un caso**

*Juliana Rendón, Ricardo Oliveros, Jorge Mesa,  
Helena Facundo*

Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C., Colombia

helefacus@gmail.com

**Introducción.** El cáncer gástrico, primera causa de mortalidad por cáncer en Colombia, corresponde a adenocarcinoma en el 80 a 90 % de los casos; el porcentaje restante lo componen linfomas, tumores del estroma gastrointestinal (GIST), tumores neuroendocrinos TNE y otros, entre los que se cuenta el sarcoma, que merecen mención por su rareza. Presentamos el caso de un sarcoma gástrico primario.

**Objetivo.** Presentar mediante poster el caso en mención.

**Material y método.** Se trata de un hombre de 48 años con historia de tres meses de dolor epigástrico, por lo que es llevado a endoscopia digestiva alta, que reporta un pólipo gástrico de 5cm de diámetro, cuya biopsia fue negativa para malignidad. Antecedente familiar de adenocarcinoma gástrico en el padre. Ingresó al INC en donde se practica segunda endoscopia y biopsia del

pólipo fúndico, que es informada como lesión mesenquimal sugestiva de GIST.

**Resultados.** Persistió el dolor abdominal y anemia, por lo que previos estudios de extensión, se llevó a cirugía encontrando una masa que comprometía la región subcardial, cuerpo y fondo gástricos de 15x12cm. Se realizó gastrectomía total y la evolución postoperatoria fue adecuada. La patología de la pieza quirúrgica mostró un leiomioma de alto grado con 50 mitosis en 50 campos de alto poder y 15 ganglios libres de tumor.

**Conclusión.** Los sarcomas gástricos primarios – No GIST- son extremadamente raros y tienen características particulares y diferentes de las otras neoplasias gástricas. El pilar del tratamiento es la cirugía resectiva con intención curativa.

#### 04 - 015

##### **Gastrectomía Laparoscópica. Experiencia en el Instituto Nacional de Cancerología**

*Raúl E. Pinilla, Bernardo Borráez, Jorge Vélez, Roger Martín, Ricardo Oliveros, Juliana Rendón, Oscar Guevara, María E. Manrique, Mario Abadía, Mario Rey, Nadim Abisambra, Felipe Solórzano*  
Instituto Nacional de Cancerología - Universidad Militar, Bogotá, D.C., Colombia  
bborraez@hotmail.com

**Introducción.** Los abordajes mínimamente invasivos para el tratamiento de pacientes con cáncer del tracto digestivo superior son aun controversiales, con evidencia insuficiente, requiriendo generalmente más de un abordaje quirúrgico, cirugías extensas con dificultades técnicas importantes, tiempos quirúrgicos prolongados, con altas tasas de conversión y complicaciones.

**Objetivo.** Caracterizar la respuesta al tratamiento quirúrgico de pacientes en quienes se realizó gastrectomía laparoscópica en el Instituto Nacional de Cancerología.

**Material y método.** Pacientes en quienes se realizó gastrectomía laparoscópica en el Instituto Nacional de Cancerología.

**Resultados.** Pacientes en quienes se realizó gastrectomía laparoscópica en el Instituto Nacional de Cancerología. Rango de edad entre 42 y 83 años. Adecuada evolución posoperatoria, con estancia hospitalaria

que varía de 6 a 18 días, sin complicaciones intraoperatorias.

**Conclusión.** Los abordajes mínimamente invasivos para el tratamiento de pacientes con cáncer son un procedimiento seguro y efectivo.

#### 04 - 017

##### **Cirugía de citorreducción más quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) en paciente con cáncer de colon más carcinomatosis peritoneal**

*Maikel Pacheco, Mario Abadía, Ricardo Villareal, Eduardo Bayter*  
Fundación Universitaria Ciencias de la Salud – Hospital Infantil Universitario de San José, Bogotá, D.C., Colombia  
Eduardo.baytermd@gmail.com

**Introducción.** La incidencia de cáncer colorrectal ha aumentado en un 40% y más del 10 % de los pacientes muestran carcinomatosis peritoneal en el momento del diagnóstico. En el 25 % de los casos hay metástasis a distancia. La carcinomatosis peritoneal por cáncer colorrectal ha sido vista como una condición clínica letal, pero una nueva estrategia de manejo se ha reportado basada en la historia natural de la enfermedad. Esta cirugía de citorreducción más HIPEC fue introducida por Sugarbaker en los años 90s.

**Objetivo.** Mostrar la experiencia en cirugía de citorreducción más HIPEC en el Hospital Infantil Universitario San José, Bogotá, Colombia.

**Material y método.** Presentación de caso; Poster

**Resultados.** La evidencia soporta la viabilidad y seguridad de la cirugía de Sugarbaker en centros especializados, la morbimortalidad se compara con otros procedimientos gastrointestinales y mejora la supervivencia a largo plazo de los pacientes. Nuestra institución cuenta con el servicio de cirugía gastrointestinal oncológica. Mostramos el inicio del programa de cirugía oncológica peritoneal en el HIUSJ con el reporte del primer caso, una paciente con carcinoma colorrectal, llevada a cirugía de citorreducción más HIPEC, con una adecuada evolución posoperatoria y sin morbilidades secundarias al procedimiento.

**Conclusión.** El cáncer colorrectal con carcinomatosis peritoneal era una patología hasta hace pocos años considerada letal. Con el procedimiento descrito por

Sugarbaker, se ha dado un gran giro a la historia natural de la enfermedad, con evidencia que soporta una mejoría significativa en la supervivencia a largo plazo en pacientes llevados a este procedimiento. Mostramos el reporte del primer caso realizado en la institución.

