

# REVISTA COLOMBIANA DE CIRUGÍA

TRABAJOS LIBRES, CASOS CLÍNICOS,  
VIDEOS Y PÓSTERES

43° CONGRESO NACIONAL AVANCES EN CIRUGÍA  
“HERNANDO ABAÚNZA O.”

8° CONGRESO INTERNACIONAL DE RESIDENTES  
DE CIRUGÍA GENERAL

22 AL 25 DE AGOSTO DE 2017  
HOTEL INTERCONTINENTAL  
MEDELLÍN, COLOMBIA



ASOCIACIÓN  
COLOMBIANA  
DE  
CIRUGÍA

TRABAJOS LIBRES, CASOS CLÍNICOS,  
VIDEOS Y PÓSTERES

43° CONGRESO NACIONAL AVANCES EN CIRUGÍA  
“HERNANDO ABAÚNZA O.”

8° CONGRESO INTERNACIONAL DE RESIDENTES  
DE CIRUGÍA GENERAL

22 AL 25 DE AGOSTO DE 2017  
HOTEL INTERCONTINENTAL  
MEDELLÍN, 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)	ÁLVARO MONCAYO, MD, MPH (Bogotá)
GABRIEL CARRASQUILLA, MD, PhD (Bogotá)	ENRIQUE MORENO, MD, MSc, PhD (España)
RODOLFO DENNIS, MD, MSc, PhD (Bogotá)	GUSTAVO PRADILLA, MD, MSc (Bucaramanga)
JOHN DUPERLY, MD, PhD (Bogotá)	ÁNGELA RESTREPO, MD, PhD (Medellín)
FABIÁN EMURA, MD, PhD (Bogotá)	DIEGO ROSSELLI, MD, MEd (Bogotá)
GABRIEL HORTOBAGYI, MD, MSc (Estados Unidos)	ÁLVARO SANABRIA, MD, MSc, PhD (Medellín)
FABIÁN MÉNDEZ, MD, MSc, PhD (Cali)	GUSTAVO VALBUENA, MD, PhD (Estados Unidos)

## COMITÉ CIENTÍFICO

---

JUAN ASENSIO, MD, MSc (Estados Unidos)	HERNEY ANDRÉS GARCÍA, MD, MSc, EdD, PhD (Cali)
ITALO BRAGHETTO, MD, MSc (Chile)	MARCELA GRANADOS, MD, MBA (Cali)
JORGE CERVANTES, MD, MSc (México)	CARLOS PELLEGRINI, MD, PhD, MSc (Estados Unidos)
ATILA CSENDES, MD, MSc (Chile)	PATRIZIO PETRONE, MD, MSc (Estados Unidos)
JAIME ESCALLÓN, MD, MSc (Canadá)	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 (Q.E.P.D.)

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 MATALLANA, 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 (Q.E.P.D.)  
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.....	16
Bariátrica.....	20
Hepatobiliar .....	22
Colon y recto.....	31
Oncología quirúrgica .....	33
Cirugía Mínimamente Invasiva.....	38
Trasplante.....	47
Trauma .....	48
Educación y bioética.....	55
CASOS CLÍNICOS	
Cabeza y cuello.....	58
Tórax.....	58
Pared abdominal .....	59
Gastrointestinal y endoscopia.....	59
Bariátrica.....	60
Hepatobiliar .....	61
Metabolismo quirúrgico.....	61
Oncología quirúrgica .....	62
Cirugía Mínimamente Invasiva.....	63
Trauma .....	63

# CONTENIDO

---

## VIDEOS

Tórax.....	65
Pared abdominal .....	66
Gastrointestinal y endoscopia .....	69
Bariátrica.....	72
Hepatobiliar .....	73
Oncología quirúrgica .....	74
Cirugía Mínimamente Invasiva.....	79
Trauma.....	89

## PÓSTERES

Cabeza y cuello.....	90
Tórax.....	91
Pared abdominal .....	94
Gastrointestinal y endoscopia .....	98
Colon y recto.....	101
Hepatobiliar .....	102
Oncología quirúrgica .....	104
Cirugía Mínimamente Invasiva.....	105
Trasplantes .....	106
Trauma.....	106

ÍNDICE DE AUTORES.....	111
------------------------	-----

ÍNDICE DE TÍTULOS .....	116
-------------------------	-----



# PRESENTACIÓN

---

La transmisión del conocimiento es parte esencial de la cultura humana.

Que gran experiencia vivimos cada año con la presentación durante el Congreso Nacional de Cirugía de las investigaciones de los cirujanos, residentes e internos de las diversas áreas quirúrgicas que son expuestas como trabajos libres, videos o casos clínicos.

Es de especial importancia el aporte que representan estos trabajos en el Congreso de 2017, que llegaron a la cifra de 245, la mayoría, según los jurados de expertos, de alta calidad, lo cual habla del espíritu de superación de los cirujanos colombianos y de los niveles de excelencia que ha alcanzado nuestra especialidad.

De especial intereses tiene este año el Concurso Nacional del Residente Quirúrgico, en el cual compiten los principales trabajos del personal en entrenamiento en los hospitales universitarios. La altura científica y los temas desarrollados en estos trabajos han constituido un verdadero desafío para el jurado de expertos designados para escoger los ganadores.

Quiero felicitar y agradecer a los profesionales escogidos como expertos para calificar y escoger los trabajos que merecen ser presentados. ¡Ardua tarea la de estos expertos!

Esto nos hace ver que la cirugía colombiana anda por buen camino y esperamos que las generaciones venideras continúen marcando el derrotero a fin de que las ciencias quirúrgicas se mantengan en el nivel de excelencia en nuestro país.

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



# TRABAJOS LIBRES

## CABEZA Y CUELLO

### 01 – ID24

#### **Comparación entre la eficacia de la energía mecánica ultrasónica y la energía eléctrica monopolar en el abordaje quirúrgico de la glándula tiroides en la E.S.E. H.U.C**

*Cesar Rafael Ensuncho Hoyos, Carlos Gustavo Osorio Covo, Francisco Herrera Sáenz, Katherine Delgado Camargo*

Universidad de Cartagena, Cartagena  
Censunch@hotmail.com

**Introducción.** La tiroidectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos endocrinos más frecuentes de la cirugía global, y el uso de nuevas tecnologías en la práctica de la cirugía tiroidea en años recientes ha logrado obtener mejor resultados estéticos y disminuir en gran porcentaje los riesgos, las complicaciones, los costos y el tiempo quirúrgico.

**Objetivos.** Comparar la eficacia de la energía mecánica ultrasónica en el abordaje quirúrgico de la glándula tiroides confrontándolo con la energía eléctrica monopolar.

**Materiales.** Estudio descriptivo comparativo de linealidad ambispectiva, en una población de pacientes mayores de 18 años de edad operados por el mismo cirujano, comparando la eficacia de la energía ultrasónica en el abordaje quirúrgico de la glándula tiroides, confrontándolo con la energía monopolar. Se analizaron variables sociodemográficas, intraoperatorias, posoperatorias, y anatomopatológicas. Para el análisis estadístico se utilizaron tablas de contingencia para determinar

las diferencias estadísticamente significativas, y modelos de chi - cuadrado, t Student o U Mann - Whitney, cuando en su distribución estas cumplan o no los criterios de normalidad, respectivamente.

**Resultados.** Durante el análisis de datos recolectados, predominó la patología benigna tiroidea y el sexo femenino. Se observó una reducción del tiempo operatorio al utilizar energía ultrasónica en el abordaje quirúrgico de la glándula tiroides y menos complicaciones.

**Conclusiones.** El uso de tecnología ultrasónica mostró menos tasas de complicaciones, menor tiempo intraoperatorio, menor aplicación de sistemas de drenaje, menor lesión del nervio laríngeo recurrente, independientemente de la condición histopatológica de la glándula tiroides, comorbilidad y técnica del cirujano, comparado con la energía monopolar.

### 01 – ID33

#### **Reconstrucción esofágica avanzada, en un hospital de cuarto nivel en Bogotá, D.C. Serie de casos y revisión de la literatura**

*Andrey Moreno Torres, Andrés Rojas, Luis Felipe Cabrera Vargas, Paula Lopez*

Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C.  
luis.felipe.cabrera@hotmail.com

**Introducción.** Los tumores de hipofaringe comprenden el 8 al 10% de todos los cánceres de cabeza y cuello y por lo general debutan como tumores localmente avanzados que requiere una exanteración de cuello. La reconstrucción del defecto esofágico posterior es un reto para la mayoría de los cirujanos oncológicos.

**Objetivos.** Mostrar la experiencia en la reconstrucción faringo-esofágica empleando la técnica de colgajo antebraquial radial libre y de una revisión de la literatura con discusión crítica de los aspectos principales de este procedimiento.

**Materiales.** Se realizó un revisión retrospectiva de los pacientes a los cuales se les realizó reconstrucción esofágica mediante la técnica de colgajo antebraquial radial libre y colgajo anterolateral de muslo libre desde enero del 2010 a junio del 2015, en un hospital de cuarto nivel, Bogotá - Colombia.

**Resultados.** La reconstrucción faringo esofágica con el colgajo antebraquial radial libre parece ofrecer una mejor expresión y funciones de deglución, con una recuperación más rápida y más costo efectiva que el injerto de yeyuno. Además un menor índice de fístula faringocutánea y estenosis anastomótica, con una incidencia para el colgajo antebraquial radial libre menor de un 5% comparado con el injerto de yeyuno de un 15 % a 22 %.

**Conclusiones.** El uso versátil del colgajo antebraquial radial libre para la reconstrucción faringo-esofágica ha demostrado ser útil, debido a sus propiedades delgadas, flexibles, un pedículo vascular consistente, abundante irrigación, tolerancia a largos periodos de isquemia, anatomía consistente y confiable.

## 01 – ID117

### Ácido Tranexámico local en vaciamiento ganglionar (Reporte preliminar)

*Carlos Fuentes Díaz, Habib Mantilla Gaviria,  
William Sanchez Maldonado*

Hospital Militar Central, Bogotá, D.C.  
Cafu2210@hotmail.com

**Introducción.** Todos los vaciamientos ganglionares producen algún grado de colecciones que son incapacitantes, esa es la motivación del uso de los drenajes posoperatorios y es un problema aun no resuelto.

**Objetivos.** Hacer un reporte preliminar del uso del ácido tranexámico local para disminuir las colecciones residuales en los vaciamientos ganglionares.

**Materiales.** Estudio observacional en doce pacientes sometidos a vaciamiento ganglionar funcional cervical unilateral niveles II-V por cáncer papilar de tiroides. Posterior a la cirugía se les aplicó localmente ácido tranexámico en spray a 30 PSI con difusor a una dosis de 1 gr. Se excluyeron pacientes con trombofilia o enfermedades fibrinolíticas. A las 6 horas posquirúrgicas se hizo control de Dimerod. No se colocó drenajes posoperatorios y se hizo seguimiento clínico.

**Resultados.** Se estudiaron doce pacientes (10 mujeres y 2 hombres), todos con metástasis ganglionares cervicales por cáncer de tiroides, con edad promedio de 48 años. No se colocó drenaje posoperatorio en ningún paciente. La estancia hospitalaria no fue mayor a 48 horas (98 % hasta 24 horas). Se realizó entre 0 y 3 punciones evacuatorias posoperatorias (media de 1.16), con un volumen total que oscilo entre 0-32 ml (media 11 ml). Tres pacientes no tuvieron colecciones y 5 solo tuvieron una punción evacuatoria.

**Conclusiones.** El ácido tranexámico en aplicación local puede ser una alternativa útil a investigar en el control de las colecciones asociadas a vaciamientos ganglionares.

## 01 – ID194

### Evaluación de la experiencia inicial en disección radical de cuello por incisión de espacios mínimos

*Andrey Moreno Torres, Andrés Rojas, Judith  
Natalia Vásconez*

Universidad de La Sabana, Bogotá, D.C.  
judithvasconez@yahoo.com

**Introducción.** La disección ganglionar de cuello es un procedimiento común en la cirugía de cabeza y cuello, con el fin de prevenir o tratar la recurren-

cia de los carcinomas, dejando como consecuencia cicatrices que no son estéticamente agradables. Por este motivo, la evolución de la cirugía ha hecho que se recurra a modificaciones de la técnica, como el uso de la cirugía robótica y endoscópica con abordajes preauriculares que son fácilmente disimulables. Sin embargo, dichos recursos no están ampliamente disponibles en nuestro medio, es por ésto que realizamos una modificación a la técnica clásica, logrando disección ganglionar por incisiones más pequeñas, significando un reto para el cirujano y un beneficio oncoplastico para el paciente.

**Objetivos.** Exponer la experiencia de nuestra institución en la disección ganglionar a través de mínimos espacios y comparar con la técnica clásica.

**Materiales.** Se revisaron las historias clínicas de los pacientes a los que se realizó vaciamiento ganglionar radical modificado por incisión de espacios mínimos en el Instituto Nacional de Cancerología durante los años 2014 a 2016. Se analizaron las diferencias de resultados enfocados en morbilidad, complicaciones, dolor posoperatorio, persistencia y recaída tumoral.

**Resultados.** La disección ganglionar por mínimos espacios es un procedimiento factible, reproducible y oncológicamente seguro. Las cicatrices producidas son estéticamente más aceptables que las que se realizan en la disección convencional.

**Conclusiones.** La disección ganglionar de cuello por mínimos espacios es un procedimiento seguro y equiparable a la disección ganglionar de cuello clásica y puede ser realizada por cualquier cirujano de cabeza y cuello sin necesidad de equipos especializados.

## TÓRAX

### 01 – ID99

#### **Pectus excavatum: reparación con la técnica de Nuss, serie de 54 casos**

*Carlos Alberto Rodríguez, Juan Manuel Ochoa, Sara Milena Velandia*

Hospital Militar Central, Bogotá, D.C  
dr.juanmanuelochoa@gmail.com

**Introducción.** El pectus excavatum es la deformación congénita más frecuente de la pared torácica, con importantes consecuencias psicológicas, estéticas y funcionales. En 1997 Donald Nuss desarrollo una técnica mínimamente invasiva basada en los principios de la técnica abierta (Ravitch, una modificación a la técnica Sauerbruch).

**Objetivos.** Describir los resultados del tratamiento quirúrgico en pacientes con pectus excavatum utilizando la técnica de Nuss en el Hospital Militar Central de Bogotá, Colombia.

**Materiales.** Se realizó un estudio descriptivo de serie de casos de los pacientes tratados con la técnica de Nuss durante el período comprendido entre marzo del 2003 y agosto del 2013 (10 años). La recolección de datos fue realizada con base en historias clínicas. Se evaluaron los resultados quirúrgicos incluyendo tiempo de cirugía, complicaciones tempranas y complicaciones tardías.

**Resultados.** Se incluyeron 54 pacientes entre los 8 y 23 años. El 74 % de los pacientes fueron hombres. El resultado estético fue satisfactorio en todos los casos. Las complicaciones más frecuentes fueron cuatro de neumotórax, dos bronquitis y un desplazamiento de la barra. No se presentó ningún caso de derrame pleural, pericarditis o hemotórax. En uno de los casos se presentó una laceración cardiaca manejada oportunamente. No se registró mortalidad.

**Conclusiones.** La técnica de Nuss es segura, reproducible, con buenos resultados en la mayoría de los pacientes y con una rápida recuperación funcional y estética. La experiencia institucional con esta serie de casos logra reproducir los resultados de otros centros con una baja tasa de complicaciones, corta estadía hospitalaria y adecuado control posoperatorio.

## PARED ABDOMINAL

### 01 – ID144

#### **Reparo de la hernia ventral extraperitoneal por laparoscopia: Experiencia de dos instituciones de tercer nivel, Bogotá, Colombia. 2015-2017**

*Juan Pablo Ruiz Pineda, Gloria Stella Flórez Dussan, Arnold José Barrios, Valentín Vega, Alejandro Lora*

Fundación Universitaria Sanitas, Bogotá, D.C.  
gloria.florez1014@gmail.com

**Introducción.** Con el advenimiento de las técnicas laparoscópicas, la corrección de hernias de pared abdominal ha tenido una evolución exponencial, dándoles la opción a los pacientes de una corrección con menor tasa de infección y tiempo de recuperación. Uno de los abordajes realizados es el extraperitoneal, con el fin de evitar el contacto con la cavidad peritoneal y con esto disminuir complicaciones como adherencias y fístulas, logrando así una integración de la malla protésica cubierta por peritoneo, aislada así de las asas intestinales. Sin embargo, esta técnica aún no se implementa de forma constante; en la literatura se encuentran reportes de caso aislados o algunas guías de manejo para reparo de hernia ventral extraperitoneal por laparoscopia, motivo por el cual queremos mostrar la experiencia y los resultados de la implementación de esta técnica.

**Objetivos.** Describir la experiencia en el manejo de la hernia ventral por laparoscopia con técnica extra-peritoneal por el grupo de cirujanos de pared abdominal en Clínicas Colsanitas, en Bogotá, Colombia.