## CIRUGÍA MINIMAMENTE INVASIVA

### 04 - 016

#### **Drenajes de colecciones guiados por ecografía: experiencia de una institución nivel III del Surcolombiano**

*Wilmer Fernando Botache, Francy Holminn, Nohora Montero, Francisco Ruiz, Rolando Medina, Luis Arturo Rojas, Héctor Conrado, Juan José Rubio*  
Universidad Surcolombiana, Neiva, Colombia  
heconjisan@gmail.com

**Introducción.** Los procedimientos mínimos quirúrgicos guiados por ultrasonido son de gran utilidad para el drenaje percutáneo de líquidos en diferentes órganos o espacios del cuerpo, siendo importante el implante de un catéter al momento del procedimiento.

**Objetivo.** Describir los resultados del manejo mínimo quirúrgico guiado por ultrasonido.

**Material y método.** Análisis descriptivo de subgrupo de una cohorte retrospectiva (2015-2016) de pacientes con manejo mínimo quirúrgico guiado por ultrasonido.

**Resultados.** Del total de 14500 pacientes atendidos en 18 meses el hospital, se encontraron 119 (0.82%) con manejo mínimo quirúrgico guiado por ultrasonido. Del grupo, 59 (57.8 %) eran hombres. La mediana de edad de pacientes fue de 65 años (RIC=14-89), las principales colecciones estaban en tórax 51 (42.8 %), abdomen 48 (40.3 %) y dorso 7 (5.8 %). El líquido más drenado fue hemático 39 (32.7 %), cetrino 37 (31.0 %) y purulento 29 (24.3 %). El espacio más drenado fue la pleura derecha 25 (21.0 %) y el órgano más intervenido fue el hígado 18 (15.1 %). Se presentaron 2 complicaciones, uno por desplazamiento del catéter y otra por hemorragia. Ninguna mortalidad en las primeras 48 horas.

**Conclusión.** Los manejos mínimos quirúrgicos guiados por ultrasonido son poco frecuentes en nuestro hospital, sin embargo permite que no se realicen pro-

cedimientos quirúrgicos amplios en los pacientes. Las complicaciones mínimas y la mortalidad ninguna. Cada día son más el número de pacientes y procedimientos por las ventajas obtenidas con drenajes percutáneos.

## TRASPLANTES

### 04 - 022

#### **Muerte intraoperatoria durante el trasplante hepático**

*Itxarone Bilbao, Cristina Dopazo, Mireia Caralt, Elisabeth Pando, José Luis Lázaro, Luis Castells, Ramón Charco*  
Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona, España  
ibilbao@vhebron.net

**Introducción.** La muerte intraoperatoria durante el trasplante hepático (TH), es el suceso probablemente mejor documentado, pero menos divulgado.

**Objetivo.** Analizar la incidencia y causas de mortalidad intraoperatoria durante el TH y describir el perfil de dichos pacientes.

**Material y método.** Entre Octubre de 1988 y Diciembre 2015, se han realizado 1110 TH en 1016 pacientes. Ocho pacientes (0.8 %) murieron intraoperatoriamente. Hemos analizado las características del receptor, donante y cirugía de estos 8 pacientes, tratando de describir un perfil del paciente en riesgo.

**Resultados.** Los casos han sucedido de manera uniforme a lo largo del tiempo. La edad media fue de 53 años, solo 2 estaban en el rango de 60-65 años, la patología de base predominante fue la enólica, 4 eran Child C, 5 con MELD > 18, 2 eran obesos, 3 tenían DM, 4 presentaba cirugía previa y ninguno presentaba cardiopatía. El tiempo de isquemia fría fue > 8 h en 3. La edad media de los donantes fue de 43 años, 5 superaban los 5 días de UCI y 5 tenían esteatosis > 20%. Las causas de mortalidad fueron: síndrome de reperfusión con hipotermia en 5, 1 por shock hemorrágico, 1 infarto masivo y 1 éxitus durante el traslado a UCI.

**Conclusión.** Aunque es difícil establecer un perfil, podemos decir que ni la edad del receptor ni del donante han tenido una influencia clara, presentando mayor relación con la esteatosis y larga estancia en UCI del donante, así como con una cirugía compleja por intervenciones previas.

#### 04 - 023

##### **Impacto del mismatch edad donante-edad receptor en la supervivencia a largo plazo en trasplante hepático**

*Itxarone Bilbao, Cristina Dopazo, Mireia Caralt, Elisabeth Pando, José Luis Lázaro, Luis Castells, Ramón Charco*

Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona, España  
ibilbao@vhebron.net

**Introducción.** El perfil de donante hepático está cambiando en los últimos años con tendencia a la utilización de donantes con criterios expandidos cada vez más añosos.

**Objetivo.** Analizar el impacto del mismatch edad donante-edad receptor en la morbilidad a 1 año y la supervivencia a 5 años del paciente con trasplante hepático (TH).

**Material y método.** Estudio retrospectivo unicéntrico incluyendo adultos receptores de un primer injerto hepático entero de donante en muerte encefálica. Análisis comparativo entre receptores <60 años y aquellos ≥60 años que a su vez fueron divididos en dos grupos en función de la edad del donante recibido (<60 años o ≥60 años). Mediana de seguimiento: 68 (0-178) meses.

**Resultados.** Entre Enero 2000 y Diciembre 2013, analizamos 642 pacientes. La supervivencia del paciente en el grupo D>60/R>60 a 1, 3 y 5 años resultó significativamente inferior al resto de los grupos [87 %, 67 %, 48 % vs D<60/R<60 95 %, 86 % y 80 %; D<60 / R>60 92 %, 77 % y 72 %; D> 60 /R< 60 92 %, 89 % y 73 % (p=0,004)] siendo la principal causa de mortalidad la recidiva del virus C (45%).

**Conclusión.** El mismatch D>60 /R> 60 fue el que presentó peor supervivencia, no obstante las complicaciones a lo largo del primer año post-TH fueron muy similares. La recidiva del virus C fue la principal causa de mortalidad de mayor impacto en este grupo. La utilización de los nuevos tratamientos antivirales para la hepatitis C implicará un cambio al respecto.

## TRAUMA

#### 04 - 024

##### **Cirugía mínimamente invasiva en trauma, hasta donde podemos llegar?**

*Mauricio Zuluaga, Ivo Siljic, Juan Carlos Valencia, Uriel Cardona*

Hospital Universitario del Valle, Clínica Farallones, Clínica saludCoop ESIMED, Cali, Colombia  
mauriciozuluagaz@yahoo.es

**Introducción.** La cirugía mínimamente invasiva en trauma, cada vez se posiciona más en el manejo de estas patologías a medida que se ha ganado experiencia por el equipo quirúrgico.

**Material y método.** Se describirá la serie de casos en los cuales se utilizó el abordaje mínimamente invasivo en pacientes con trauma cerrado y trauma penetrante.

**Resultados.** Se revisaron 36 pacientes con traumatismo cerrado (22) y trauma penetrante (14); la condición de estabilidad hemodinámica estuvo presente en todos los pacientes. Se hizo manejo de patología en tórax tipo drenaje de hemotórax coagulado y empiema post-traumático en 9 pacientes, raias pulmonares 3, rafia cardíaca 2 y en trauma de abdomen, drenaje de hemo-peritoneo por lesión esplénica o renal en 12 pacientes, lesión o desgarro del meso 5, reparo de lesiones de pared abdominal 3, trauma hepático 2 y lesión intestinal 2 pacientes (1 requirió laparotomía). No se presentaron complicaciones relacionadas con la cirugía.

**Conclusión.** La cirugía mínimamente invasiva en trauma se considera una herramienta necesaria en el momento de afrontar el paciente con traumatismo abierto o cerrado. El trabajo en equipo es fundamental para realizar manejo integral de este tipo de pacientes.

#### 04 - 025

##### **Empalamiento torácico: presentación de 3 casos y revisión de la literatura**

*Mauricio Parra, Juan Manuel Ochoa, Sara Milena Velandia*

Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C., Colombia  
dr.juanmanuelochoa@gmail.com

**Introducción.** El trauma por empalamiento torácico tiene una baja incidencia, sin embargo es un gran desafío para el cirujano. Su manejo oportuno y organizado garantiza buenos resultados. Son múltiples los mecanismos productores y regiones que pueden verse comprometidas, por lo que si el estado clínico del paciente lo permite, es recomendable hacer uso de herramientas

tas diagnósticas para tipificar las lesiones y diseñar un adecuado abordaje.

**Objetivo.** Describir y analizar los casos clínicos para compararlos con la literatura correspondiente.

**Material y método.** Análisis de las historias clínicas e imágenes de 3 pacientes, bajo una revisión sistemática de la literatura.

**Resultados.** Caso 1: Paciente femenina de 54 años quien ingresa al servicio de urgencias con HACP en región precordial con hoja de cuchillo alojada a nivel del IV EIC paraesternal izquierdo. Paciente hemodinámicamente estable en quien se evidencia movilidad de dicho elemento al ritmo cardiaco, sin embargo sin sangrado activo. Sin otras lesiones. Se realiza manejo ATLS, se estabiliza objeto empalado y se realiza radiografía de tórax encontrando proyección de hoja de cuchillo sin aparente ingreso a cavidad torácica, sin embargo por localización se decide trasladar a salas de cirugía para realizar ventana pericárdica subxifoidea la cual es negativa, se procede a retiro de hoja de cuchillo bajo monitorización directa de parámetros hemodinámicos en salas con satisfactoria evolución posoperatoria y posterior egreso. Caso 2: Paciente masculino de 34 años obrero de construcción, quien presenta caída de 6 metros de altura con posterior empalamiento de varilla de construcción corrugada N.42 de acero a nivel de región toracoabdominal izquierda a quien realizaron durante traslado corte de elemento para evacuación. Se evidencian restos de ropa alrededor de herida. Ingresar con FC:112 lpm, FR:18 rpm, TA:124/72 mmHg, SatO<sub>2</sub>:91 %, FiO<sub>2</sub>: 21 %, se realiza radiografía abdominopelvica confirmando extensión y proyección de objeto empalado hacia fosa iliaca derecha, se decide paso a salas en donde se realiza laparoscopia diagnóstica en la que no se evidencian lesiones diafragmáticas, se realiza laparotomía mediana encontrando múltiples lesiones mesentéricas y de asas las cuales son reparadas, se drenan 1000cc de sangre, lavado de cavidad peritoneal, se realiza extracción de objeto bajo visión directa, adecuada evolución posoperatoria. Egreso luego de cubrimiento de esquema antibiótico endovenoso, sin complicaciones. Caso 3: Paciente de 32 años quien ingresa al servicio de urgencias con HACP con hoja de cuchillo empalado a nivel de tórax posterior en VIII EIC con línea paravertebral izquierda. Hemodinámicamente estable, sin hematoma, ni sangrado activo. Ingresar con FC:112 lpm, FR:

18 lpm, TA: 118/74 mmHg, SatO<sub>2</sub>:92 %, FiO<sub>2</sub>:21 %, paciente en quien dada la estabilidad hemodinámica se realiza radiografía de tórax sin evidenciar alteraciones por lo que se hace extracción de objeto en salas de cirugía con monitorización continua de parámetros hemodinámicos y evolución posoperatoria satisfactoria con egreso posterior.

**Conclusión.** El traumatismo penetrante torácico con empalamiento es infrecuente sin embargo es indispensable un adecuado manejo pre e intrahospitalario para mejorar su pronóstico. Es importante la adecuada fijación y la no extracción del objeto para garantizar el efecto tapón ejercido sobre los vasos lesionados. La extracción del objeto empalado bajo visión directa ha mostrado ser eficaz y segura. De igual forma la profilaxis antitetánica, la instauración de un esquema antibiótico oportuno y una extracción completa del material extraño, son elementos fundamentales para la prevención de complicaciones en este tipo de pacientes.