**Materiales.** Estudio observacional descriptivo, retrospectivo, tipo serie de casos. Recolección de datos por historia clínica.

**Resultados.** Hubo 40 casos de reparo de hernia ventral por laparoscopia, 30 con abordaje transabdominal preperitoneal y 10 totalmente extraperito-

neal. Se encontró un caso de recidiva, un caso de dolor crónico y cuatro complicaciones tipo Dindo Clavien IIIa - IIIb.

**Conclusiones.** El reparo de la hernia ventral extraperitoneal por laparoscopia es una técnica plausible, como alternativa al reparo intraperitoneal, evitando el contacto de la malla con las asas intestinales y todas las complicaciones posibles por esta razón. Por otro lado, los insumos utilizados tienen menor costo.

### 01 – ID270

#### **Fijación de prótesis en herniorrafia inguinal: ¿Hemos evolucionado?**

*Neil Valentín Vega, Judith Natalia Vásconez, Federico Gorganchian*

Universidad de la Sabana, Chía, Cundinamarca;  
Clínica Reina Sofía, Bogotá, D.C.  
judithvasconez@yahoo.com

**Introducción.** Los métodos de fijación no invasiva de las prótesis (ausencia de suturas y grapas), se plantean como alternativa en la técnica quirúrgica para corrección de hernias inguinales, abiertas o por vía laparoscópica, impactando favorablemente en el dolor postoperatorio y sin incremento en la recidiva.

**Objetivos.** Evaluar la evidencia actual de los métodos de fijación no invasiva en herniorrafia inguinal, en técnicas abierta y por laparoscopia y su impacto en recidiva y complicaciones.

**Materiales.** Estudio tipo revisión sistemática basado en la metodología The Best BET's (Best Evidence Topics). Con la pregunta: ¿En adultos sometidos a reparación de defectos inguinales con prótesis, vía abierta o laparoscópica, existe alguna ventaja en la utilización de fijación invasiva versus no invasiva, con respecto a dolor postoperatorio, recidiva y complicaciones? Revisión sistemática en las bases de datos: PubMed, Medline, SCOPUS, Cochrane, Scielo y BIREME. Se incluyeron estudios clínicos controlados aleatorizados, revi-

siones sistemáticas y meta análisis. Se analizaron las diferencias de resultados enfocados en la pregunta inicial.

**Resultados.** Se encontraron 83 artículos relevantes, de los cuales se analizaron 25 con base en la pregunta clínica. Las técnicas de fijación no invasivas evidenciaron en su mayoría menor incidencia de dolor postoperatorio crónico y agudo, en cirugías abiertas y en laparoscópicas, sin aumento de las complicaciones con la herida quirúrgica o recidiva.

**Conclusiones.** La estrategia de fijación no invasiva de las prótesis en cirugía de la hernia inguinal se constituye una alternativa viable y cada vez más aceptada, para ser incorporada dentro de las técnicas quirúrgicas tradicionalmente empleadas.

#### 01 – ID440

##### **Cierre de heridas asistido por vacío, asociado a malla de tracción como opción de manejo de eventraciones post incisionales**

*Omar Espitia, Elkin Benítez Navarrete*  
Hospital Universitario Mayor - MEDERI  
elkinben@gmail.com

**Introducción.** El manejo de la eventración post-incisional es un tema de discusión, sobre las nuevas tendencias en las técnicas, los diferentes materiales que nos pueden ayudar a restituir la anatomía de la pared abdominal, en la literatura existe una gran cantidad de opciones de técnicas tipos de mallas que están recomendadas para ser usadas y recientemente se encuentran reportes de procedimientos híbrido que utilizan sistemas de vacío en el cierre de la pared abdominal.

**Objetivos.** Nosotros reportamos un paciente masculino de 73 años con antecedente quirúrgico de laparotomía exploratoria posterior a herida por arma de fuego 10 años antes y un reparo de hernia de hernia umbilical que fue admitido al servicio de urgencias con dolor abdominal. Paciente se presenta al servicio de emergencias por presentar

cuadro clínico de 7 horas de evolución de dolor abdominal, asociado a emesis y diaforesis.

**Materiales.** Al ingreso el paciente se encuentra hemodinamicamente estable, afebril. Al examen físico se evidencia eventración M2-M3 encarcelada dolorosa a la palpación. No irritación peritoneal.

La decisión medica fue la de llevar al paciente a laparotomía exploratoria, para manejo quirúrgico, donde se realiza lisis de adherencias y colocación de sistema VAC asociado a sistema de tracción y posterior a esto paciente continua manejo por en unidad de cuidados intensivos, se lleva a cirugía en 2 oportunidades más en donde se realiza plicatura de malla de tracción y cierre de pared abdominal. **Resultados.** El paciente posteriormente recibe manejo multidisciplinario con el fin de disminuir los riesgos postoperatorios, entre esos el síndrome de compartimento abdominal y las fistulas intestinales.

**Conclusiones.** Finalmente concluimos que el uso del Cierre de heridas asistido por vacío, asociado a malla de tracción como opción de manejo de eventraciones post incisionales, es un procedimiento seguro, que presenta ventajas en el manejo y se puede considerar como una opción de manejo en adultos con eventraciones encarceladas

#### 01 – ID474

##### **Presentación de técnica innovadora para reparación de hernias inguinales sin tensión**

*Farak Arrieta Luis Carlos*  
Hospital Rosario Pumarejo De López, Valledupar, Cesar  
lucafa35@hotmail.com

**Introducción.** La hernia inguinal es la patología más frecuente en la consulta del cirujano general. El abordaje quirúrgico ha presentado múltiples técnicas y modificaciones, adaptándose al avance científico en la aparición de nuevos materiales protésicos. Desde el año 2003 en consenso mundial de cirujanos, se determinó utilizar técnicas sin

tensión con prótesis en mayores de 16 años. En el 2012, metaanálisis comparativo entre laparoscópicas y abierta, no encontró diferencias en la aparición de complicaciones y recidivas, aunque si se aumentan los costos en laparoscópica. La técnica anatomofuncional sin tensión que propongo es de tipo abierta con prótesis de mi invención.

**Objetivo.** Describir la técnica anatomofuncional sin tensión con prótesis de Farak

**Material y método.** Estudio analítico descriptivo con la implementación de una técnica innovadora para la reparación sin tensión de defectos herniarios inguinales, con cono de polipropileno de media densidad de 5x5x7,5 cm introducido en orificio inguinal profundo, fijándolo a la hoz aponeurótica del transverso, cintilla íleo púlica y ligamento de Cooper.

**Resultados.** Implementada desde el año 2000, estudio analítico retrospectivo en el Hospital Rosario Pumarejo De López, entre los años 2010 y 2015. Se tomaron 522 pacientes, 503 (96,36%) electivos y 19 (3,64%) urgencias. La duración promedio fue de 55 minutos. Se utilizó anestesia raquídea en 512 pacientes (98,08%) y general en 10 pacientes (1,92%). Las complicaciones fueron: inguinodinia 4 (0,7%), seroma 6 (1,14%), obstrucción intestinal 2 (0,38%) y torsión testicular previa a procedimiento 1 (0,19%). La incorporación a la vida laboral fue en 20 días. No se reportaron recidivas.

**Conclusión.** Esta es una técnica ideal para la reparación por vía abierta de hernias inguinales y escaso material protésico; procedimiento ambulatorio, con pocas complicaciones, fácil manejo, no reporta recidivas.

## GASTROINTESTINAL Y ENDOSCOPIA

### 01 – ID173

**Migración de malla a la unión gastroesofágica: una complicación infrecuente de la reparación de la hernia hiatal gigante**

*Andrés Felipe Salazar García, Alfonso Márquez Ustariz, Ricardo Metke Jiménez*  
Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D.C.  
anfesaga@hotmail.com

**Introducción.** La inclusión de la malla protésica en esófago es una complicación infrecuente. Entre los factores asociados a este desenlace se encuentran descritos el material protésico, la técnica quirúrgica y la tensión de la malla sobre el tejido intervenido, sin embargo, dado que solo hay reportes de caso, es difícil establecer relaciones adicionales de cada factor.

**Objetivos.** Presentar caso clínico de una complicación de reparación de hernia hiatal por laparoscópica, infrecuente a nivel mundial.

**Materiales.** Se documenta todo el proceso de diagnóstico de la complicación y el tratamiento realizado. Se registran todos los procedimientos realizados y se obtiene consentimiento informado del paciente para reporte de caso.

**Resultados.** Paciente quien es llevado a reparación de hernia hiatal gigante sintomática y posteriormente reingresa por presentar complicación del procedimiento con inclusión de material protésico en esófago. Se realiza manejo endoscópico de la misma con adecuada evolución clínica. Se reporta caso clínico, procedimiento, diagnóstico de complicación y tratamiento con resolución de los síntomas y adecuada evolución clínica del paciente.

**Conclusiones.** La reparación de la hernia hiatal gigante es muy debatida por la tasa de recurrencia, sin embargo, las complicaciones diferentes a esas son infrecuentes. La inclusión del material protésico en el tejido es infrecuente pero se debe tener en cuenta entre las posibles complicaciones del procedimiento. Se reporta un caso clínico documentando diagnóstico de la complicación y el tratamiento realizado.

## 01 – ID180

### **Gastrectomía total, crisis de un paradigma**

*Raúl Guevara Castro, Liliana Suárez, Germán Jiménez, Freddy Mendivelso*

Clínica Universitaria Colombia, Bogotá, D.C.  
rguevarac@gmail.com

**Introducción.** El manejo de los pacientes llevados a gastrectomía total se ha mantenido uniforme desde hace décadas, sin embargo, la aparición de protocolos de recuperación temprana “fast track” muestran que realizando cambios en el manejo postquirúrgico se disminuye la estancia de los pacientes.

**Objetivos.** El objetivo del trabajo es determinar los desenlaces a 30 días de los pacientes llevados a gastrectomía total, a los que no se les deja ningún tipo de dren y se les inicia vía oral temprana, sin esofagograma previo.

**Materiales.** Se realiza un estudio descriptivo observacional de dos cohortes de pacientes llevados a gastrectomía total en una institución de cuarto nivel. El primer grupo con manejo tradicional: se deja dren, inicio de nutrición enteral a las 24 horas y de vía oral al 5 día posterior a esofagograma. La segunda cohorte sin drenes, con inicio de vía oral a las 24 horas, sin esofagograma previo.

**Resultados.** Ingresan al estudio 84 pacientes llevados a gastrectomía total en un lapso de 5 años, en la Clínica Universitaria Colombia. Se evalúa la estancia hospitalaria, el número de complicaciones, la incidencia de fístula, ileo postquirúrgico e inicio de la vía oral. Solo se encuentra una diferencia estadísticamente significativa en la estancia hospitalaria a favor de los pacientes de la segunda cohorte, manteniendo resultados similares en cuanto a íleo y fístula.

**Conclusiones.** Se considera que la aplicación de protocolos de recuperación temprana “fast track” en gastrectomía total es segura para los pacientes, disminuye la estancia hospitalaria y disminuye costos.

## 01 – ID186

### **Gastrectomía laparoscópica en el manejo del cáncer gástrico en el Hospital Universitario**

#### **Erasmus Meoz, Cúcuta**

*Hender Hernández, Guillermo Labrador, Deivis López, Ramiro Gómez, Estefanía Mojica*

Hospital Universitario Erasmo Meoz, Cúcuta  
Stefy373@hotmail.com

**Introducción.** El cáncer gástrico ocupa por incidencia el tercer puesto en Colombia entre las diferentes neoplasias. Desde los años noventa la cirugía laparoscópica ha sido incorporada como una alternativa de tratamiento curativo en cáncer gástrico, con resultados oncológicos y morbimortalidad comparable a la cirugía abierta

**Objetivos.** Describir la experiencia de un centro de referencia regional en el manejo del cáncer gástrico mediante la modalidad de cirugía mínimamente invasiva.

**Materiales.** Estudio observacional descriptivo tipo serie de casos de pacientes con cáncer gástrico tratados en el Hospital Universitario Erasmo Meoz de Cúcuta, entre noviembre de 2014 y febrero de 2017.

**Resultados.** 62 pacientes llevados a laparoscopia, edad promedio de 62 años. La relación por género fue 2:1 entre hombres y mujeres. En el 74 % de los casos fue realizada gastrectomía total y 16% una gastrectomía subtotal. Solo uno de los casos requirió conversión a cirugía abierta por infiltración local del páncreas. El tiempo quirúrgico promedio fue 261.1 minutos. No se registró mortalidad intraoperatoria. El tipo histológico más común fue adenocarcinoma intestinal (74.2 %). El tamaño promedio del tumor fue de 6.8 centímetros. Los promedios de margen proximal y distal fueron 7,2 cm y 5.1 cm respectivamente. La mediana de ganglios extirpados fue 25; Se presentaron 3 (4,8 %) complicaciones quirúrgicas, 1 por hemorragia que requirió reintervención y 2 por fuga de anastomosis tratadas con stent.



**Conclusiones.** La gastrectomía laparoscópica es una técnica factible para tratar el cáncer gástrico con resultados oncológicos similares a la cirugía abierta y con beneficios en la oportunidad de recuperación y dolor posoperatorio.

## 01 – ID201

### **Duplicaciones del tracto gastrointestinal**

*Robín German Prieto, German David Carvajal, Manuel Alejandro Mahler, Daniel Upegui, Bernardo Borrález*

Fundación Universitaria Sanitas, Bogotá, D.C.  
info@ascolcirugia.org

**Introducción.** Las duplicaciones gastrointestinales son malformaciones congénitas raras, que se encuentran hasta en 1 de cada 4500 autopsias. Se clasifican de acuerdo a su tipo, según sean quistes de duplicación o duplicaciones tubulares verdaderas. Varían en su localización anatómica, tamaño y sintomatología, la cual puede estar dada por intususcepción, perforación o sangrado gastrointestinal. Los principales métodos diagnósticos son la endoscopia digestiva y los estudios imagenológicos, siendo muchas veces hallazgos incidentales. El tratamiento depende de la localización, tipo de duplicación y sintomatología presentada por el paciente.

**Objetivos.** Identificar las características de las duplicaciones del tracto gastrointestinal, determinando las estrategias terapéuticas ante cada tipo de duplicación. Presentar el caso de un paciente atendido en la Clínica Universitaria Colombia.

**Materiales.** Se realizó una búsqueda de la literatura y se revisó la misma para determinar las características de las duplicaciones intestinales. Presentamos el caso de un paciente en quien como hallazgo incidental se identificó una duplicación duodenal tubular.

**Resultados.** Se identifican las principales clases de duplicación intestinal y su localización, así

como sus recomendaciones diagnósticas y terapéuticas.

**Conclusiones.** Aunque se trata de una variante anatómica de baja frecuencia, es una patología que debe ser tomada en cuenta especialmente en casos de obstrucción o sangrado intestinal.

## 01 – ID202

### **Manejo médico del “body packer” en el hospital universitario del caribe. Cartagena. 2014-2016**

*Cesar Rafael Ensuncho, María Fernanda Mercado, José Carlos Posada*

Universidad de Cartagena, Cartagena  
Censunch@hotmail.com

**Introducción.** El término “body-packer” hace referencia a sujetos portadores de objetos extraños intraabdominales, con diferentes envoltorios que contienen drogas ilícitas, generalmente con fines de contrabando. La mayoría de los “body-packer” son pacientes asintomáticos, en quienes se sigue conducta expectante, estrecha observación clínica y administración de medicamentos para la evacuación de los paquetes, buscando prevenir las posibles complicaciones asociadas a su transporte intraabdominal, como la obstrucción intestinal y/o intoxicación secundaria al contacto directo con el tracto digestivo.

**Objetivos.** Describir el manejo de los pacientes “body-packer” en la ciudad de Cartagena entre el año 2014 y 2016 en la E.S.E Hospital Universitario de Cartagena.

**Materiales.** Estudio descriptivo transversal de linealidad retrospectiva, en todos los pacientes con sospecha diagnóstica de “body-packer” trasladados a la E.S.E Hospital Universitario de Cartagena entre los años 2014-2016 y recibidos por el grupo de cirugía general institucional. Se analizaron variables sociodemográficas, sustancia ilícita transportada, modalidad de ingestión y transporte,

complicaciones asociadas a transporte y manejo para evacuación de dichos estupefacientes.

**Resultados.** Durante el análisis de datos recolectados, se presentaron cuatro (4) casos, donde predominó el sexo masculino. La principal sustancia ilícita transportada fue la cocaína y la mayoría de pacientes fueron manejados de manera expectante, ayudando a la evacuación de estupefacientes con polietilenglicol, con buenos resultados y sin evidenciar ninguna complicación relacionada.

**Conclusiones.** Nuestro estudio confirma la seguridad del manejo conservador, un tratamiento convencional que concuerda con los protocolos internacionales, reduciendo el riesgo de complicaciones, costos, estancia y desenlace fatal.