#### 04 - 026

##### **Lesión diafragmática: experiencia de una institución nivel III del Surcolombiano**

*Wilmer Fernando Botache, Juan José Rubio, María Alejandra Rubio, Manuel Alejandro Ospitia, Juan Sanjuán, Cristian Guzmán, Diego Julián Alvis*  
Universidad Surcolombiana, Neiva, Colombia  
kharma2012@hotmail.com

**Introducción.** El trauma de diafragma es una lesión de baja incidencia. Se torna relevante por los daños en estructuras importantes adyacentes, alta mortalidad y difícil diagnóstico.

**Objetivo.** Describir los desenlaces del manejo quirúrgico del trauma diafragmático.

**Material y método.** Análisis descriptivo de subgrupo de una cohorte retrospectiva (2003-2013) de pacientes con trauma quirúrgico. La severidad del trauma fue evaluada mediante la clasificación AAST.

**Resultados.** Del total de 2390 casos, se encontraron 74 (3.1 %) con lesión diafragmática. La mediana de edad de pacientes fue de 31 años (RIC=23-44), 65 (87.8 %) con lesiones penetrantes y 66 (89.2 %) eran hombres. El mecanismo de lesión más frecuente fueron heridas por arma corto-punzante en 51 (68.9 %) casos. La se-

verdad de la lesión fue principalmente grado II [n=45 (60.8 %)] y grado III [n=24 (32.4 %)]. Las lesiones más frecuente observada fue en el hemidiafragma izquierdo en 51 (68.9 %) pacientes, bilateral en 4 (5.4 %). La vía más frecuente observada fue la laparotomía en 70 (94.6 %) pacientes y 7 (9.5 %) requirieron laparotomía y toracotomía. La lesión concomitante más frecuentemente observada fue hepática en 22 (29.7%) pacientes, colónicas en 16 (21.6 %) y pulmonar en 7 (9.5 %). Ocho (10.8 %) de los pacientes fueron re-intervenidos, dos de ellos por procesos intra-torácicos. La mortalidad fue del 12.2 %.

**Conclusión.** Las lesiones diafragmáticas son poco frecuentes y se encuentran en heridas por arma cortopunzante, afectando principalmente el hemidiafragma izquierdo. La necesidad de re-intervención en pacientes con trauma quirúrgico diafragmático parece relacionarse a lesiones concomitantes.

#### 04 - 027

##### Desenlaces del manejo quirúrgico del trauma duodenal

*Wilmer Fernando Botache, Juan José Rubio, María Alejandra Rubio, Manuel Alejandro Ospitia, Juan Sanjuán, Héctor Conrado, Yesica Fernanda Villalba*  
Universidad Surcolombiana, Neiva, Colombia  
heconjisan@gmail.com

**Introducción.** Siendo poco comunes las lesiones duodenales, en su mayoría no son solitarias y su abordaje un gran reto, asociándose a una mayor morbimortalidad.

**Objetivo.** Describir los desenlaces del manejo quirúrgico del trauma duodenal.

**Material y método.** Análisis descriptivo de subgrupo de una cohorte retrospectiva (2003-2013) de pacientes con trauma quirúrgico. La severidad del trauma fue evaluada mediante la clasificación AAST.

**Resultados.** Del total de 2390 casos, se encontraron 29 (1.2 %) con lesión duodenal. La mediana de edad de pacientes fue de 26 años (RIC=19-40), 25 (86.2 %) con lesiones penetrantes y 23 (79.3 %) eran hombres. El mecanismo de lesión más frecuente fueron heridas por arma de fuego en 14 (48.3 %) casos. La mediana de ISS fue de 16 (RIC=9-17). Las lesiones concomitan-

tes más frecuentemente observadas fueron 12 (41.4%) pacientes con lesión hepática, 8 (27.7 %) en colon y 7 (24.1 %) con lesión vascular (2 de ellas con lesión grado V en aorta). La mayoría de las lesiones fueron llevadas a rafia primaria 27 (93.1%) y el resto a resección y anastomosis. Cuatro (13.8 %) pacientes fueron re-intervenidos, la mayoría por causas infecciosas y no relacionadas a la lesión duodenal; solo en un paciente se documentó la presencia de fistula relacionada. Se logró el cierre de la fascia en todos los pacientes que egresaron vivos de la institución. La mortalidad fue del 13.8 %.

**Conclusión.** Las lesiones duodenales son poco frecuentes y en menor proporción relacionadas a trauma cerrado. La necesidad de re-intervención en pacientes con trauma quirúrgico duodenal es más frecuente en pacientes con lesiones concomitantes.

#### 04 - 028

##### Manejo de la perforación esofágica traumática: presentación de un caso y revisión de la literatura

*Ángel Enrique Fajardo, Juan Manuel Ochoa, Sara Milena Velandia*

Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C., Colombia  
dr.juanmanuelochoa@gmail.com

**Introducción.** La perforación esofágica es la más grave de todas las perforaciones del tubo digestivo. La etiología traumática en algunas series tan sólo constituye el 9% de todas las perforaciones del esófago, sin embargo, en nuestro medio, por la violencia y las características propias de estas lesiones, suelen acompañarse de otras lesiones contiguas, lo que reviste de mayor complejidad los casos y se convierte en un verdadero desafío, incluso para los cirujano más experimentados.

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

**Material y método.** Análisis retrospectivo descriptivo de la historia clínica y manejo del paciente, bajo una revisión sistemática de la literatura.

**Resultados.** Paciente masculino de 13 años de edad víctima de agresión por padre, quien ingresa al servicio de urgencias con múltiples heridas por arma cortopunzante, con importante lesión abierta de 15cm en zona II de cuello, sin sangrado activo. Además herida frontal

de 13 cm, con 6 lesiones contiguas en cara, cada una de aproximadamente 3 cm. En tórax presenta herida a nivel de IV EIC con LMC derecha de 5cm y lesión a nivel de VIII EIC con LAA derecha de 6 cm. Es encontrado con inestabilidad hemodinámica por lo que es llevado inmediatamente a salas de cirugía en donde, previa asepsia y antisepsia, bajo anestesia general y colocación de campos quirúrgicos, se realiza incisión oblicua sobre ECM derecho, disección por planos, encontrando lesión de vena yugular derecha, en la cual se hace rafia con prolene vascular 5,0<sup>®</sup>. Revisión de arteria carotídea, esófago y tráquea sin lesiones. Se hace exploración de cuello izquierdo a través de herida encontrando: lesión de vena yugular izquierda en la cual se hace rafia con Prolene vascular 5,0<sup>®</sup>. Se hace ligadura de vasos musculares en cuello posterior, se evidencia importante lesión de esófago en la cual se realiza sutura primaria con Vicryl 3,0 en dos planos con refuerzo de parche de ECM, se hace paso de sonda avanzada para nutrición. Revisión de carótida y tráquea sin lesiones. Se hace lavado con solución salina 500cc, colocación de hemovac<sup>®</sup> de ¾ por contravertura, cierre por planos con vicryl 3,0<sup>®</sup>. Cierre piel con Prolene 4,0<sup>®</sup>. Se realiza cierre de herida frontal con puntos colchoneros, con autorización de neurocirugía quienes posteriormente dan manejo de fractura de hueso frontal y neumoencéfalo documentado. Se realiza sutura de 6 heridas en cara con prolene 6,0<sup>®</sup>, sutura de herida de cuello posterior y tórax con Prolene 4,0<sup>®</sup>. Sangrado 400cc, procedimiento sin complicaciones. Radiografía de tórax portátil posoperatoria sin hemoneumotórax. Paciente es trasladado a UCI en donde se inicia soporte ventilatorio con rápido destete del mismo, sin requerimiento de otros soportes gracias a satisfactoria evolución clínica. Se inicia proceso de manejo interdisciplinario por terapias y psicología, con adecuada respuesta a los mismos y egreso posterior.

**Conclusión.** La perforación esofágica es una patología muy poco frecuente con alta morbimortalidad, sin embargo, si se tiene en cuenta el tiempo de evolución, la etiología de la lesión, la ubicación, el grado de contaminación, las patologías esofágicas concomitantes y la condición individual del paciente, se puede hacer la mejor elección de manejo y así mejorar significativamente el pronóstico del paciente. El tratamiento quirúrgico de elección es la reparación primaria en dos planos reforzada con parche, drenaje mediastinal amplio, esofagostoma cervical y gastrostomía. La esofagectomía tiene indicación en situaciones especiales.

## OTROS

### 04 - 035

#### **Torsión de hidrosálpinx: una causa infrecuente de abdomen agudo en paciente pediátrico**

*Jaime Hernández, Belkis Narváez, Erika Álvarez, Diana Oliveros, Nohemí Galeano, Luis Villota*

Hospital Universitario Del Caribe - Universidad De Cartagena, Cartagena, Colombia  
jhernandezv@unicartagena.edu.co

**Introducción.** El hidrosálpinx consiste en el acúmulo de líquido en la trompa de Falopio, por obstrucción distal y dilatación de esta. El hidrosálpinx bilateral es raro en los pacientes pediátricos y adolescentes, siendo de difícil diagnóstico ya que en muchas ocasiones es de sintomatología inespecífica o asintomática. El hidrosálpinx es un factor predisponente para la torsión aislada de las trompas de Falopio, con una incidencia de 1:1,500,000 mujeres. El manejo de esta patología es quirúrgico realizando una salpingectomía.

**Objetivo.** Describir una patología poco frecuente en pacientes pediátricos y revisar la literatura científica.

**Materiales y métodos.** Femenina de 13 años quien consultó por cuadro clínico de aproximadamente 8 días de evolución, consistente en dolor localizado en fosa iliaca izquierda, tipo cólico, no irradiado, 10/10 en intensidad, asociado a cefalea y episodios eméticos de contenido gástrico. La ecografía abdominal sugirió como posibilidades apendicitis, divertículo de Meckel vs. hidrosálpinx y se llevó a laparoscopia diagnóstica. Se realizó llamado intraquirúrgico a Ginecología por afección bilateral.

**Resultados.** Se realizó salpingectomía bilateral total por hidrosálpinx bilateral y torsión de hidrosálpinx izquierdo con necrosis. La paciente evolucionó favorablemente, se dio de alta con recomendaciones, signos de alarma y seguimiento ambulatorio con evolución favorable.

**Conclusión.** A pesar de la baja incidencia de hidrosálpinx bilateral en pacientes pediátricos y adolescentes como principal causa de dolor abdominal, el médico no debe descartar esta patología en mujeres púberes y de esta forma brindar un diagnóstico y manejo oportuno, evitando futuras complicaciones.