#### 01 – ID368

##### **Cecectomía en el manejo del muñón apendicular**

*Francisco Javier Díaz, Nicolás Caycedo Cifuentes, José Guerra Toro*  
Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C.  
jd.guerra1146@uniandes.edu.co

**Introducción.** El manejo del muñón apendicular difícil es el paso crítico que determina el desenlace en los pacientes llevados a apendicectomía laparoscópica. Existen diferentes procedimientos para el manejo del mismo, por lo cual, es necesario estandarizar el método con menor morbilidad asociada.

**Objetivos.** Medir los desenlaces en los pacientes con muñón apendicular difícil que fueron manejados mediante cecectomía laparoscópica.

**Materiales.** Se presenta un estudio retrospectivo observacional en un periodo de 30 meses, de los pacientes (n=40) que fueron llevados a apendicectomía laparoscópica con hallazgo de muñón apendicular difícil, en el hospital universitario fundación Santa Fe de Bogotá.

**Resultados.** El promedio de edad de los pacientes fue de 53 años, 50 % mujeres, con tiempo promedio de inicio de los síntomas de 42 horas (rango: 12 – 120 horas). La estancia hospitalaria promedio fue de 4.1 días, la morbilidad del 5 % y los reintegros del 2.5%. Se reintervino un paciente por colección intraabdominal; 50% de los pacientes requirieron uso de drenes abdominales por peritonitis o colecciones iniciales y 12.5% con refuerzo de la sutura mecánica. En el 60% de los pacientes, una recarga de Endo-GIA® de 60 mm fue suficiente para completar el procedimiento.

**Conclusiones.** El manejo del muñón apendicular difícil mediante la cecectomía laparoscópica ofrece una alternativa segura, con bajo porcentaje de complicaciones, reintegros y reintervenciones.

#### 01 – ID438

##### **Gastrectomía laparoscópica en cáncer gástrico. Hospital El Tunal**

*Camilo Ortiz Silva*  
Hospital el Tunal, Bogotá, D.C.  
camiloortizsilva@gmail.com

**Introducción.** La cirugía laparoscópica ha sido incorporada como una alternativa de tratamiento curativo en cáncer gástrico. El objetivo de este estudio es evaluar los resultados quirúrgicos inmediatos de pacientes sometidos a gastrectomía laparoscópica por cáncer gástrico en el Hospital USS El Tunal de Bogotá, Colombia.

**Objetivos.** La cirugía laparoscópica ha sido incorporada como una alternativa de tratamiento curativo en cáncer gástrico. El objetivo de este estudio es evaluar los resultados quirúrgicos inmediatos de pacientes sometidos a gastrectomía laparoscópica por cáncer gástrico en el Hospital USS El Tunal de Bogotá, Colombia

**Materiales.** Se incluyen todos los pacientes sometidos a gastrectomía laparoscópica por cáncer gástrico.

**Resultados.** Desde Mayo de 2009 a Diciembre del 2016, 93 pacientes fueron sometidos a gastrectomía laparoscópica. Edad promedio 62 años. El tiempo operatorio promedio fue 293 minutos, la estadía hospitalaria 5,3 días. El promedio de ganglios resecaados fue de 27. Hubo 3 casos de mortalidad.

**Conclusiones.** La gastrectomía laparoscópica es una alternativa segura en el tratamiento quirúrgico del cáncer gástrico.

## BARIÁTRICA

### 01 – ID 72

#### **Hallazgos radiológicos anormales post Cirugía bariátrica. Experiencia en la Fundación Valle del Lili, Cali**

*Evelyn Dorado, Esteban Munevar, Laura Ospina, Natalia Esmeral*

Fundación Valle del Lili, Cali  
doradofamilia@gmail.com

**Introducción.** La Cirugía Bariátrica es el estándar actual para el manejo de la obesidad mórbida. Posterior a un procedimiento bariátrico como el bypass o el sleeve, los estudios fluoroscopios y el TAC son los test mas usados. Los hallazgos radiológicos posteriores a la cirugía muchas veces son un desafío para los radiólogos y cirujanos.

**Objetivos.** Describir los hallazgos anormales radiológicos posteriores a un bypass gástrico o sleeve gástrico laparoscópico.

**Materiales.** En un periodo de 10 años, revisamos los estudios fluoroscopios y tomográficos posteriores a Cirugía bariátrica realizados en Fundación Valle del Lili o en otras instituciones pero en pacientes atendidos en la clínica y se describió los hallazgos anormales correlacionándolos con los hallazgos quirúrgicos cuando el paciente fue a cirugía revisional o manejo endoscopico.

**Resultados.** El sleeve gástrico (LSG) es el procedimiento más realizado en Colombia, seguido por el bypass gástrico. Se revisaran los hallazgos normales y anormales de las cirugías realizadas. En LGS encontramos: fistulas, fistulas gastropleurales, kincking del tubo, relojes de arena, fundus redundante con torsión del antro, antro redundante y reservorios gástricos del 20 % asociados a desnutrición (para todos estos hallazgos hay imágenes). En bypass: fistulas gastrogástricas, fistulas con absceso, ulceras anastomosis y anastomosis amplias que requirieron remodelación y obstrucción tanto del asa alimentaria como de la biliar.

**Conclusiones.** La Cirugía Bariátrica es una herramienta útil en el manejo del paciente obeso, Es importante conocer los hallazgos imagenológicos anormales para tomar decisiones adecuadas en el manejo de estos pacientes.

### 01 – ID174

#### **Protocolo de manejo del paciente obeso y su efecto en los resultados clínicos de pacientes llevados a cirugía bariátrica y metabólica**

*Andrés Felipe Salazar García, Alfonso Márquez Ustariz*

Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D.C.  
anfesaga@hotmail.com

**Introducción.** La definición de un protocolo de manejo de los pacientes llevados a cirugía bariátrica y metabólica genera una mejora significativa en el manejo de los pacientes sometidos a este tipo de procedimiento, es por esto que mostramos el proceso institucional con el fin de realizar un manejo multidisciplinario del paciente con obesidad, con los más altos estándares de calidad.

**Objetivos.** Mostrar el proceso de reorganización de la Clínica de Obesidad del Hospital Universitario San Ignacio, y evidenciar los resultados de la misma con respecto a etapas previas de la misma y a la situación de la cirugía bariátrica a nivel mundial.

**Materiales.** Exposición del proceso y de la creación de un protocolo de manejo del paciente bariátrico en una institución de IV nivel con análisis de sus resultados con respecto a la literatura mundial.

**Resultados.** Análisis estadístico de tipo observacional con el fin de comparar los resultados de la clínica de obesidad del Hospital San Ignacio con los resultados a nivel mundial en cuanto a resultados clínicos y morbimortalidad asociada a este tipo de procedimientos.

**Conclusiones.** Se encuentra similitud en los resultados de la clínica de obesidad del Hospital San Ignacio al compararlo con los estándares internacionales en cuanto a resultados clínicos y a la morbimortalidad de estos pacientes. Esto lleva a la propuesta de generar centros de excelencia en el tratamiento de estos pacientes.

#### 01 – ID206

##### **Cirugía bariátrica robótica, experiencia inicial**

*Geylor Acosta Ferrer, Andrés Hanssen Londoño, Sergio Plotnikov, Jairo Noya, Diana Vietri*  
Instituto Médico la Floresta, Caracas  
Geyloracosta@gmail.com

**Introducción.** La cirugía robótica ofrece ventajas sobre la laparoscopia convencional en cuanto a visión y ejecución de procedimientos complejos y pueden aplicarse para el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida.

**Objetivos.** Demostrar experiencia inicial en cirugía bariátrica asistida por robot.

**Materiales.** De abril de 2014 a la fecha hemos realizado 10 operaciones bariátricas asistidas por robot. Se usaron tres diferentes plataformas da Vinci según la institución donde se efectuó la cirugía. Los pacientes fueron evaluados por equipo multidisciplinario y se estableció riesgo quirúrgico según escala de ASA. Se determinó edad, sexo, peso inicial, IMC, tiempo quirúrgico, días de hospitalización y complicaciones posoperatorias.

**Resultados.** Intervenimos nueve pacientes masculinos. La edad media fue 42 años (32 – 51). El peso inicial estuvo entre 98 – 172 kg (media de 132 kg). La media de IMC fue de 46 kg/m<sup>2</sup> (37 – 61). Cinco pacientes fueron ASA II, 3 ASA I y 2 ASA III. El tiempo quirúrgico fue de 120 – 310 minutos (media 174 min). Se realizaron 8 BPG, 1 SADI y 1 Revisión. No hubo complicaciones agudas. Se presentó una estenosis de gastroenteroanastomosis a los 30 días. La estancia hospitalaria fue de 2 días en 8 casos y de 4 días en 2 pacientes, los cuales ameritaron estancia en UCI en el posoperatorio inmediato.

**Conclusiones.** La cirugía bariátrica robótica es factible y segura. Las plataformas da Vinci actuales acortan la curva de aprendizaje, mostrando ventajas en IMC elevados y revisiones.

#### 01 – ID207

##### **Volumetría gástrica 3D y su correlación con pérdida de peso después de gastrectomía vertical**

*Andrés Hanssen Londoño, Sergio Plotnikov, Geylor Acosta, José Gregorio Haddad, José Tomás Nuñez, Claudia Petrucci, Carmen Rodríguez, Rafael Hanssen Hargitay*  
Instituto Médico la Floresta, Caracas  
anhanssen@gmail.com

**Introducción.** El volumen remanente post-gastrectomía vertical es importante en la pérdida del exceso de peso. Los métodos frecuentemente utilizados para estimar el volumen gástrico después de procedimientos bariátricos, usualmente radiología convencional, son inexactos.

**Objetivos.** Evaluar la relación entre el volumen gástrico estimado con volumetría 3D y porcentaje de pérdida del exceso de peso en pacientes con post-gastrectomía vertical. Evaluar utilidad del método definiendo anatomía después de post-gastrectomía vertical.

**Materiales.** Seguimos prospectivamente 30 pacientes sometidos a post-gastrectomía vertical realizando a los 6 meses volumetría 3D y estableciendo relación con la pérdida del exceso de peso. Administramos dosis oral de preparado efervescente, obteniéndose imágenes 3D reconstruidas. Analizamos la relación del volumen gástrico estimado con la pérdida del exceso de peso con coeficiente de Pearson y prueba de Chi cuadrado mediante programa IBM-SPSS versión 21.

**Resultados.** El estudio estimó el volumen gástrico en todos los pacientes. Encontramos una relación inversa entre el volumen gástrico y porcentaje de pérdida del exceso de peso. El 55,5 % de pacientes con volumen gástrico menor de 100 ml mostraron un porcentaje de pérdida del exceso de peso 25-75 %, el 38,8 % un porcentaje de pérdida del exceso de peso de 75 %, y los pacientes con volumen gástrico mayor de 100 ml tenían un porcentaje de pérdida del exceso de peso del 25 %. El coeficiente de correlación de Pearson fue  $R = 6,62$ , ( $p = 1,01$ ). Resultado de Chi cuadrado mostró una diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0.01$ ). Los estudios mostraron con precisión forma y detalles anatómicos del remanente gástrico.

**Conclusiones.** Las tomografías con volumetría 3D precisan el volumen gástrico después de gastrectomía vertical. Existe una relación inversa entre volumen gástrico y la pérdida del exceso de peso después de gastrectomía vertical. Parece que un volumen gástrico mayor de 100 ml a los 6 meses de gastrectomía vertical se asocia a pobre pérdida del exceso de peso.

## HEPATOBIILIAR

### 01 – ID103

#### Lesiones de vía biliar en hospital universitario de III nivel

*Diego Andrés Buitrago, Mónica María Castro, María Laura Daza*

Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D.C.  
dabg0001@yahoo.com

**Introducción.** Las lesiones de vía biliar durante una colecistectomía son la complicación técnica más seria, con una incidencia de 0.3 a 0.5 % para colecistectomía por laparoscopia y 0.1 % a 0.2 % para colecistectomía abierta. Los principales factores de riesgo identificados son la presencia de colecistitis aguda y la percepción errónea de las estructuras por parte del cirujano.

**Objetivos.** Evaluar la tasa de lesión de vía biliar en colecistectomías realizadas en el Hospital Universitario San Ignacio entre enero de 2012 y noviembre de 2015.

**Materiales.** Se analizaron los pacientes sometidos a colecistectomía en el Hospital Universitario San Ignacio entre enero de 2012 y noviembre de 2015, en búsqueda de lesiones de vía biliar, tipo de lesiones según la clasificación de Strasberg, momento del diagnóstico y el manejo dado.

**Resultados.** En una población de 960 pacientes sometidos a colecistectomía se encontraron 19 lesiones de vía biliar, 52 % correspondientes a Strasberg A, con una incidencia de lesión mayor de vía biliar del 0.4% y lesión menor del 1.5 %. El 73 % fue diagnosticado intraoperatoriamente, y el 73 % recibió manejo quirúrgico de la lesión.

**Conclusiones.** La incidencia de lesiones de vía biliar en nuestra serie es similar a la reportada en la literatura mundial, con la mayoría de los casos diagnosticados intraoperatoriamente, recibiendo manejo quirúrgico en el mismo tiempo.

### 01 – ID135

#### Colecistectomía subtotal: una alternativa en el manejo de la colecistectomía difícil

*Sebastián Sierra, Felipe Zapata, Manuela Méndez, Sebastián Portillo, Camilo Restrepo*  
Universidad CES, Medellín  
Pipe.zu77@gmail.com

**Introducción.** Entre los pacientes con colecistitis severas, 10 % tienden terminar la colecistectomía laparoscópica convertida a técnica abierta, secun-

dario a la gran inflamación que dificulta una visión crítica. La colecistectomía subtotal toma partido como posibilidad terapéutica, disminuyendo la tasa de conversiones en la cirugía laparoscópica, con bajas tasas de mortalidad y morbilidad

**Objetivos.** Evaluar los casos de colecistectomías subtotales realizados en Clínica CES durante el año 2015, como técnica viable para evitar conversión a laparotomía o complicaciones quirúrgicas.

**Materiales.** Estudio descriptivo, retrospectivo de pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica subtotal en la Clínica CES (Medellín) entre enero y diciembre de 2015. Se identificaron variables demográficas, detalles de la cirugía, morbilidad y mortalidad.

**Resultados.** De un total de 710 pacientes operados por colecistectomía en dicho periodo, a 17 (2,4 %) se les realizó colecistectomía subtotal. Quince (88 %) de ellas fueron por laparoscopia y 2 (12 %) requirieron conversión. La distribución en cuanto a sexo fue similar (9 mujeres / 8 hombres) y la edad promedio fue de 51 años. El tiempo quirúrgico promedio fue de 119 minutos. En 13 (76 %) pacientes se dejó dren subhepático. Solo un paciente (7 %) presentó fistula biliar y requirió CPRE. La estancia hospitalaria promedio fue de 5 días y en el seguimiento ninguno presentó complicaciones.

**Conclusiones.** La colecistectomía subtotal es una alternativa en pacientes con colecistectomía difícil y en nuestra experiencia presenta una alta tasa de éxito.

## 01 – ID138

### Colecistectomía laparoscópica, experiencia en Clínica CES como centro de referencia

*Sebastián Sierra, Camilo Restrepo, Manuela Méndez, Sebastián Portillo, Camilo Restrepo, Felipe Zapata*

Universidad CES, Medellín  
sebasportillo@gmail.com

**Introducción.** La patología litiásica es la más frecuente del árbol biliar; 10 al 15 % de la población americana tiene colelitiasis. Solo 20 % desarrollan síntomas y de estos hasta 4 % desarrollan colecistitis, teniendo como tratamiento definitivo la colecistectomía, idealmente por laparoscopia, para disminuir complicaciones.

**Objetivos.** Como centro de referencia en manejo de patología biliar en Medellín, consideramos necesario un estudio extenso y representativo de nuestros pacientes y resultados, con el fin de conocer nuestra estadística y compartirla.

**Materiales.** Estudio descriptivo, retrospectivo de pacientes llevados a colecistectomía laparoscópica en la clínica CES durante un año. Identificamos variables demográficas, quirúrgicas, morbimortalidad, estancia hospitalaria, entre otros.

**Resultados.** Se incluyeron 710 pacientes a los cuales se les realizó colecistectomía laparoscópica en 2015. El promedio de edad fue 46 años y eran predominantemente mujeres (73,6 %). Se realizaron 420 (59,2 %) colecistectomías urgentes y 290 (40,8 %) electivas. En 31 casos se realizó CPRE sincrónica. El tiempo quirúrgico promedio fue 69 minutos y la tasa de conversión a cirugía abierta fue 1,2 %. El 41,2 % tenían herida quirúrgica contaminada o sucia, logrando manejo ambulatorio temprano en varios con “salud en casa”. El promedio de estancia hospitalaria fue 4 días. Hubo 8 reintervenciones (1,12 %). Las complicaciones principales fueron sangrado (0,84 %), infección del sitio operatorio (0,56 %) y colecciones intra-abdominales (0,42 %). Se identificó una lesión de vía biliar (0,14 %). No hubo muertes.