# ÍNDICE DE AUTORES

- Abadía, Mario, 21, 86  
 Abisambra, Nadim, 21, 86  
 Acuña, Javier, 15, 57, 58, 61, 62  
 Agresott, Rubén Darío, 33  
 Agudelo, Leidy, 30  
 Agudelo, Milena, 79  
 Aguirre, Daniel Camilo, 25, 26, 40, 41, 53  
 Alcalá, Ramiro, 15, 61, 62  
 Alvarado, Fernando, 14  
 Álvarez, Erika, 91  
 Alvis, Diego Julián, 89  
 Alvis, Juan David, 46  
 Anaya, Nafer Junior, 66, 74  
 Andrey, Moreno, 11, 55, 74  
 Angélica, Cendales, 14, 70  
 Apolinar, Andrés F., 30  
 Arenas, Carlos Enrique, 13, 17, 36, 39  
 Arévalo, Cáterin, 76  
 Arias, Fernando, 37  
 Aristizábal, Juan Pablo, 24  
 Ariza, Aníbal, 25  
 Arrieta, Jorge, 33  
 Arteaga, María Alejandra, 77  
 Ayala, Juan Carlos, 16, 76  
 Azula, María Camila, 22  
 Badiel, Marisol, 41, 44, 53  
 Baquero, David, 48  
 Barrera, Luis Manuel, 25, 26, 40, 41, 53  
 Barriga, Juan Carlos, 15  
 Barrios, Arnold, 15  
 Bayona, Juan Gabriel, 41, 42  
 Bayter, Eduardo, 76, 86  
 Becerra, Luis Enrique, 65, 85  
 Bejarano, Orlando, 31  
 Benavides, Alejandra, 31, 32, 33  
 Benavides, Sebastián, 22  
 Bermon-Angarita, Anderson, 52  
 Bernal, Felipe, 20, 82  
 Bernal, Jorge, 37  
 Bilbao, Itxarone, 87, 88  
 Bonilla, Ana, 38  
 Borja, Ana, 26  
 Borráez, Bernardo, 21, 30, 47, 76, 86  
 Borráez, Oswaldo A., 76  
 Botache, Wilmer Fernando, 21, 44, 87, 89, 90  
 Buelvas, Nelson, 67  
 Buitrago, Diego Andrés, 29, 35  
 Buitrago, Miguel R., 55  
 Cabrera, Luis Felipe, 20, 51  
 Cadena, Manuel, 82  
 Caicedo, Liliana, 51  
 Caicedo, Nicolás, 82  
 Calderón, Aura María, 43  
 Calderón, Paola, 42, 44  
 Cañas, John Eduardo, 17, 39  
 Capre, Jessica, 31, 32, 33  
 Caralt, Mireia, 87, 88  
 Cardona, Angie, 30  
 Cardona, Uriel, 13, 14, 16, 17, 27, 34, 36, 39, 40, 45, 50, 54, 81, 88  
 Carrasquilla, Rubén, 15, 57, 58, 61, 62  
 Carvajal, Carlos, 73  
 Carvajal, Germán David, 29, 54  
 Castells, Luis, 87, 88  
 Castilla, Laura Marcela, 65  
 Castillo, Juan Sebastián, 18  
 Castillo, Luisana, 84  
 Castro, Mónica M., 25, 71  
 Cevallos, Cecibel, 41  
 Charco, Ramón, 87, 88  
 Chau, Carlos, 61  
 Chinchilla, Paola, 48  
 Conrado, Héctor, 87, 90  
 Contreras, Martín Felipe, 83  
 Córdoba, Whitney Stefanny, 43  
 Correa, Jessica, 72  
 Correa, Julieta, 67  
 Correa, Martha, 37  
 Cortés, Natalia, 37  
 Cruz, Carlos, 57, 58, 61, 62  
 Cruz, Diego Fernando, 52  
 Cuadrado, Daniela María, 29  
 Cuellar, Sergio, 46  
 Daguer, Ricardo, 26  
 Dávila, Diego, 24, 27, 28, 72  
 Daza, María Laura, 25  
 Delgado, Daniel Orlando, 51  
 Delgado, Yeiner, 59  
 Devia, María Camila, 85  
 Díaz, Carlos, 25  
 Díaz, Fredy, 57, 58  
 Díaz, Sergio, 38  
 Domínguez, Alexander, 31  
 Domínguez, Luisa F., 76  
 Dopazo, Cristina, 87, 88  
 Doval, Andrés Felipe, 82  
 Durán, Vanessa, 21  
 Echandia, Carlos Armando, 43  
 Elles, Carlos, 15, 57, 58, 61, 62  
 Erazo, Daniela, 30  
 Escallón, Germán, 76  
 Escobar, Rene, 67  
 Escobar, Sara, 41  
 Espinosa, José Luis, 59  
 Espitia, Breides, 15, 57, 58, 61, 62  
 Esquivia, Carlos Manuel, 64  
 Facundo, Helena, 39, 85  
 Facundo, Mabel, 19, 47, 49  
 Fajardo, Andrés Felipe, 19  
 Fajardo, Ángel Enrique, 90  
 Fajardo, David Eduardo, 19  
 Fierro, Felipe, 38  
 Figueroa, Carlos, 30  
 Forero, Juan Carlos, 76  
 Forero, Marby, 81  
 Franco, Pedro Gabriel, 75  
 Galeano, Nohemí, 91