**Conclusiones.** Como centro de referencia, presentamos una vasta experiencia en manejo principalmente urgente de la colecistectomía laparoscópica. Resaltamos nuestro interés en CPRE sincrónica y la “salud en casa” en el posoperatorio, buscando acortar estancia hospitalaria del paciente sin aumentar complicaciones.

## 01 – ID181

### **Pancreatogastrostomía versus pancreatoyeyunostomía con ducto mucoso para cirugía de Whipple: experiencia en un centro**

*Oscar Palacios, Diego Dávila*

Clínica CES - IDC Las Américas; Clínica Sagrado Corazón, Medellín

oscargermanpalaciosr@hotmail.com

**Introducción.** La pancreatoduodenectomía es un procedimiento que alcanza hasta 5 % de mortalidad. Sin embargo, la morbilidad posoperatoria llega hasta 50 %. Mayormente obedece a fistulas pancreáticas que llevan a complicaciones secundarias: abscesos intraabdominales y sangrado por erosión. Hay descritas diferentes técnicas de reconstrucción del remanente pancreático y diferentes disposiciones en la reconstrucción yeyunal.

**Objetivos.** Mostrar nuestra experiencia en manejo de tumores periampulares susceptibles de manejo con pancreatoduodenectomía, mostrando evolución con diferentes técnicas de reconstrucción: pancreatogastrostomía o pancreatoyeyunostomía - ducto mucosa en 1 asa o Y de Roux. Reportar su relación con fístula pancreática, sangrado, pseudoaneurisma de arteria hepática, estancia hospitalaria, mortalidad.

**Materiales.** Estudio comparativo, por un grupo específico de Medellín. Se identificaron pacientes con pancreatoduodenectomía realizadas entre 2012-2017, 79 casos. Comparando el tipo de reconstrucción pancreática y yeyunal, se identificaron morbilidades teniendo en cuenta el tipo y severidad de las complicaciones según la clasificación Dindo-Clavien, tipo de fistula pancreática según ISGPF.

**Resultados.** Mayor incidencia en pancreatogastrostomía de sangrados posoperatorios, 3 pacientes con reintervención y hemostasia. La estancia hospitalaria: 8 días (+ – 3) similar en ambos grupos. El porcentaje de fistula posoperatoria mayor en pancreatoyeyunostomía encontrando asocia-

ción con pseudoaneurisma de arteria hepática en 5 pacientes. No se encontraron diferencias en asociación de reflujo alcalino medido por síntomas, entre pacientes reconstruidos con 1 asa o en Y de Roux.

**Conclusiones.** Fisiológicamente es mejor la reconstrucción tipo de Y de Roux. La anastomosis del páncreas en pancreatoduodenectomía representa la mayor dificultad en reconstrucción del remanente pancreático. La pancreatogastrostomía tiene mayor riesgo de sangrado postoperatorio sin mortalidad implícita, buena alternativa en páncreas de riesgo; mayor porcentaje de fistulas pancreáticas en la pancreatoyeyunostomía, estadísticamente no significativo.

## 01 – ID183

### **Análisis comparativo en 100 hepatectomías: laparoscópicas versus abiertas**

*Diego Dávila Martínez, Juan Pablo Aristizabal, Oscar Palacios R*

Clínica CES, Medellín

cxhpb@clinicaces.com

**Introducción.** La dificultad para manejar el sangrado por limitación de manipulación laparoscópica, necesidad de tecnología y entrenamiento subspecializado han retrasado la masificación de esta técnica en países subdesarrollados.

**Objetivos.** Identificar diferencias entre hepatectomías abiertas y laparoscópicas, en cuanto a sangrado intraoperatorio, transfusiones, tiempo quirúrgico y estancia hospitalaria.

**Materiales.** Estudio de corte transversal. Se seleccionaron aleatoriamente 100 hepatectomías (abiertas y laparoscópicas), realizadas en los últimos 4 años. Comparando las diferencias en sangrado intraoperatorio, transfusión, tiempo quirúrgico y estancia hospitalaria entre las hepatectomías abiertas y laparoscópicas con pruebas no paramétricas U de Mann-Whitney.

**Resultados.** Se realizaron 100 hepatectomías (37 abiertas y 63 laparoscópicas) seleccionadas aleatoriamente, incluyendo enfermedades malignas y benignas. Subdivididas abiertas (14 %) y laparoscópicas (21 %), así: Izquierdas (14 %), Derechas (9 %) y más de 3 segmentos (excluyendo izquierdas y/o derechas). La mediana de sangrado en cirugías abiertas fue de 300 cc (RI 210) y en laparoscópicas de 270 cc (RI300) ( $p=0,01$ ). Se transfundieron 4 % de las cirugías por vía abierta (mediana 2 unidades de glóbulos rojos), versus 2 % en las cirugías laparoscópicas (mediana 2.5 unidades) ( $p=1$ ). La mediana para tiempo quirúrgico fue de 240 minutos en abiertas y 165 minutos en laparoscópicas ( $p>1$ ). La mediana de estancia hospitalaria en cirugías abiertas fue de 6 (3) días y en laparoscópico de 3 (3) días ( $p=0.0001$ ).

**Conclusiones.** Las hepatectomías laparoscópicas, mayores y menores, ofrecieron las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva, incluyendo menor sangrado, menos transfusiones y menos estancia hospitalaria que las abiertas. Llamativamente el tiempo operatorio fue mayor en las abiertas. Para su aplicabilidad, se requiere un grupo multidisciplinario y cirujanos con entrenamiento avanzado tanto en cirugía hepática como laparoscópica.

## 01 – ID203

### **Necrosectomía abierta en pancreatitis aguda necrotizante: experiencia en un hospital de cuarto nivel**

*Leidy Juliana Puerto, Rolando Medina, Juan Felipe Sanjuan, Luis Arturo Rojas*  
Universidad Surcolombiana de Neiva, Neiva  
puertojuliana@hotmail.com

**Introducción.** La necrosis pancreática es una complicación de la pancreatitis aguda que está asociada a altas tasas de mortalidad, y su tratamiento actual está enfocado a la necrosectomía pancreática a través de procedimientos mínimamente invasivos, mostrando menores tasas de morbilidad y mortalidad.

**Objetivos.** Identificar la morbimortalidad del manejo de la pancreatitis necrotizante realizando abordaje abierto en un centro hospitalario de cuarto nivel.

**Materiales.** Análisis descriptivo retrospectivo de los pacientes que cursaron con pancreatitis aguda severa con necrosis pancreática y peripancreática que fueron llevados a manejo quirúrgico con necrosectomía pancreática abierta desde el año 2008 hasta el año 2016.

**Resultados.** Veintiseis (26) pacientes fueron admitidos con diagnóstico de necrosis pancreática y peripancreática; 6 pacientes fueron excluidos del estudio por falta de acceso a las historias clínicas. Se incluyeron en el estudio 20 pacientes, de los cuales 13 (65%) fallecieron y 7 (35%) sobrevivieron presentando comorbilidades graves. Las complicaciones tempranas que se encontraron fueron la presencia de colecciones intraabdominales y fistulas entero cutáneas que tuvieron incidencia en el número de reintervenciones de estos pacientes, lo cual tuvo un impacto directo sobre la mortalidad. Cinco pacientes (44%) presentaron colección intraabdominal manejada quirúrgicamente. Tres pacientes (29%) presentaron fistula entero cutánea. Seis pacientes (85%) presentaron abdomen abierto manejado por clínica de heridas. Dos pacientes (28%) desarrollaron fístula pancreática que fue manejada de forma conservadora.

**Conclusiones.** La necrosectomía pancreática por laparotomía tiene altas tasas de morbimortalidad en nuestra institución comparadas con las descritas en la literatura mundial, por tal motivo se recomienda la implementación de protocolos de manejo mínimamente invasivo.

## 01 – ID257

### **Manejo quirúrgico de las estenosis de las hepaticoyeyunostomias: 7 años de experiencia de un centro de IV nivel de atención en Medellín, Colombia**



*Luis Manuel Barrera, Jaime Alberto Ramírez,  
Fabio Vergara, Camilo Tarazona, Mauricio Francisco*

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

**Introducción.** La tasa de éxito de las derivaciones biliodigestivas (coledocoduodenostomías o hepaticoyeyunostomía) en pacientes con lesiones de la vía biliar o estenosis benignas de la vía biliar esta entre el 70 al 92%. Sin embargo, la disfunción de estas derivaciones generan complicaciones como: colangitis piógena recurrente, hepatolitiasis, abscesos o cirrosis biliar secundaria, convirtiéndolo su manejo en un desafío.

**Objetivos.** Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con disfunción de las derivaciones biliodigestivas y su comportamiento luego del manejo quirúrgico.

**Materiales.** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo entre septiembre de 2010 y febrero de 2017 de los pacientes con derivaciones biliodigestivas que durante su seguimiento en la institución presentaron complicaciones.

**Resultados.** Se identificaron 84 pacientes con derivaciones biliodigestivas realizadas dentro o fuera de la institución (6 coledocoduodenostomías, 77 hepaticoyeyunostomía y 1 bilioenterogastrostomía). Se presentaron 29 (34 %) de disfunciones de la derivación: cinco coledocoduodenostomías (83 %), 23 hepaticoyeyunostomía (30.7 %) y la bilioenterogastrostomía. Nueve de ellos se manejaron con derivación percutánea (CTPH) y 16 de ellos con rehepaticoyeyunostomía tipo Hepp-Couinaud. Cinco de ellos requirieron hepatectomías de segmentos atróficos o abscedados. De los 9 pacientes que se manejaron con CTPH, 3 de ellos terminaron en lista de trasplante hepático. De los 16 rehepaticoyeyunostomía solo 2 (12,5%) presentaron estenosis de la rederivación, que se manejaron con CTPH y la otra con una tercera derivación biliodigestiva. Ninguna muerte en perioperatorio o seguimiento.

**Conclusiones.** La rehepaticoyeyunostomía tipo Hepp Couinaud es una alternativa segura y eficiente para pacientes con disfunción de la derivación biliodigestiva.

## 01 – ID271

### **Revaloración de la clasificación de la hemorragia postpancreatectomía: ¿Necesitamos redefinir los sangrados de grado A y B?**

*Álvaro Andrés Duarte, Claudio Bassi, Roberto Salvia, Giovanni Marchegiani, Roberta Piccolo*  
Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín  
alvaro.andres.duarte@gmail.com

**Introducción.** La hemorragia post-pancreatectomía es una complicación importante de las resecciones pancreáticas, ocurriendo aisladamente o en asociación con otras complicaciones de la cirugía pancreática. En 2007 la ISGPS creó una definición mundial de hemorragia post-pancreatectomía.

**Objetivos.** El objetivo de este estudio es reevaluar la definición de la hemorragia post-pancreatectomía creada por ISGPS, basado en la experiencia de un centro mundial de cirugía pancreática y su posible modificación.

**Materiales.** Se analizó retrospectivamente todos los pacientes sometidos a una resección pancreática entre 2000 y 2013 en el Instituto de cirugía pancreática de Verona, para determinar los factores asociados con la aparición, inicio y gravedad de la hemorragia post-pancreatectomía.

**Resultados.** De 2429 resecciones pancreáticas, 165 pacientes experimentaron hemorragia post-pancreatectomía (6,8%). El IMC, tiempo quirúrgico, fístula pancreática, fístula biliar, absceso abdominal, pancreatitis del muñón y el vaciamiento gástrico tardío se asociaron con hemorragia post-pancreatectomía. Sólo el IMC, tiempo quirúrgico, absceso abdominal, pancreatitis muñón y fístula biliar fueron predictores independientes de hemorragia post-pancreatectomía. La fístula pancreática se asoció con hemorragia post-pancreatectomía

tardía (47,9%) y severa (44,9%). Todos los pacientes con mortalidad por hemorragia post-pancreatectomía fallecieron después de 72 horas. En términos de estancia hospitalaria y mortalidad, los pacientes sin hemorragia post-pancreatectomía y los pacientes con hemorragia post-pancreatectomía de grado A fueron comparables.

**Conclusiones.** Los pacientes con hemorragia post-pancreatectomía grado A tienen el mismo resultado de una resección pancreática sin complicaciones. Hay una clara diferencia de resultado entre los pacientes con grado B tardío-leve y grado B temprano-grave de la hemorragia post-pancreatectomía. El corte para separar temprano de tardío debería extenderse de 24 a 72 horas posoperatorio.

## 01 – ID313

### **Diabetes mellitus posterior a pancreatectomía distal: las enfermedades malignas se correlacionan con mayor incidencia y presentación temprana.**

*Álvaro Andrés Duarte, Claudio Bassi, Roberto Salvia, Roberta Piccolo, Giuseppe Malleo*  
Hospital Pablo Tobón Uribe; Hospital G.B. Rossi Verona, Medellín  
alvaro.andres.duarte@gmail.com

**Introducción.** La diabetes mellitus es una complicación a largo plazo bien conocida después de la resección pancreática. La carga de la diabetes mellitus, en pacientes sometidos a pancreatectomía distal es poco conocida.

**Objetivos.** Se revisó la serie de pacientes sometidos a pancreatectomía distal para investigar la incidencia y el manejo de la diabetes mellitus posterior a esta cirugía, junto con los factores de riesgo asociados.

**Materiales.** Pacientes sometidos a pancreatectomía distal entre enero de 2004 y diciembre de 2014 obtenidos de una base de datos prospectiva. Los detalles quirúrgicos y patológicos y la infor-

mación de seguimiento se analizaron utilizando métodos estadísticos estándar.

**Resultados.** Fueron 608 pacientes sometidos a pancreatectomía distal durante el período examinado. La información estaba disponible en 325 pacientes. De los 288 pacientes que no eran diabéticos, 87 (30,2 %) resultaron diabéticos y 23 (8 %) desarrollaron intolerancia a glucosa. El IMC, el sexo y la edad se asociaron con diabetes mellitus posterior a pancreatectomía distal. Estratificado por patología, el adenocarcinoma tuvo la mayor incidencia (42 %) comparado con neoplasias NET y quísticas (28,3 % y 23,8 % respectivamente). En general, la incidencia de diabetes mellitus fue del 43,6 % en la enfermedad maligna frente al 25,8 % en las enfermedades benignas. Según el momento de la presentación, el 77% de los pacientes con malignidad se convirtieron en diabéticos en el primer año posterior a pancreatectomía distal, mientras que la incidencia de diabetes mellitus en enfermedades benignas fue de 44,6 %.

**Conclusiones.** Los pacientes sometidos a pancreatectomía distal con enfermedad maligna mostraron una mayor incidencia de diabetes mellitus, con presentación más temprana. Estos hallazgos pueden ayudar a los médicos a diagnosticar y manejar mejor la diabetes mellitus posterior a pancreatectomía distal.

## 01 – ID323

### **Colecistectomía por laparoscopia: experiencias adquiridas**

*Carlos Felipe Gómez, Diana Patricia Amador*  
Clínica Cafam, Bogotá, D.C.  
Pipegq@hotmail.com

**Introducción.** La colecistectomía por laparoscopia, seguida de la herniorrafia inguinal, herniorrafia umbilical y varicosafenectomía, son los procedimientos quirúrgicos más frecuentemente realizados por los cirujanos generales en salas de cirugía y bajo anestesia. Es de gran relevancia su

perfecta realización, ya que se trata de pacientes previamente sanos, sin comorbilidades mayores en la mayoría de los casos.

**Objetivos.** Se muestra la evolución de la colecistectomía laparoscópica en una clínica privada, con un número importante de procedimientos realizados, con estándares de altísima calidad, tanto tecnológico como humano, disminuyendo al máximo la estancia hospitalaria, la reconsulta temprana posoperatoria y los controles posoperatorios, con tasa de complicaciones mínimas acorde a lo reportado en la literatura.

**Materiales.** Reporte de casos, cuyos datos fueron analizados teniendo en cuenta el número de procedimientos realizados, tasa de complicaciones, porcentaje de conversión, cirugías ambulatorias o con requerimiento de hospitalización.

**Resultados.** Se realizaron 1763 colecistectomías por laparoscopia en clínica CAFAM, de la cuales, 17 pacientes fueron convertidos a técnica abierta y 145 pacientes requirieron hospitalización.

**Conclusiones.** La Colecistectomía por laparoscopia es una técnica quirúrgica depurada, que en manos expertas, se puede realizar de forma ambulatoria y con la precisión requerida para la completa satisfacción del paciente.

01 – ID338

### **Experiencia temprana de resecciones hepáticas laparoscópicas y aplicación del índice de dificultad en el Instituto Nacional De Cancerología de Bogotá, D.C. Colombia**

*Óscar Guevara, Julián Andrés Meza, Jenith Rocío Lagos, Jaime Andrés Montoya, Raúl Eduardo Pinilla, Bernardo Borráez, Bibiana Escobar, Ricardo Oliveros Wilches*

Instituto Nacional de Cancerología de Bogotá, Bogotá, D.C.

oaguevarac@yahoo.com

**Introducción.** Las resecciones hepáticas laparoscópicas tienen una curva de aprendizaje donde se

recomienda iniciar con los casos menos complejos. El índice de dificultad podría ayudar a seleccionar los casos iniciales.