- García, Alberto F., 41  
 García, Alberto, 42  
 García, Camilo Andrés, 59  
 García, Daniel, 76  
 García, Guihovany Alberto, 84  
 García, Laura, 56  
 García-Duperly, Rafael, 82  
 Garzón, Horacio, 82  
 Giraldo, Juan, 30  
 Girón, Felipe, 15, 23  
 Godoy, Omar Andrés, 56, 66  
 Gómez, Alden Pool, 55, 67  
 Gómez, Alejandro, 81  
 Gómez, Daniel, 28, 60, 64, 71  
 Gómez, Jorge, 46  
 Gómez, Juan Camilo, 35, 68  
 Gómez, Juan Pablo, 37  
 Gómez, Lorena Natalia, 65, 85  
 Gómez, Ramiro, 18  
 Gómez, Santiago, 37  
 González, Adolfo, 44  
 González, Joaquín Fernando, 52  
 Guerrero, Carlos Fernando, 52  
 Guerrero, Mariana, 80  
 Guevara, Oscar, 21, 38, 68, 86  
 Guevara, Raúl, 21  
 Gutiérrez, Carlos Mario, 63, 64  
 Gutiérrez, Edgar, 56  
 Gutiérrez, Karla, 21  
 Guzmán, Cristian, 89  
 Hazbun, Arturo, 26  
 Henao, Francisco Javier, 23, 60, 68, 70  
 Hernández, Hender, 18  
 Hernández, Jaime, 91  
 Hernández, Juan David, 15, 23  
 Herrera, Álvaro Antonio, 43  
 Herrera, Francisco, 33  
 Herrera, Gabriel, 37  
 Herrera, Juan P., 41  
 Herrera, Juan, 30  
 Herrera, Karen, 33  
 Herrera, Mario Alain, 43  
 Herrera, Sara, 63, 66  
 Higueta, Ana María, 13, 17, 36, 39  
 Hinestroza, Jaquelin, 43  
 Holminn, Francy, 87  
 Hurtado, Pedro David, 13, 17, 36, 39  
 Isaza, Andrés, 19, 30, 48, 50  
 Jara, Jefferson, 46  
 Jaramillo, Andrés, 17, 39  
 Jaramillo, Walter Ángel, 81  
 Jiménez, César Eduardo, 19, 47, 49  
 Jiménez, María F., 48  
 Jiménez, Óscar, 79  
 Jiménez, Sandra, 18  
 Jorge, Santos, 29, 54  
 Jurado, Ricardo Alonso, 17  
 Kestenber, Abraham, 31, 32, 33  
 Labrador, Guillermo, 18  
 Lagos, Jenith Rocío, 51  
 Lanza, Andrés, 23, 60  
 Laureano, Quintero, 42  
 Lázaro, José Luis, 87, 88  
 Leal, Carlos, 20  
 Ledmar, Vargas, 79  
 Liendo, Ricardo Andrés, 63, 66  
 Lima, Miguel Andrés, 62  
 Linares, Juan David, 15, 23  
 Lizcano, Roger, 79  
 Loaiza, Laura, 37  
 Lombana, Luis Jorge, 65  
 Londoño, Eduardo, 37  
 López, Deivis, 18  
 López, Estephanie, 43, 83  
 López, Paula Andrea, 82  
 Lora, Alejandro, 15, 17, 59  
 Lozada, Jorge, 19, 47  
 Luengas, Pablo, 51  
 Luna, Rubén D., 77  
 Luna, Rubén, 22  
 Luna-Jaspe, Carlos, 22  
 Madrid, Jorge, 37  
 Manrique, María E., 21, 86  
 Márquez, Alfonso, 16, 71  
 Martín, Iván, 76  
 Martín, Roger, 86  
 Martínez, Erwin, 15, 57, 58, 61, 62  
 Martínez, Juan David, 37  
 Martínez, Juan Manuel, 42  
 Martínez, Melissa, 79  
 Martínez, Nathalia, 42  
 Matallana, Rogelio, 38  
 Mateus, Carolina, 30  
 Medellín, Anwar, 82  
 Medina, Rolando, 21, 44, 79, 87  
 Mejía, Luis Armando, 63, 64  
 Mendoza, Sara, 64  
 Mercado, Deimer, 40  
 Mercado, José, 26  
 Mesa, Jorge, 85  
 Metke Jiménez, Ricardo, 23  
 Meza, Julián Andrés, 11  
 Millán, Claudia Ximena, 77, 78, 80  
 Millán, Mauricio, 53  
 Mogollón, German, 51  
 Molares, Carlos, 67  
 Molina, Sandra Patricia, 31, 32, 33  
 Monroy, Andrés, 30  
 Montero, Nohora, 87  
 Mora, Adriana, 83  
 Morales, Carlos Hernando, 67, 69, 70  
 Morales, Mónica, 41  
 Morantes, Laura Marcela, 27, 72  
 Moreno, Manuel, 42  
 Moreno, Mauricio, 62  
 Moscoso, Alejandro, 19  
 Muñoz, Edwin Oveimar, 52  
 Muñoz, Felipe, 46  
 Muñoz, Paol, 77  
 Murcia, Ciro Andrés, 11, 75, 78, 84  
 Murillo, Natalia, 19  
 Muskus, Jaime, 69  
 Naranjo, Camilo, 38  
 Narváez, Belkis, 91  
 Nassar, Ricardo, 15, 23  
 Neira, Andrés Mauricio, 19  
 Niño, Álvaro Enrique, 83  
 Núñez, Gloria, 30  
 Ocampo, Carlos Mauricio, 70, 74  
 Ochoa, Juan Manuel, 88, 90  
 Olave, Luis Alberto, 35  
 Olaya, Justo Germán, 21  
 Oliveros, Diana, 91  
 Oliveros, Ricardo, 21, 38, 39, 78, 85, 86  
 Ordóñez, Carlos, 41, 42, 44, 53  
 Ordóñez, Juliana María, 83  
 Ortiz, David Andrés, 21, 79  
 Ospitia, Manuel Alejandro, 44,