**Objetivos.** Presentar la experiencia de la cirugía laparoscópica hepática y la aplicación del sistema de puntuación de dificultad entre diciembre del 2013 y mayo del 2017.

**Materiales.** Serie de casos de pacientes con resección hepática laparoscópica en el Instituto Nacional de Cancerología, con aplicación retrospectiva del sistema de puntuación de dificultad en escala de 1 - 12.

**Resultados.** Se incluyeron 33 pacientes con edad promedio de 62 años. Las indicaciones fueron metástasis colo-rectales (42 %), adenocarcinoma de vesícula (18 %) y hepatocarcinoma (9 %). El hígado era cirrótico en 6 %. Se resecaron en promedio 2.2 (1 – 8) lesiones por paciente, con tamaño promedio de la lesión mayor de 3,6 cm (0.8 – 12 cm). Se realizó segmentectomía (73 %), cuñas (21 %) y hemihepatectomía (6 %). El tiempo quirúrgico promedio fue de 255 minutos, el 36% de los pacientes requirió clampeo hiliar con promedio de 30 minutos y conversión a cirugía abierta en un 15 %. El promedio de estancia en UCI fue de 0,81 días, con una estancia total de 6,6 días. Se presentaron 4 complicaciones Clavien grado 1-2 (15 %). No se presentó mortalidad a 90 días. El índice de dificultad tuvo un promedio de 5 puntos, siendo bajo en 32 %, intermedio 50 % y alto 18 %

**Conclusiones.** La selección de pacientes para resección hepática laparoscópica con índice de dificultad bajo e intermedio permite adecuados resultados postoperatorios.

01 – ID342

### **Evaluación del manejo de la coledocolitiasis con o sin colelitiasis asociado realizando CPRE previo a colecistectomía por laparoscopia en una misma hospitalización**

*Luis E. Herrera, Hernando Coba, José Carlos Posada, Arturo Hernández*  
Hospital Universitario del Caribe, Universidad de Cartagena, Cartagena  
lehz100@hotmail.com

**Introducción.** La colédocolitiasis es una complicación de la colelitiasis; muchas veces se presentan estas dos patologías en conjunto. El tratamiento de esta debe ser colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE) seguido de colecistectomía laparoscópica, una de las cirugías más realizadas actualmente. Con este manejo ha disminuido el tiempo de estancia hospitalaria, incapacidad médica y complicaciones posquirúrgico. Existe mucha literatura a favor de realizar el procedimiento en una misma hospitalización e incluso en un mismo tiempo quirúrgico y de anestesia, mejorando el manejo ambulatorio de esta, retornando rápidamente el paciente a su hogar y disminuyendo costos médicos por hospitalización, con excelentes resultados.

**Objetivos.** El objetivo de este trabajo es mostrar nuestra experiencia y dar a conocer los buenos resultados en el manejo de la patología biliar.

**Materiales.** Estudio descriptivo de corte transversal en pacientes con diagnóstico de coledocolitiasis, con o sin colelitiasis, en quienes se realizó CPRE más colecistectomía laparoscópica, en el mismo tiempo hospitalario, durante un periodo de un año.

**Resultados.** Se realizaron 54 colangiografías retrogradadas endoscópicas, de las cuales 26 tuvieron diagnóstico de coledocolitiasis; todas fueron llevadas a colecistectomía por laparoscopia. Se realizó control postoperatorio en el primer mes y tuvieron una buena evolución.

**Conclusiones.** Los resultados de este trabajo, más los realizados a nivel mundial, muestran que llevar en una misma hospitalización los pacientes que tengan diagnóstico de coledocolitiasis, con o sin colelitiasis, a colangiopancreatografía retrograda endoscópica más colecistectomía por laparoscopia

mejora el pronóstico y evolución de los pacientes, disminuyendo el costo hospitalario que en nuestro país es muy importante tenerlo en cuenta.

## 01 – ID364

### **Experiencia inicial de la colangiopancreatoscopia directa en el Instituto Nacional de Cancerología y Clínica del Country**

*Raúl E. Pinilla, María Eugenia Manrique, Jaime Andrés Montoya, Carlos Andrés Gómez*  
Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C.  
radipisa@hotmail.com

**Introducción.** La visualización directa de los conductos biliar y pancreático se desarrolló hace décadas, sin embargo, la fragilidad de los equipos y su costo hacía que estos procedimientos se realizaran en pocas instituciones. Con el desarrollo de dispositivos más resistentes y de menor costo, se abrió la posibilidad de la exploración directa de los ductos pancreático y biliar y de realizar procedimientos diagnósticos o terapéuticos.

**Objetivos.** Describir nuestra experiencia en la realización de la colangiopancreatoscopia directa en el Instituto Nacional de Cancerología y en la Clínica del Country en Bogotá, Colombia.

**Materiales.** Serie de casos con pacientes a los que se les realizó colangiopancreatoscopia directa en el período comprendido entre julio de 2015 a mayo de 2017 en el Instituto Nacional de Cancerología y en la Clínica del Country.

**Resultados.** Se realizaron 11 procedimientos: 3 del conducto pancreático y 8 del conducto biliar; en 4 hombres y 7 mujeres, entre los 30 y 83 años; el promedio de duración del procedimiento fueron 116 minutos. La indicación de exploración biliar fue 4 por coledocolitiasis y 4 por estenosis maligna. No se presentaron complicaciones durante el procedimiento.

**Conclusiones.** La colangiopancreatoscopia directa brinda la posibilidad de expandir las posi-

bilidades diagnósticas y terapéuticas cuando la colangiopancreatografía endoscópica retrógrada, endosonografía y la colangiografía no dilucidan con total claridad las patologías presentadas, tanto en la vía biliar como a nivel pancreático.

### 01 – ID433

#### **Litotripsia electrohidráulica por coledoscopia vía laparoscópica para cálculos gigantes. Hospital el Tunal, Bogotá**

*Camilo Ortiz Silva*

Hospital El Tunal, Bogotá, D.C.

camiloortizsilva@gmail.com

#### **Introducción.** NA

**Objetivos.** Presentar la experiencia en el manejo de los cálculos de la vía biliar de difícil extracción por medio de litotripsia electrohidráulica utilizando coledoscopia por vía laparoscópica.

**Materiales.** Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de marzo a septiembre de 2016 de los pacientes con coledocolitiasis a quien no se logró la extracción de los cálculos de la vía biliar por métodos endoscópicos. Se analizaron características demográficas, éxito del procedimiento, tiempo quirúrgico y complicaciones.

**Resultados.** De marzo de 2006 a septiembre de 2016 se incluyeron 31 pacientes con coledocolitiasis gigante. Predominó el sexo femenino (81.5 %) y la edad promedio fue de 42 años (Rango 18-72). Se realizó exploración laparoscópica de la vía biliar con coledoscopia intraoperatoria y litotripsia en todos los pacientes logrando la resolución del 100% de los casos. En todos se hizo sutura primaria de la coledocotomía y no se dejó tubo en T en ningún caso. No se registró mortalidad.

**Conclusiones.** El tratamiento laparoscópico con litotripsia por coledoscopia de la coledocolitiasis gigante presenta buenos resultados y baja morbilidad.

### 01 - ID439

#### **Pancreatoduodenectomía por laparoscopia. Experiencia en el Hospital El Tunal**

*Camilo Ortiz Silva*

Hospital El Tunal

camiloortizsilva@gmail.com

#### **Introducción.** NA.

**Objetivos.** El objetivo de este trabajo es dar a conocer la técnica quirúrgica y nuestra experiencia inicial con la pancreatoduodenectomía totalmente laparoscópica.

**Materiales.** Desde noviembre del 2012 hasta junio del 2016, se ofreció la vía de abordaje laparoscópica a pacientes con indicación de pancreatoduodenectomía por patología maligna. Se describe la técnica quirúrgica utilizada, el manejo perioperatorio, complicaciones intraoperatorias, mortalidad y complicaciones precoces.

**Resultados.** Fueron en total 7 pacientes: 4 hombres y 3 mujeres. No se requirió de conversión a técnica abierta en ningún caso. Hubo 1 caso de mortalidad postoperatoria. Los tiempos operatorios variaron entre 300-360 min. La estadía hospitalaria varió entre 8 y 25 días.

**Conclusiones.** La pancreatoduodenectomía totalmente laparoscópica es técnicamente factible de realizar, replicando los mismos pasos de la técnica abierta, en un tiempo operatorio razonable y obteniendo resultados quirúrgicos comparables a la técnica abierta.

### 01 – ID453

#### **Análisis de mortalidad y desenlaces perioperatorios en 285 resecciones pancreáticas en el Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín**

*Jaime Fernando Chávez, Sergio Iván Hoyos,*

*Álvaro Duarte, Isabel Arenas*

Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín

jchavez@hptu.org.co

**Introducción.** A pesar de los avances en la técnica quirúrgica, cuidados perioperatorios y especialización, la resección pancreática involucra alta morbilidad e inclusive mortalidad.

**Objetivos.** Describir los desenlaces perioperatorios y los factores asociados a la mortalidad perioperatoria de nuestra serie de pacientes.

**Materiales.** Estudio descriptivo retrospectivo de una serie consecutiva de todos los pacientes a los que se les realizó resección pancreática en el período comprendido entre junio de 2005 y mayo de 2016 en el hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín, Colombia.

**Resultados.** Se realizaron 285 resecciones pancreáticas, la mediana de edad fue 58,5 años, con rango intercuartil (RQ) de 47 a 67 años; la mediana de ganglios reseçados 11 (RQ:6-17), el tamaño tumoral medio de 30mm (RQ:20-40) y la mediana de estancia hospitalaria fue de 8 días (RQ:6-15). El sangrado intraoperatorio tuvo mediana de 200 ml (RQ:100-400) y no se transfundieron el 80 % de los pacientes. El 28 % de los pacientes no se trasladó a la unidad de cuidado intensivo (UCI), y de los que se trasladaron el tiempo de estancia en UCI tuvo una mediana de 1 día (RQ:0-2). La mediana del tiempo de cirugía fue de 240 minutos (RQ:180-300). El diámetro del conducto de Wirsung tuvo una mediana de 2 mm (RQ:2-3), sólo midieron 4 mm ó más en el 11 % de los pacientes. Las complicaciones fueron: fístula pancreática 15.5 %, fístula biliar 3.1 %, sangrado postoperatorio (reintervención ó hematoma sin necesidad de intervención) 6.5 %, ISO (todas) 15.6 % y vaciamiento gástrico retardado 8.3 %. La mortalidad perioperatoria a 30 días fue del 4.9 %.

**Conclusiones.** En nuestro medio se pueden conseguir desenlaces perioperatorios en resección pancreática comparables a otros centros especializados del mundo.

## COLON Y RECTO

### 01 – ID20

**Incidencia de falla anastomótica en anastomosis de intestino delgado, colon y/o recto: estudio de cohorte prospectiva en el Hospital de San José y Hospital Infantil Universitario de San José, Bogotá, D.C.**

*Maikel Adolfo Pacheco Trujillo, Guillermo Eduardo Aldana Dimas, Luis Eduardo Martínez López, Juan Carlos Forero Turca, Carlos Andrés Gómez Gámez, Esteban Mauricio Coral Argorty, Héctor Guillermo Olaya Rodríguez*

Hospital de San José y Hospital Infantil Universitario de San José, Bogotá, D.C.

maikel70@hotmail.com

**Introducción.** La falla anastomótica es una de las principales complicaciones de los pacientes llevados a cirugías gastrointestinales y se presenta entre 3 y 15 % de los pacientes. En Colombia no se conoce con exactitud la incidencia de falla anastomótica.

**Objetivos.** Determinar la incidencia de falla anastomótica en los pacientes sometidos a anastomosis intestinales en dos hospitales de IV nivel de la ciudad de Bogotá, D.C., Colombia.

**Materiales.** Estudio de cohorte prospectiva que incluyó pacientes sometidos a anastomosis en el tracto gastrointestinal y a quienes se les realizó seguimiento hasta 30 días posoperatorios. El análisis de los datos se realizó en STATA 13. Se realizó un análisis descriptivo de la información, así como asociaciones entre variables mediante la prueba chi-cuadrado y, además se emplearon gráficas de Kaplan-Meller para determinar el tiempo hasta el evento.

**Resultados.** Se incluyeron 195 pacientes. El 47,1 % fue de sexo masculino y obtuvo una edad mediana de 60 años (RIC: 48-70). La incidencia de

falla anastomótica fue de 10,8% y la tasa de incidencia fue de 10,2 por 1000 personas/año. El 29,7 % de los pacientes presentaron complicaciones posoperatorias y se tuvo una mortalidad de 9,7 %. El tiempo mediano de estancia hospitalaria fue de 8 días (RIC: 5 – 16).

**Conclusiones.** La incidencia de fístula de anastomosis obtenida es acorde con lo reportado en la literatura a nivel mundial. El antecedente de cirugía abdominal, así como la oportunidad de cirugía de urgencia, fueron los factores con mayor frecuencia entre los pacientes que presentaron falla anastomótica.

## 01 – ID51

### **Diagnóstico de la apendicitis y su variación en el tiempo**

*Bernardo Borráez, Carolina Mateus, María Rodríguez, María Medina, July Romero, Mónica L. Villamil, Liz Díaz, Cáterin Arévalo*  
Departamento de Cirugía General, Fundación Clínica Shaio, Bogotá, D.C.  
bborraez@hotmail.com

**Introducción.** El diagnóstico de apendicitis aguda puede llegar a ser un reto para el médico, requiriendo ayuda de imágenes diagnósticas. El uso de la tecnología ha transformado gradualmente el diagnóstico de la apendicitis.

**Objetivos.** a) Describir la variación del diagnóstico de apendicitis en el tiempo, b) Evaluar las tasas de apendicectomías en blanco con el uso de diferentes medios diagnósticos.

**Materiales.** Revisión prospectiva de una base de datos de 1645 pacientes en quienes se realizó apendicectomía en una clínica de Bogotá, entre enero de 2011 y diciembre de 2016. Descripción de la variación del diagnóstico de la apendicitis con el tiempo. Adicionalmente se evaluó la tasa de apendicectomías en blanco con los diferentes medios diagnósticos.

**Resultados.** El número de pacientes diagnosticados por los hallazgos clínicos y ecográficos disminuyó con el tiempo, mientras los pacientes diagnosticados con tomografía aumentó. La tasa de apendicectomías en blanco con el diagnóstico clínico, ecográfico, tomográfico fue de 14,5 %, 7,5 % y 5,3 % respectivamente. El número de apendicectomías disminuyó de 362 a 215 por año, en seis años.

**Conclusiones.** La disponibilidad de la tecnología, su fácil realización y el uso deliberado en el servicio de urgencia, han transformado gradualmente el diagnóstico de la apendicitis, disminuyendo el número de pacientes operados y las tasas de apendicectomías en blanco. Conclusiones: a) El uso de la tomografía abdominal se ha incrementado con el paso del tiempo con una disminución del diagnóstico por hallazgos clínicos y ecográficos, b) el número de apendicectomías en blanco es menor con el uso de la ecografía y la tomografía.

## 01 – ID139

### **Complicaciones de las ostomías realizadas en pacientes del IDC Las Américas**

*Mario Muñoz Zuluaga, Manuela Méndez Giraldo, Miguel Ángel Durán*  
Universidad CES, Medellín  
miguelangelduran@hotmail.com

**Introducción.** Nuestro medio carece de estadísticas sobre las complicaciones relacionadas con las ostomías realizadas y son necesarias para estudiar la presencia de factores que pueden estar relacionados con la aparición de las mismas.

**Objetivos.** Determinar la incidencia de complicaciones en pacientes ostomizados en un centro de referencia de Cirugía Oncológica de la ciudad de Medellín durante el año 2016.

**Materiales.** Estudio observacional retrospectivo de pacientes a quienes se les realizó algún tipo de ostomía en la Clínica las Américas (Medellín, Colombia), entre Enero y Diciembre de 2016.

**Resultados.** Se encontraron 55 pacientes a los que se les realizó algún tipo de ostomía durante este periodo, 31 fueron mujeres (56,4 %) y 24 hombres (43,6 %). Según el tipo de procedimiento se hicieron 16 ostomías tipo Hartmann (29 %), 2 ostomías de doble boca (3,6 %) y 37 ostomías en asa (67,4 %). Según el segmento intestinal fueron 26 de íleon (52 %) y 29 de colon (58 %). Hubo complicaciones en cuatro pacientes (7 %); de estos, dos pacientes presentaron dos complicaciones simultáneas cada uno, para un total de 6 complicaciones (10 %), entre las cuales hubo necrosis, retracción, hernia y prolapso. No hubo mortalidad.

**Conclusiones.** La incidencia de complicaciones fue inferior a la reportada en la literatura, sin poder establecer relaciones entre las variables tomadas en cuenta y la aparición de las mismas, por el limitado tamaño de la muestra. Lo que abre pie a estudios que permitan identificar factores de riesgo que favorezcan la aparición de complicaciones en los pacientes ostomizados en nuestro medio.

## 01 – ID339

### Reexaminando la microbiología de la Apendicitis complicada en Cali

*Uriel Cardona, Ivo Siljic, Mauricio Zuluaga,  
Juan Carlos Valencia, Rosa Angélica Montoya,  
David Andrés Martínez*  
Universidad Santiago de Cali, Cali  
urielcardona24@yahoo.com

**Introducción.** La apendicitis aguda con peritonitis actualmente cuenta con un manejo farmacológico, el cual se base en esquemas empíricos, con pocos estudios que brinden información sobre la microbiología de esta patología, para lograr manejo oportuno sobre los posibles gérmenes implicados, para así poder brindar una terapia efectiva.

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

**Materiales.** Se presentan los resultados de los cultivos tomados de la fosa iliaca derecha de 150 pacientes a los cuales se les realizó apendicectomía mediante técnica laparoscópica o abierta en un periodo de 3 años.

**Resultados.** Se logra establecer diferencia entre la microbiología de la apendicitis supurada y la perforada. En los pacientes con apendicitis perforada predominó como agente etiológico la bacteria E. Coli resistente a Ampicilina-Sulbactam, el cual a la fecha es el antibiótico más usado en nuestro medio. La mayoría de los cultivos de los pacientes con apendicitis aguda supurada resultaron negativos. De manera relevante se identificaron gérmenes Gram negativos BLEE positivos provenientes de la comunidad.

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

## ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA

### 01 – ID44

#### Experiencia en el manejo con quimioterapia neoadyuvante de cáncer gástrico avanzado con células de anillo de sello versus cáncer gástrico sin célula en anillo de sello. Clínica universitaria, Colombia. 2010-2016

*Liliana María Suarez Olarte, Raúl Guevara  
Castro, Cesar Augusto Villegas Bonilla, Rodrigo  
Antonio Burgos*  
Hospital Universitario San José Infantil, Bogotá,  
D.C.  
gaslla@hotmail.com

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



quimioterapia neoadyuvante tiene fuerte evidencia como parte del arsenal terapéutico de múltiples protocolos y ha sido adoptado por una gran cantidad de centros de manejo de cáncer en el mundo, con resultados claramente definidos a su favor. En relación al cáncer gástrico con células de anillo de sello, la evidencia de los beneficios del manejo con quimioterapia neoadyuvante no es claro, siendo motivo de controversia la indicación de su uso, por lo que actualmente no tiene lineamientos definidos.

**Objetivos.** Exponer la experiencia en el manejo del cáncer gástrico avanzado con quimioterapia neoadyuvante en paciente con y sin componente de células de anillo de sello en la Clínica Universitaria Colombia, entre los años 2010 a 2016.

**Materiales.** Serie de casos.

**Resultados.** En la Clínica Universitaria Colombia entre los años 2010 y 2016 fueron manejados con quimioterapia neoadyuvante 94 pacientes con cáncer gástrico; el 25 % tenían componente de células en anillo de sello. En relación a los resultados finales, dado por mortalidad y recaída, no hay diferencias remarcables.

**Conclusiones.** El manejo con quimioterapia neoadyuvante en pacientes con cáncer gástrico con células en anillo de sello en nuestra experiencia no presenta diferencias frente a los pacientes con cáncer gástricos sin células en anillo de sello. El presente estudio no permite plantear relaciones causales y se hace necesario llevar a cabo un estudio con mayor peso estadístico y que compare el manejo de cáncer gástrico con células de anillo de sello con y sin neoadyuvancia.

## 01 – ID61

### **Características de los pacientes con Cáncer del tubo digestivo de 15 a 50 años del Hospital Universitario San José, Popayán, del año 2010 al 2015**

*Diego Fernando Cruz Mendoza, Claudia Orozco, Alexei Rojas*  
Hospital Universitario San José, Popayán  
diegocruz@unicauca.edu.co

**Introducción.** El cáncer del tubo gastrointestinal en el paciente menor de 50 años produce un alto impacto en la morbi-mortalidad de la población productiva de la sociedad. Escasos estudios presentan la caracterización de esta población.

**Objetivos.** Determinar las características de los pacientes de 15 a 50 años de edad con cáncer del tubo digestivo (desde el esófago hasta el recto) del Hospital Universitario San José de Popayán, Colombia, del año 2010 al 2015, en variables socio-demográficas y clínicas; determinar los métodos diagnósticos y la estadificación del tumor y describir el manejo instaurado, así como la supervivencia del paciente.

**Materiales.** Estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal, con revisión de las historias clínicas según criterios de inclusión, diligenciando instrumento por conveniencia para cada una de las variables.

**Resultados.** La mayoría de los tumores se presentó en hombres con edad media de 41 años. El tumor de estómago fue el más frecuente; no hubo ningún caso de cáncer de intestino delgado. El estado de desnutrición fue más severo en pacientes con cáncer de esófago y estómago. La estadificación en su mayoría fue preoperatoria con uso del TAC, para todos los tipos de tumor, independiente a su ubicación; la laparoscopia estadificadora se usó solo en cáncer de estómago (14,8 %). La supervivencia fue similar a la de la población de mayor edad.

**Conclusiones.** El cáncer de estómago fue el más frecuente, sin importar la edad. No se encontraron dentro de la historia clínica síndromes genéticos. No se correlaciona el Índice de masa corporal con la valoración nutricional. Hay subutilización de la laparoscopia estadificadora.

## 01 – ID71

### **Citorreducción completa y quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (hipec): experiencia del Hospital Infantil Universitario de San José, Bogotá, D.C.**

*Juan Sebastián Valderrama Alba, Maikel Adolfo Pacheco, Mario A Abadía, Ricardo Villareal*  
Hospital Infantil Universitario de San José,  
Bogotá, D.C.  
juansvalderrama91@icloud.com

**Introducción.** La peritonectomía radical, consiste en una serie de procedimientos quirúrgicos, los cuales se han implementado en el manejo de las neoplasias de la superficie peritoneal, sin depender del origen primario de las mismas. La quimioterapia sistémica tiene baja penetración a la cavidad peritoneal, disminuyendo su acción en las neoplasias intraperitoneales. Es por esto que se realiza la quimioterapia intraperitoneal hipertérmica en el transoperatorio, con el fin de eliminar implantes que no pueden visualizarse en la cavidad peritoneal. En pacientes con carcinomatosis peritoneal, independientemente de su origen primario, la peritonectomía radical más la administración de quimioterapia térmica intraperitoneal, ha logrado aumentar la supervivencia global. En el Hospital infantil de Bogotá, se ha creado un grupo compuesto por cirujanos oncólogos y gastrointestinales, para llevar a cabo el procedimiento mencionado anteriormente.

**Objetivos.** Describir las características y resultados de los pacientes llevados a Peritonectomía radical más quimioterapia intraperitoneal hipertérmica en el Hospital Infantil de San José de Bogotá, Colombia.

**Materiales.** Serie de casos con recolección de información retrospectiva.

**Resultados.** Se describe una totalidad de diez (10) de pacientes llevados a Peritonectomía radical más quimioterapia intraperitoneal hipertérmica,

con sus complicaciones posoperatorias durante un seguimiento a 30 días.

**Conclusiones.** La peritonectomía radical más quimioterapia intraperitoneal hipertérmica, es un procedimiento novedoso que se ha implementado por un grupo especializado en el Hospital Infantil de San José, como opción terapéutica en pacientes con carcinomatosis peritoneal.

## 01 – ID137

### **Experiencia y comparación de dos centros de referencia en el manejo de cáncer gástrico en Bogotá**

*Germán Antonio Rosero, Jorge Campillo, Liliana Suárez*  
Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D.C.  
campillo1@gmail.com

**Introducción.** Con el presente estudio se busca comparar las experiencias de dos centros de referencia en el manejo de cáncer gástrico en Bogotá, en los cuales utilizan diferentes protocolos de manejo.

**Objetivos.** Calcular la tasa de sobrevida global y las complicaciones perioperatorias en pacientes con cáncer gástrico manejados con dos protocolos de manejo diferentes.

**Materiales.** Estudio observacional analítico de cohortes históricas con pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico que fueron tratados entre 2010 y 2016 en dos centros de referencia.

**Resultados.** El grupo de pacientes que recibió cirugía más quimioterapia perioperatoria tuvo tasa de mortalidad acumulada del 21 % con tasa de complicaciones perioperatorias 29 %, comparado con grupo de cirugía más adyuvancia los cuales presentaron tasa de mortalidad acumulada 39 % con complicaciones perioperatorias 15 %. La edad promedio de diagnóstico fue 58,3 años con una relación de mujer:hombre de 1:1,4. La tasa de

recaída fue del 21 % en el grupo de estudio de cirugía más quimioterapia perioperatoria versus una tasa del 25 % en el grupo control de cirugía más adyuvancia.

**Conclusiones.** Los dos esquemas de manejo presentan resultados a largo plazo similares, sugiriendo una menor tasa de recidiva y de mortalidad a largo plazo en el grupo que recibió quimioterapia perioperatoria más cirugía comparado con el grupo de cirugía más adyuvancia.

### 01 – ID269

#### **Degastrogastrectomias: experiencia en el Instituto Nacional de Cancerología**

*Jaime A. Montoya Botero, Raúl Eduardo Pinilla, Ana Deise Bonilla, Diego Andrés Buitrago, Jenith Lagos, Julián Meza*  
Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C.  
jamontoyab@une.net.co

**Introducción.** La degastrogastrectomía hace referencia a completar la resección del remanente gástrico luego de haber sido sometido a una gastrectomía parcial. El objetivo principal es la resección del remanente gástrico al cual se le documenta reaparición de neoplasia durante el seguimiento o por sintomatología, con el fin de lograr una curación y tener una supervivencia adecuada.

**Objetivos.** El objetivo de nuestro estudio es describir nuestra experiencia en la realización de degastrogastrectomías en el Instituto Nacional de Cancerología de Bogotá.

**Materiales.** Serie de casos de pacientes sometidos a degastrogastrectomía en el Instituto Nacional de Cancerología de Bogotá, entre diciembre de 2012 y abril de 2017.

**Resultados.** Se realizaron 8 procedimientos en el Departamento de Cirugía Gastrointestinal del Instituto Nacional de Cancerología. El 37 % de los pacientes presentaron comorbilidades asociadas. El 50 % de las lesiones reseçadas fueron recidivas

de adenocarcinoma tipo difuso; el tiempo promedio de aparición de la lesión luego de la primera intervención fueron 39 meses. El 50 % de los pacientes requirieron esplenectomía. La principal causa de re-intervención fue sangrado posoperatorio. El tiempo quirúrgico promedio fue de 218 minutos, el sangrado promedio de 307 cc; solo en un caso se documentó bordes positivo a nivel proximal. El tiempo promedio de hospitalización fue 17 días y la mortalidad a 30 días fue del 12.5 %.

**Conclusiones.** Los resultados de nuestro estudio muestran que la degastrogastrectomía es un procedimiento engoroso, que produce morbilidad, con tasa alta de estancia hospitalaria, que requiere ser realizado en centros especializados, pero con el cual se logra aumentar la supervivencia de los pacientes.

### 01 – ID297

#### **Tumores primarios del apéndice cecal en pacientes apendicectomizados: incidencia en 5 años en el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá**

*Carolina Restrepo, Daniela Camargo, Ricardo Nassar Bechara, Andrés Mauricio García, Juan David Linares, Juan José Santiváñez, Rocío López Panqueva, Juan David Hernández*  
Hospital Universitario Fundación Santa Fé de Bogotá, Bogotá, D.C.  
juandah@uniandes.edu.co

**Introducción.** Las neoplasias primarias del apéndice son raras, con una incidencia reportada de 0.9 % a 1.4% de los especímenes de apendicectomías. Constituyen el 0.5 % de las neoplasias gastrointestinales. La mayoría de pacientes se operan con sospecha de apendicitis y generalmente sólo se diagnostican con el estudio anatomopatológico. Esta patología ha sido poco estudiada en Colombia.

**Objetivos.** Establecer la incidencia durante los últimos 5 años de tumores primarios apendiculares

en pacientes llevados a apendicectomía en el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá (FSFB) y determinar la prevalencia de los subtipos tumorales.

**Materiales.** Se realizó un estudio de corte transversal a partir de la base de datos del Departamento de Patología entre Enero 2012 y Mayo 2017. Se excluyeron pacientes operados extrahospitalariamente, con tumores diagnosticados y llevados a hemicolectomía derecha por patologías diferentes, o los llevados a cirugía de Sugarbaker o a cirugía gineco-oncológica.

**Resultados.** Se revisaron 2433 reportes de histología de apendicectomías enviados al Departamento de Patología FSFB. Se obtuvo un total de 52 tumores apendiculares diagnosticados en pacientes que fueron llevados a apendicectomía con diagnóstico de apendicitis. Fueron más frecuentes en mujeres, siendo el orden de frecuencia el tumor neuroendocrino, seguido de la neoplasia mucinosa apendicular, los adenomas y el adenocarcinoma.

**Conclusiones.** Los tumores primarios del apéndice son raros. En este estudio, su incidencia fue mayor a la reportada en la literatura (2.14 %). El estudio anatomopatológico en pacientes con apendicitis aguda es indispensable, ya que la mayoría de tumores se diagnostican de esa manera.

#### 01 – ID330

##### **Factores de riesgo para márgenes de resección positivos en cáncer de páncreas**

*Jaime Esteban Alzate, Sergio Iván Hoyos, Jaime Fernando Chávez, María Clara Mendoza*  
Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín  
jchavez@hptu.org.co

**Introducción.** Los factores asociados a mejor pronóstico oncológico después de resección quirúrgica de cáncer de páncreas definidos en la literatura son tamaño tumoral, ausencia de invasión ganglionar y perineural, márgenes de resección libres de tumor y diferenciación tumoral.

**Objetivos.** Definir factores pronósticos para márgenes de resección positivos en cáncer de páncreas.

**Materiales.** Estudio retrospectivo descriptivo de una base de datos prospectiva de todos los pacientes operados por cáncer de páncreas con intención curativa de 2005 a 2014 en el Hospital Pablo Tobón Uribe.

**Resultados.** Fueron llevados a resección quirúrgica 57 pacientes. La concordancia entre el tamaño tumoral patológico y el tamaño tumoral intraoperatorio fue del 32 % con índice Kappa 0.20. La concordancia entre el tamaño tumoral patológico y el tamaño en la margen fue del 23,68 % con un índice Kappa 0.16. La asociación entre márgenes positivos para tumor y número de nódulos comprometidos tuvo un OR de 0.9 (IC95% 0.73-1.28), para tasa de nódulos comprometidos tuvo un OR de 2,65 con (IC95% 0.07- 98.52), para tamaño patológico en cm OR 1,6 con (IC95% 0.96- 3.0036).

**Conclusiones.** No se encontró significancia estadística para las variables estudiadas.

#### 01 – ID335

##### **Resección hepática en metástasis de cáncer colorectal, análisis de supervivencia de una cohorte de pacientes en el hospital Pablo Tobón Uribe. Medellín, Colombia**

*Jaime Fernando Chávez, Sergio Iván Hoyos Duque, Juan Javier Agudelo, Álvaro Duarte*  
Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín  
jchavez@hptu.org.co

**Introducción.** La resección hepática permanece como la única opción de tratamiento con intención curativa y con posibilidad de sobrevida a largo plazo en este grupo de pacientes.

**Objetivos.** Evaluar los desenlaces de la resección hepática en nuestra serie.

**Materiales.** Estudio retrospectivo descriptivo de una serie consecutiva de 97 hepatectomías por me-

tástasis de cáncer colorectal entre junio de 2005 y diciembre de 2015 en el hospital Pablo Tobón Uribe.

**Resultados.** De un total de 370 hepatectomías, se realizaron 97 resecciones hepáticas en 93 pacientes por metástasis de cáncer colorectal. El promedio de edad fue de 58 años, el 50.5% fueron resecciones hepáticas mayores. La mediana de sangrado intraoperatorio fue de 200 ml (RIQ 100-400 ml) y la mediana del tiempo quirúrgico fue 150 minutos (RIQ 120-180 min). La estancia hospitalaria tuvo una mediana de 3 días (RIQ 2-4 días). Solo se trasladaron a la unidad de cuidados intensivos el 25.9 % de los pacientes. Se presentaron complicaciones en 21.5 % de los pacientes. La mortalidad perioperatoria a 90 días fue 2.06 %. Se realizó protocolo de fast track en el 54.8 % de los pacientes. La supervivencia actuarial a 5 años fue 34.5% y a 100 meses fue del 23 %.

**Conclusiones.** La resección hepática en pacientes con metástasis de cáncer colorectal se puede realizar en nuestro medio de manera segura, con morbilidad, mortalidad y desenlace oncológico comparable a las otras series del mundo.

## CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA

### 01 – ID8

#### **Hernia del hiato de Winslow: manejo laparoscópico**

*Mario Hugo Barrera Latorre*

Hospital Universitario San José Infantil, Bogotá, D.C.

mariohbl@gmail.com

**Introducción.** La hernia del hiato de Winslow es una entidad de muy rara aparición, con una frecuencia menor de 8% de todos los casos de hernias internas. El diagnóstico es difícil y de no realizarse oportunamente conlleva a las complicaciones mayores que en las hernias en general.