- 89, 90  
 Ossa, Sebastián, 42  
 Otero, Jorge, 37  
 Oyola, Antonio, 61, 62  
 Pacheco, Maikel, 84, 86  
 Padilla, Darwin, 55, 73  
 Padrón, Jorge, 30  
 Padrón, Oscar Luis, 69  
 Páez, Cristian, 37  
 Palacio, Andrés Mauricio, 55  
 Palacio, María Fernanda, 67, 69  
 Palacios, Oscar Germán, 24, 27, 28  
 Pando, Elisabeth, 87, 88  
 Pareja, María Camila, 62  
 Parra, Lina, 37  
 Parra, Mauricio, 88  
 Parra, Michael W., 41  
 Peláez, Mauricio, 14  
 Pérez, Daniel, 28, 60, 64, 71  
 Pimentel, Aníbal, 80  
 Pinilla, Raúl E., 21, 38, 39, 67, 68, 86  
 Pino, Luis F., 41  
 Plata, José Luis, 52  
 Portilla, Silvio, 77  
 Portillo, Sebastián, 27, 72  
 Posada, Lord Larry, 74  
 Posada, Pablo, 74  
 Pozo, Marcos, 37  
 Priarone, Carlos, 34  
 Prieto, Robín Germán, 29, 54  
 Puerto, Paola Andrea, 46  
 Puyana, Juan Carlos, 41, 48  
 Quilindo, Catalina, 34  
 Quintero, Andrea, 47  
 Quintero, Laura, 82  
 Quintero, Marco, 79  
 Ramírez, Adonis, 12, 46, 49  
 Ramírez, Jaime Alberto, 25, 26, 40, 41, 53  
 Ramírez, Jorge, 73  
 Ramírez, Julián, 34  
 Ramírez, Nathaly, 21  
 Randial, Leonardo, 19, 47, 49  
 Remolina, Carlos, 56  
 Rendón, Juliana, 21, 54, 85, 86  
 Restrepo, Daniel, 75  
 Rey, Mario, 21, 86  
 Reyes, Carlos Fernando, 52  
 Reyes, Gustavo, 29  
 Reyes, Luis Alberto, 35  
 Riaño, Habsleidy Viviana, 52  
 Riaño, Wilson, 37  
 Rincón, Enrique, 66  
 Rivera, Pilar Cristina, 44  
 Rivero, Luis Alejandro, 18, 43, 83  
 Riveros, Juan Manuel, 21  
 Riveros, Olga L., 47  
 Roa, Carmen Lucía, 82  
 Rodríguez, Ana María, 84  
 Rodríguez, Reynaldo, 43  
 Rodríguez, Roberto José, 21  
 Rojas, Alexei Bernardo, 52  
 Rojas, Luis Arturo, 87  
 Romero, Alfredo, 38  
 Romero, Tania, 34  
 Rosales, John, 57, 59  
 Rosero, German Antonio, 59  
 Rosero, Germán, 23, 60, 68, 70  
 Rottermann, Marcos, 51  
 Rubio, Juan José, 44, 87, 89, 90  
 Rubio, María Alejandra, 44, 89, 90  
 Ruiz, Álvaro, 35  
 Ruiz, Francisco, 87  
 Ruiz, German, 51  
 Ruiz, Juan Pablo, 15, 59, 70  
 Russi, Hernando, 14  
 Salazar, Andrés Felipe, 22, 29, 71  
 Salcedo, Diego F., 22, 55  
 Salinas, Carolina, 75  
 Sanabria, Álvaro, 12, 46  
 Sánchez, Andrés, 62  
 Sánchez, Elio Fabio, 16, 25  
 Sánchez, Manuel, 28, 60, 64, 71  
 Sánchez, Sergio, 79  
 Sánchez, Wanda, 49  
 Sanjuán, Juan, 44, 89, 90  
 Santos, Ana, 56  
 Sarzosa, Fernando, 51  
 Serna, Carlos, 81  
 Serrano, Hely, 80  
 Sierra, Daniela, 38  
 Siljic, Ivo, 13, 14, 16, 17, 27, 34, 35, 36, 39, 40, 45, 50, 54, 81, 88  
 Silva, Álvaro, 84  
 Solórzano, Felipe, 37, 86  
 Suarez, Liliana María, 21  
 Suarez, Raúl A., 22  
 Suárez, Rubén, 77  
 Tamayo, Diana, 25, 26, 40, 41, 53  
 Tarazona, Camilo, 25, 26, 40, 41, 53  
 Tarazona-León, Cristian Eduardo, 52  
 Téllez, Diego, 48  
 Tíjaro, Viviana Andrea, 11  
 Toro, Jerónimo, 81  
 Toro, Juan Pablo, 62, 67, 69, 70  
 Torregrosa, Lilian, 25  
 Torres, Erika, 15, 23  
 Torres, Mónica Patricia, 77, 78, 80  
 Torres, Ricardo Andrés, 75  
 Tovar, Rafael, 48  
 Trujillo, Jorge Hernán, 62  
 Trujillo, Yessica Andrea, 55, 56  
 Umaña, Maryam, 63  
 Upegui, Daniel, 54  
 Urango, Melissa, 63  
 Ureña, Laura, 30  
 Uribe, Juan Carlos, 80  
 Uribe, Diego, 27  
 Urueña, Natalia, 11  
 Valbuena, Diego, 69  
 Valencia, Juan Carlos, 13, 14, 16, 17, 27, 34, 36, 39, 40, 45, 50, 54, 81, 88  
 Valencia, Mauricio, 37  
 Vanegas, Mauricio, 52  
 Vargas, Felipe, 48  
 Vásconez, Judith Natalia, 74  
 Vega, Neil Valentín, 17  
 Vega, Valentín, 15  
 Velandia, Leonardo, 79  
 Velandia, Sara Milena, 88, 90  
 Velásquez, Orlando, 76  
 Vélez, Ernesto, 63  
 Vélez, Jorge, 86  
 Vergara, Fabio, 25, 26, 40, 41, 53  
 Vergara, Rafael, 76  
 Vidal, Marcela, 42, 44, 53  
 Villa, Dary Neicce, 42  
 Villadiego, Pedro, 28, 60, 64, 71  
 Villalba, Yesica Fernanda, 90  
 Villán, Nathalie Carolina, 38, 72  
 Villareal, Ricardo, 86

Villegas, César Augusto, 21  
Villota, Aldair, 77  
Villota, Luis, 56, 91  
Whang, Joon, 50  
Williamson, Jhon Erick, 21

Yasno, Diana A., 47  
Zapata, Carlos Manuel, 66, 75  
Zapata, Felipe, 24  
Zapata, Ricardo Adolfo, 75  
Zuluaga, Mauricio, 13, 14, 16, 17,

27, 34, 35, 36, 39, 40, 45, 50, 54,  
72, 81, 88  
Zurita, Nayib, 57, 59, 61, 63, 64, 66