**Objetivos.** Exponemos el caso de un paciente en quien se encontró de forma incidental una hernia del hiato de Winslow y fue posible el manejo por vía laparoscópica de manera exitosa. Se hace revisión de la literatura pertinente aplicada al caso clínico.

**Materiales.** Presentación de caso clínico, imágenes diagnósticas y video del procedimiento quirúrgico por vía laparoscópica.

**Resultados.** La literatura médica muestra casos clínicos aislados de excepcional presentación. En la revisión de la literatura se encontró la tomografía de abdomen con contraste como método diagnóstico de elección; sin embargo la mayoría de los diagnósticos se realizan de forma intraoperatoria. Se valida la vía usada en este caso (laparoscópica) como el mejor abordaje recomendado.

**Conclusiones.** La hernia del hiato de Winslow es una entidad de rara aparición y de difícil sospecha clínica y diagnóstica. El diagnóstico adecuado, pertinente y prioritario, ofrece la posibilidad de la vía laparoscópica como una opción totalmente válida y aceptada.

### 01 – ID52

#### **Cirugía cooperativa: Resecciones laparo-endoscópicas**

*Raúl E. Pinilla, Bernardo Borráez, Jaime A. Montoya*

Departamento de Cirugía Gastrointestinal y Endoscopia Digestiva, Instituto Nacional de Cancerología, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, D.C.

bborraez@hotmail.com

**Introducción.** La cirugía cooperativa hace referencia al uso de vías simultáneas, intraluminales e intraperitoneales, para la identificación y localización en tiempo real de lesiones de difícil manejo con los procedimientos convencionales.

**Objetivos.** Describir nuestra experiencia en la realización de procedimientos cooperativos en el Instituto Nacional de Cancerología de Bogotá, Colombia.

**Materiales.** Revisión prospectiva de una base de datos retrospectiva. Descripción de la experiencia en la realización de procedimientos cooperativos en el Instituto Nacional de Cancerología de Bogotá, de los pacientes intervenidos entre octubre de 2012 y noviembre de 2016.

**Resultados.** Se realizaron 16 procedimientos laparo-endoscópicos. El 56 % de los pacientes presentaron comorbilidades asociadas. El 50 % de las lesiones resecaadas fueron subepiteliales, 25 % fueron ampliaciones de márgenes, 12,5 % lesiones epiteliales y 12,5 % paliación por sangrado. El tipo de crecimiento de las 9 lesiones elevadas fue intraluminal en 6 pacientes, extraluminal en 2 pacientes e intraluminal en 1 paciente. Catorce procedimientos fueron exogástricos, 1 intragástrico y 1 transgástrico. El tiempo quirúrgico promedio fue de 91 minutos, el sangrado promedio de 42 cc con bordes negativos en todos los casos. El tiempo promedio de hospitalización fue de 4 días. La supervivencia libre de enfermedad a 22 meses fue del 100 %.

**Conclusiones.** La cirugía cooperativa es una técnica segura, factible, con tiempos quirúrgicos aceptables y sangrados mínimos, en pacientes con y sin comorbilidades, conservando los principios quirúrgicos de la cirugía abierta y laparoscópica en el tratamiento de las patologías oncológicas.

## 01 – ID53

### Manejo de la colecistitis aguda complicada

*Carlos Cruz, Cáterin Arévalo, Nayib Zurita, Bernardo Borrález, Juanita Martínez, Carolina Mateus*

Universidad del Sinú, Cartagena  
cate-90@hotmail.com

**Introducción.** La colecistectomía subtotal laparoscópica constituye una opción terapéutica en pacientes con procesos inflamatorios severos cuya disección puede terminar en la lesión de la vía biliar por el limitado reconocimiento de las estructuras del triángulo de Calot.

**Objetivos.** Evaluar nuestra experiencia con la implementación de la colecistectomía subtotal por vía laparoscópica en pacientes con diagnóstico de coledocistitis y colecistitis aguda.

**Materiales.** Revisión de 80 colecistectomías laparoscópicas realizadas de Septiembre de 2016 a marzo de 2017. En tres (3) pacientes se llevó a cabo colecistectomía subtotal por los hallazgos en el transoperatorio. Adicionalmente se evaluaron las demográficas, así como la tasa de conversión a cirugía abierta, estancia hospitalaria, complicaciones, reintervenciones y hallazgos intraoperatorios más frecuentes.

**Resultados.** Tres de 80 pacientes en quienes se realizó una colecistectomía laparoscópica, requirieron una colecistectomía subtotal. El muñón vesicular se cerró con sutura intracorpórea en 2 casos y sutura mecánica en un caso. No se presentaron complicaciones intraoperatorias. En todos los pacientes se dejó drenaje. El tiempo promedio de hospitalización fue de 2.5 días. Ningún paciente requirió procedimientos quirúrgicos adicionales.

**Conclusiones.** La colecistectomía subtotal es una herramienta útil, segura y una opción poco utilizada en procesos inflamatorios agudos que se puede realizar incluso por vía laparoscópica ayudando a reducir la morbilidad y mortalidad de los pacientes.

## 01 – ID89

### Experiencia de esplenectomía por laparoscopia en el Instituto Nacional de Cancerología durante 5 años

*Raúl E. Pinilla, Laura Quintero, Ricardo Oliveros, Mario Abadia, María Eugenia, Manrique, Juliana Rendón, Oscar Guevara, Mario Rey, Paula López*

Instituto Nacional de Cancerología E.S.E, Bogotá, D.C.

lauraxqr@gmail.com

**Introducción.** La esplenectomía es un procedimiento el cual se puede realizar por una causa traumática o médica. Se presenta la experiencia de esplenectomía por laparoscopia en el Instituto nacional de cancerología (INC) E.S.E. en un periodo comprendido en 5 años.

**Objetivos.** Descripción de todos los casos en los cuales se realizó esplenectomía por laparoscopia en el INC.

**Materiales.** Descripción de todos los casos en los cuales se realizó esplenectomías por laparoscopia el INC E.S.E. entre 2012 y 2017.

**Resultados.** Durante el periodo comprendido entre el 2012 y 2017, se realizaron en el INC un total de 9 esplenectomías por laparoscopia (7 por causas hematológicas y 2 por tumores en el bazo). No se registró ninguna muerte y no hubo necesidad de convertir ningún procedimiento. Los tiempos promedio de cirugía y sangrado fueron 140 minutos y 307 cc respectivamente. Se realizaron tres procedimientos monoasistidos en caso de esplenomegalia masiva.

**Conclusiones.** Los resultados en esta serie de casos son similares a otras publicaciones y se puede considerar que la esplenectomía laparoscópica es procedimiento factible y seguro en este tipo de pacientes con patología oncológica asociada.

## 01 – ID93

### **Experiencia de gastrectomía laparoscópica en Clínica Universitaria Colombia. 2012-2017**

*Diego Efraín Valbuena, Liliana Suárez, Raúl Guevara, Manuel Riveros*

Fundación Universitaria Sanitas, Bogotá, D.C.  
diegoego55@hotmail.com

**Introducción.** La gastrectomía laparoscópica es un procedimiento que ha demostrado en los diferentes metaanálisis disminución en sangrado, estancia hospitalaria y dolor en comparación con la técnica abierta.

**Objetivos.** Mostrar la experiencia de gastrectomía laparoscópica en una institución universitaria de IV nivel entre los años 2012 y 2017, describiendo los desenlaces y comparándolos con la literatura mundial.

**Materiales.** Se realizó un estudio descriptivo en una cohorte histórica de pacientes llevados a gastrectomía laparoscópica por patología benigna y maligna. Se hace una descripción demográfica de los pacientes, los tipos de patología que presentan y los desenlaces en morbimortalidad a 30 días.

**Resultados.** Se realizaron 111 gastrectomías laparoscópicas en 5 años encontrando que 91 pacientes (82 %) fueron llevados a cirugía por patología maligna y 20 (18 %) por benigna; 32.5% de las cirugías fueron gastrectomías subtotales y 76.5% gastrectomías totales. El sexo predominante fue masculino (57 %). En 38 pacientes (34.5) hubo complicaciones, siendo las principales fistula, 9 casos (8%), íleo, tres casos (2.7 %) e infección de sitio operatorio, tres casos (1.8 %); la mortalidad fue de 4.5% (5 pacientes). La estancia hospitalaria general promedio fue de 8 días y de 5 días para los pacientes sin complicaciones.

**Conclusiones.** La prevalencia de complicaciones varían en las diferentes series, siendo en Oriente del 13.4% y en Occidente del 20%. Las complicaciones más frecuentes reportadas son: colecciones 1.3 %, sangrado 1.2%, estenosis 1.5-3.8% y fistula 1.5-1.6%. La mortalidad oscila entre 1.6 y 3%. En nuestra serie las complicaciones más frecuentes fueron fístula, íleo e infección profunda del sitio operatorio, con una mortalidad del 4.5%.

## 01 – ID264

### Manejo laparoscópico del síndrome de ligamento arcuato

*Gabriel Arroyave, Hernán Restrepo, Johnny Sierra Marín, Felipe Aristizabal Arjona*  
Clínica Medellín, Medellín  
Arroyavegabriel@gmail.com

**Introducción.** El tratamiento del Síndrome de ligamento arcuato puede realizarse exitosamente por laparoscopia, brindándoles beneficios a los pacientes con esta rara patología.

**Objetivos.** Reporte de casos presentados entre 2016 – 2017.

**Materiales.** Se presentan los resultados de 2 pacientes con Síndrome de ligamento arcuato a quienes se realizó tratamiento quirúrgico por laparoscopia en nuestra ciudad. Criterios de inclusión: Diagnóstico confirmado por Imagenología, Disponibilidad de recursos humanos y físicos en caso de complicación, consentimiento informado. Criterios de exclusión: Contraindicación para neumoperitoneo.

**Resultados.** Presentamos 2 pacientes mujeres con edades de 35 y 59 años. Las pacientes fueron captadas por el grupo de cirugía vascular y tenían una larga evolución de un cuadro de dolor abdominal sin causa aparente. Fueron sometidas a diferentes estudios imagenológicos que confirmaron esta rara entidad. La cirugía fue realizada por cirujanos con experiencia en cirugía mínimamente invasiva pero se contaba con la presencia de cirugía vascular y la infraestructura necesaria en caso de conversión o complicaciones. El tiempo operatorio fue de 120 minutos, se emplearon 5 trocares, no hubo complicaciones intraoperatorias, ninguna requirió hemoderivados. Las pacientes fueron trasladadas a hospitalización y dadas de alta al segundo día postquirúrgico. No se detectaron complicaciones en el seguimiento y las dos pacientes tuvieron resolución imagenológica y clínica de la estenosis de la emergencia del tronco celiaco.

**Conclusiones.** El tratamiento de Síndrome de ligamento arcuato puede hacerse por laparoscopia si se cuenta con grupos quirúrgicos con amplia experiencia en cirugía mínimamente invasiva. En este grupo de pacientes no hubo complicaciones y en el seguimiento presentaron resolución de su patología.

## 01 – ID265

### Tratamiento de la obstrucción intestinal por laparoscopia

*Gabriel Arroyave, Hernán Restrepo, Jhonny Sierra Marín*  
Clínica Medellín, Medellín  
arroyavegabriel@gmail.com

**Introducción.** El tratamiento de la obstrucción intestinal puede realizarse exitosamente por laparoscopia si contamos con un grupo experimentado en cirugía mínimamente invasiva; en algunos casos puede ser el estándar de cuidado.

**Objetivos.** Presentar los casos de pacientes con obstrucción intestinal tratados exitosamente por laparoscopia.

**Materiales.** Estudio descriptivo retrospectivo entre los años 2016 – 2017. Criterios de inclusión: Pacientes con diagnóstico de obstrucción intestinal en quienes se tomó la decisión de tratamiento quirúrgico y había disponibilidad del mismo grupo quirúrgico con experiencia en cirugía laparoscópica. Consentimiento informado. Criterios de exclusión: Contraindicación para el neumoperitoneo.

**Resultados.** Se trataron siete (7) pacientes con edad promedio de 51,2 años. De estos 5 tenían antecedente de cirugía abdominal previa y 2 ya habían tenido cuadros de obstrucción intestinal. Tenían un promedio de evolución de síntomas de 70.8 horas. Antes de programarlos para cirugía, 6 pacientes tenían impresión diagnóstica de obstrucción por bridas y recibieron tratamiento médico sin éxito. El tiempo quirúrgico osciló entre el Per-



centil 1: 30.1 minutos y el Percentil 75: 163.4 minutos. La causa más frecuente del cuadro obstructivo fue bridas en 4 casos, las demás fueron hernia inguinal encarcelada (1), plastrón apendicular con obstrucción del íleon terminal (1) y una obstrucción con perforación que posteriormente patología informaría como TBC intestinal. Se presentaron dos complicaciones, la conversión a laparotomía de la obstrucción perforada y otro paciente que presentó infección de herida quirúrgica. No hubo lesiones iatrogénicas o sangrado. La mediana para inicio de vía oral fue 2 días y 8,4 días para estancia hospitalaria.

**Conclusiones.** Realizar el abordaje por laparoscopia de la obstrucción intestinal requiere entrenamiento, pero es una opción con tasas de morbilidad inferiores a las reportadas para cirugía abierta.

## 01 – ID267

### **Experiencia inicial en el tratamiento de la peritonitis generalizada por laparoscopia**

*Gabriel Arroyave, Hernán Restrepo, Johnny Sierra Marín*

Clínica Medellín, Medellín  
arroyavegabriel@gmail.com

**Introducción.** La laparoscopia es una alternativa de tratamiento para pacientes con peritonitis generalizada, ofreciendo los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva sin aumentar la morbimortalidad.

**Objetivos.** Presentar los casos de pacientes con peritonitis generalizada tratados con cirugía mínimamente invasiva por laparoscopia.

**Materiales.** Reporte de casos entre los años 2016-2017. Se trataron cuatro pacientes con peritonitis generalizada valorados por el grupo de cirugía laparoscópica y a quienes se les ofreció, como alternativa a laparotomía, tratamiento mínimamente invasivo. Los pacientes tenían diagnóstico de peritonitis secundaria con compromiso de 4 cuadrantes. El diagnóstico se realizó por examen clínico

y/o imágenes y era confirmado en cirugía. Se excluyeron pacientes con contraindicación para neoperitoneo.

**Resultados.** En total se trataron 4 pacientes con edad promedio de 35.5 años, todos con apendicitis perforada y peritonitis generalizada, utilizando 3 trocares. El tiempo quirúrgico promedio fue de 101 minutos. Una paciente requirió manejo en Cuidados Especiales por antecedente de enfermedad cardiovascular; los demás fueron trasladados a hospitalización. La estancia hospitalaria fue de 9,7 días. El íleo fue la complicación más frecuente (4/4). No hubo complicaciones infecciosas, como colecciones intraabdominales o infección de heridas, ni mortalidad o conversión a cirugía abierta. Los pacientes fueron evaluados ambulatoriamente a los 8 días y la incapacidad promedio fue de 8,5 días.

**Conclusiones.** Este grupo de pacientes con peritonitis generalizada tratados por laparoscopia tuvieron menos estancia hospitalaria y complicaciones que lo reportado en otras series de cirugía abierta. No tuvimos colecciones intraabdominales, lo que relacionamos a un adecuado control del foco séptico y limpieza de cavidad. Por lo anterior, en grupos experimentados, la laparoscopia es una opción efectiva en el tratamiento de la peritonitis generalizada.

## 01 – ID325

### **Cirugía mínimamente invasiva en el Hospital Universitario Erasmo Meoz, Cúcuta**

*Hender Hernández, Guillermo Labrador, Deivis López, Ramiro Gómez, Estefanía Mojica Ordoñez*  
Hospital Universitario Erasmo Meoz, Cúcuta  
stefy373@gmail.com

**Introducción.** Los procedimientos con abordaje mínimamente invasivo han revolucionado el mundo de la cirugía, permitiendo resultados comparables a la cirugía abierta pero con clara superioridad en cuanto al dolor y recuperación postoperatoria, incluyendo disminución de costos por reducción

de estancia hospitalaria. El avance tecnológico ha permitido su incursión en varias especialidades

**Objetivos.** Describir la experiencia de un centro de referencia regional en cirugía mínimamente invasiva.

**Materiales.** Estudio observacional descriptivo tipo serie de casos de pacientes con diversas patologías tratados en el Hospital Universitario Erasmo Meoz de Cúcuta, entre noviembre de 2014 y febrero de 2017.

**Resultados.** Un total de 152 procedimientos fueron realizados mediante la modalidad de cirugía mínimamente invasiva, siendo las gastrectomías para tratamiento de cáncer las más frecuentes con un total de 62 (40 %), Se realizaron 48 (31,5 %) Colectomías por laparoscopia, distribuidas en orden de frecuencia así: Hemicolectomía derecha (n 20), Sigmoidectomías (12), Proctosigmoidectomía (14) y Colectomía total (2); 12 cirugías de obesidad (Sleeve) se realizaron en este periodo de tiempo; Además se practicaron procedimientos para tratamiento de patologías benignas como cirugía antirreflujo (3) y Heller-Dor para pacientes con Acalasia (5); Siendo pioneros en el país, se han realizado 3 escisiones de mesorecto por vía transanal.

**Conclusiones.** Se ha logrado expandir el uso de abordajes mínimamente invasivos a diferentes especialidades de la cirugía, en el tratamiento tanto de patologías benignas como malignas, con resultados comparables a la cirugía abierta, mejorando tiempos operatorios y de estancia hospitalaria.

#### 01 – ID334

##### **Seguridad y desenlaces perioperatorios en pacientes llevados a apendicectomía por laparoscopia: es seguro el manejo ambulatorio?**

*Gabriel Eduardo Herrera, Sergio Alfonso Valencia, Nathalia Ayala Alonso, María Daniela Moreno, Sergio Andrés Puentes, María Elena Velásquez*

Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C.  
Gaboe@yahoo.com

**Introducción.** La apendicectomía por laparoscopia se asocia a un menor trauma quirúrgico permitiendo un manejo ambulatorio.

**Objetivos.** Describir los desenlaces perioperatorios y reconsultas para determinar la seguridad de esta estrategia de manejo.

**Materiales.** Estudio retrospectivo descriptivo, de pacientes mayores de 18 años sometidos a apendicectomía por laparoscopia de urgencias entre enero y diciembre de 2015. Se realizó un análisis descriptivo de las variables con prueba de ANOVA y T de student.

**Resultados.** Se incluyeron 273 pacientes con edad promedio de 37 años, siendo 46.2 % mujeres. El tiempo quirúrgico promedio fue 64 minutos, siendo mayor (87.8) en pacientes con estancia hospitalaria superior a 24 horas.

**Conclusiones.** La apendicectomía por laparoscopia se asocia a un inicio de dieta y egreso hospitalario tempranos, especialmente en casos de apendicectomía no complicada. La estancia hospitalaria se relaciona con la severidad de la apendicitis y la complejidad de la cirugía. Los pacientes llevados a apendicectomía por laparoscopia tienen una baja incidencia de complicaciones perioperatoria y reconsultas.

#### 01 – ID360

##### **Herniorrafia inguinal por laparoscopia con malla de autofijación, seguimiento a 4 años**

*Ricardo Nassar Bechara, Juan David Linares, Juan David Hernández, Alberto Enrique Ricaurte, Felipe Girón Arango, Ernesto Pinto, Andrés Mauricio García*

Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C.  
juanlinaresmd@gmail.com

**Introducción.** El reparo de la hernia inguinal por cirugía mínimamente invasora es motivo de múltiples controversias en el ámbito quirúrgico. Se presenta una serie de pacientes llevados a reparo de hernia inguinal por laparoscopia con malla de auto-fijación (Parietex Progrid®) por vía Totalmente Extraperitoneal - TEP.

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

**Materiales.** Se presenta una serie de pacientes llevados a reparo de hernia inguinal con abordaje total extraperitoneal - TEP; se describe el seguimiento realizado durante cuatro años (2013 – 2017).

**Resultados.** Se realizaron 166 reparos de hernias inguinales por abordaje extraperitoneal - TEP con el uso de malla de auto-fijación de polipropileno (Parietex Progrid®). Se describe el seguimiento de los pacientes y hasta el momento no se han documentado casos de recurrencia.

**Conclusiones.** 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 postoperatorio y menor morbilidad en los pacientes llevados a este procedimiento. Es necesario continuar el seguimiento de los pacientes para confirmar los resultados descritos en la literatura.

## 01 – ID363

**Dolor posoperatorio en herniorrafia inguinal por laparoscopia con malla (malla de autofijación contra fijación con tackers) en la fundación Santafé de Bogotá en el año 2016.**

*Ricardo Nassar, Julián Andrés Romo Sánchez, Juan David Hernández Restrepo, Alberto Ricaurte, Juan David Linares, Eduardo Londoño, Fernando Arias, Felipe Perdomo, Francisco Díaz, Gabriel Herrera, Manuel Cadena, Julián Andrés Romo Sánchez, Ernesto Pinto*  
Hospital Universitario Fundación Santa Fe De Bogotá  
doctorromo22@gmail.com

**Introducción.** El dolor posoperatorio posterior al reparo de la hernia inguinal es motivo de múltiples controversias. Se presenta un estudio retrospectivo descriptivo de cohorte con pacientes llevados a reparo de hernia inguinal por laparoscopia con malla de auto-fijación técnica TEP contra pacientes llevados a reparo de hernia inguinal por laparoscopia con malla técnica TAPP con fijadores, y se compara el dolor en el posoperatorio.

**Objetivos.** Comparar el dolor postoperatorio de una cohorte de paciente manejados en el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá y revisar la literatura.

**Materiales.** Se compara una serie de pacientes llevados a reparo de hernia inguinal con abordaje total extraperitoneal TEP contra un abordaje TAPP; se describe el dolor al mes y a los 3 meses postoperatorios, según escala análoga visual y tamizaje telefónico.

**Resultados.** No se encuentran diferencias del dolor postoperatorio a 1 mes y 3 meses de los pacientes llevados a reparo de hernia inguinal con abordaje total extraperitoneal - TEP contra un abordaje total extraperitoneal TAPP.

**Conclusiones.** 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

ca los resultados satisfactorios; no se encontraron diferencias del dolor postoperatorio a 1 mes y 3 meses.

## 01 – ID442

### **Colecistectomía Clip-Less, será posible reemplazar la ligadura con grapas?**

*Juan Carlos Valencia Salazar, Mauricio Zuluaga Zuluaga, Ivo Siljic Bilicic, Uriel Ovidio Cardona Nuñez*

Fundación IJP Colombia, Cali  
jkvalencia@gmail.com

**Introducción.** La colecistectomía laparoscópica ha sido el patrón de desarrollo de la cirugía mínimamente invasiva y desde la presentación inicial de la técnica por Jacques Perissat ante el Congreso de SAGES en 1988 hasta nuestros días no han habido mayores cambios en la esencia de la cirugía. El postulado de Steven Strasberg acerca de la visión crítica, trazó una línea muy clara acerca de la seguridad para la práctica de la colecistectomía, sin embargo, ante la dificultad para la identificación de los elementos del triángulo de Calot, se fueron haciendo cada vez más comunes otras técnicas de colecistectomía, hasta el punto de que el mismo Strasberg publicó hace muy poco su nuevo trabajo sobre colecistectomía parcial.

**Objetivos.** Presentar la técnica quirúrgica de disección fundocística de la vesícula biliar con ligadura del conducto cístico, sutura y cauterización de la arteria, sin utilización de clips, llevada a cabo por nuestro grupo de trabajo.

**Materiales.** Serie de descripción de casos operados por nuestro equipo en los últimos 2 años y medio por este método.

**Resultados.** Desde inicio de 2015 hasta mayo de 2017 se practicaron 220 colecistectomías sin usar clips, practicando ligadura del conducto cístico, con sutura y cauterizando la arteria cística. No se presentó ninguna lesión de la vía biliar y no hubo complicaciones relacionadas con la técnica.

**Conclusiones.** La colecistectomía laparoscópica tiene diferentes opciones de abordaje de acuerdo a la situación clínica del paciente y de la experiencia del cirujano. Es posible practicar colecistectomía sin utilizar clips metálicos.

## 01 – ID445

### **Tratamiento de fistulas enterovaginales y enterovesicales por laparoscopia**

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

Fundación IJP Colombia, Cali  
jkvalencia@gmail.com

**Introducción.** Las fistulas del intestino a la vagina o a la vejiga comprenden una entidad altamente morbida, con severa limitación funcional y pérdida de la calidad de vida, su diagnóstico es complejo y mas aun su tratamiento, el cual comprende una amplia gama de posibilidades que van desde la simple colostomia derivativa en búsqueda del cierre espontaneo de la fistula, hasta la corrección completa de la patología con resecciones, anastomosis y reconstrucciones miniinvasivas.

**Objetivos.** Dar a conocer nuestra experiencia en el tratamiento mínimamente invasivo de fistulas entero vaginales y entero vesicales por vía laparoscópica, durante los últimos 3 años.

**Materiales.** Descripción de casos operados en este periodo.

**Resultados.** Un total de 28 pacientes fueron operados en este periodo, 26 mujeres y 2 hombres, todos ellos por vía laparoscópica, con resección intestinal, en 26 casos de intestino grueso, en uno intestino delgado y en otro caso con compromiso de los dos. En todos se realizó resección y anastomosis intestinal y en ninguno se dejó colostomía; se practicaron cierres primarios de la fistula en 7 pacientes. Fue necesaria la conversión a cirugía abierta en un caso y no hubo ninguna recurrencia; 2 pacientes tuvieron hospitalización prolongada por infecciones localizadas y una requirió rein-

tervención para revisión. Una paciente sufrió una eventración umbilical por el sitio de extracción, la cual fue corregida un año después por laparoscopia.

**Conclusiones.** El tratamiento mínimamente invasivo de las fistulas entero vesicales y entero vaginales es posible, seguro y con buenos resultados, logrando una gran mejoría en la calidad de vida de los pacientes afectados.

## 01 – ID449

### **Herniorrafia inguinal por laparoscopia, nuestros primeros 300 casos**

*Juan Carlos Valencia, Mauricio Zuluaga, Ivo Siljic Bilicic, Uriel Cardona*  
Fundación IJP Colombia, Cali  
jkvalencia@gmail.com

**Introducción.** La herniorrafia inguinal laparoscópica ha cambiado el panorama en la comprensión de la anatomía de la región inguinal, mejor confort tanto para el cirujano como para el paciente y por supuesto las ya conocidas ventajas de la cirugía mínimamente invasiva comparada con la cirugía abierta. También ha permitido la identificación de defectos que por la vía tradicional serían casi imposibles de diagnosticar.

**Objetivos.** Mostrar nuestra experiencia en el tratamiento de la hernia inguinal por vía laparoscópica y la evolución progresiva de la técnica en nuestro equipo.

**Materiales.** Descripción de casos de 300 pacientes operados en los últimos 4 años.

**Resultados.** Desde el año 2014 hasta abril de 2017, nuestro grupo acumuló 300 pacientes intervenidos por laparoscopia. El 8% fue intervenido por urgencias y el 92% de manera programada; 78% fueron hombres y 22% mujeres. El tiempo promedio en corrección unilateral fue de 55 minutos y de 102 minutos para bilaterales, existiendo una curva de disminución del tiempo concordan-

te con la experiencia acumulada. El 95% de los casos fue practicado por técnica TAAP y 5% por técnica TEP. Un total de 8 pacientes tuvieron recurrencia de la hernia, 6 de ellos durante los primeros 6 meses de haber iniciado nuestra práctica de este procedimiento. Dos pacientes debieron ser reintervenidos tempranamente por sangrado y hematoma y uno desarrolló una complicación grave con necrosis perineal.

**Conclusiones.** El tratamiento de la hernia inguinal en adultos debe intentarse en la gran mayoría de los casos por vía laparoscópica, incluyendo los casos de urgencia con encarcelamiento agudo, logrando excelentes resultados.

## 01 – ID452

### **Ventana pericárdica mínimamente invasiva: en que vamos después de 8 años?**

*Juan Carlos Valencia, Mauricio Zuluaga, Ivo Siljic, Uriel Cardona*  
Fundación IJP Colombia, Cali  
jkvalencia@gmail.com

**Introducción.** En el año 2009 empezamos a practicar la ventana pericárdica por laparoscopia para hacer diagnóstico de lesión cardiaca oculta en trauma precordial. Aunque afortunadamente para nuestra sociedad, este tipo de lesiones han disminuido considerablemente, hemos logrado acumular un número importante de pacientes y en el último año hemos realizado el procedimiento para otro tipo de patologías y también hemos diversificado la vía de abordaje, de acuerdo a cada caso.

**Objetivos.** Compartir la experiencia acumulada en 8 años en la práctica de ventana pericárdica por laparoscopia o toracoscopia.

**Materiales.** Descripción de casos.

**Resultados.** Durante este periodo, hemos logrado acumular 55 casos de ventana pericárdica laparoscópica con dos únicos puertos para el diagnóstico de lesión cardiaca oculta en trauma precordial.

Adicionalmente se han practicado 15 ventanas por vía toracoscópica por trauma, de las cuales 4 han derivado en tratamiento de lesión cardíaca por esta vía, sin necesidad de realizar abordaje abierto. En otro escenario, hemos realizado 8 tratamientos de derrame pericárdico por diversas causas por vía mínimamente invasiva. No se ha presentado ninguna complicación ni mortalidad asociada al procedimiento.

**Conclusiones.** El abordaje, tanto diagnóstico como terapéutico, de la cavidad pericárdica es factible de realizar por métodos mínimamente invasivos y la familiarización con la anatomía endoscópica del pericardio y el corazón permiten avanzar hacia otro tipo de intervenciones.

## TRASPLANTE

### 01 – ID333

**Trasplante de riñón derecho sin alargamiento de la vena renal por cavoplastia, no está asociado a una mayor incidencia de trombosis venosa**

*Luis Manuel Barrera, Jaime Alberto Ramírez, Mauricio Francisco Duque, Camilo Tarazona Bautista, Fabio Vergara Suarez*  
“IPS Universitaria” Clínica León XIII, Bogotá, D.C.  
luismanuelbarrera@gmail.com

**Introducción.** La trombosis de la vena renal posttrasplante ocurre usualmente en el periodo postquirúrgico inmediato y tiene una prevalencia entre 0,1 a 4,2 %. Es un evento catastrófico y en la gran mayoría de los casos conlleva pérdida del injerto. Dentro de los múltiples factores asociados se encuentra la longitud de la vena.

**Objetivos.** Describir las características sociodemográficas y clínicas de los trasplantes renales de riñón derecho y su comportamiento luego de la implantación.

**Materiales.** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo entre septiembre de 2010 y febrero de 2017 de los trasplantados renales con riñón derecho de donante fallecido y vivo en la IPS universitaria - Clínica León XIII. Se evaluaron como desenlaces: trombosis de vena renal, trombosis arterial, linfocele e infección del sitio operatorio.

**Resultados.** Se realizaron 378 trasplantes renales de donante vivo y fallecido durante los 7 años del programa; de ellos 177 (46.8 %) eran de riñón derecho. Treinta y tres (22.9 %) tenían cavoplastia y 144 (77 %) sin cavoplastia. Se presentó solo un (0,69 %) episodio de trombosis de vena renal sin cavoplastia y ninguna trombosis en el grupo con cavoplastia. No hubo diferencias en trombosis arterial, linfoceles o infección del sitio operatorio.

**Conclusiones.** La vena renal derecha sin cavoplastia no tiene mayor frecuencia de complicaciones vasculares ni de la herida comparado con los implantados con cavoplastia.

### 01 – ID456

**Solución a la primera barrera inmune en xenotrasplantes**

*Sebastián Tobón Franco, Cristian Álvarez*  
Universidad de Antioquia, Medellín  
sebas101@gmail.com

**Introducción.** Xenotrasplante se refiere al trasplante de células, tejidos u órganos entre individuos de especies filogenéticamente distintas. Desde hace varias décadas se han evaluado distintas especies animales para verificar su idoneidad como especie donante para el xenotrasplante clínico en humanos. Actualmente la especie porcina se considera la más adecuada. La destrucción tisular y finalmente la pérdida de los órganos xenotransplantados se da en el contexto de reacciones inmunes humorales, principalmente debidas a anticuerpos naturales xenorreactivos preexistentes, los cuales

se unen a antígenos específicos en el endotelio vascular del órgano xenotrasplantado y activan el complemento, causando lesión severa endotelial, causa principal del rechazo hiperagudo.

**Objetivos.** Describir los modelos experimentales que llevaron a vencer la primera barrera inmune en xenotrasplantes: Rechazo Hiperagudo.

**Materiales.** Se realizó una revisión bibliográfica de los diferentes modelos experimentales que llevaron a vencer la primera barrera inmune en xenotrasplantes, con la intención de desarrollarlos en el ámbito clínico.

**Resultados.** Se revisaron los diferentes eventos fisiopatológicos del rechazo hiperagudo en xenotrasplantes y las modalidades experimentales para superarlos.

**Conclusiones.** El progreso en el conocimiento de los mecanismos implicados en respuesta inmune humoral en los xenotrasplantes de órganos porcinos a primates, permitió reconocer al epítipo alfa-Gal como principal blanco de los anticuerpos naturales xenorreactivos. Actualmente podemos afirmar que la producción de porcinos con bloqueo del gen de 1,3GT y ausencia de expresión del epítipo alfa-Gal logrado mediante las diferentes técnicas de edición genética, ha llevado a vencer la denominada primera barrera en la implementación clínica de los xenotrasplantes: el rechazo hiperagudo.

## TRAUMA

### 01 – ID25

#### **Angioembolización para el manejo del trauma renal, serie de casos**

*Carlos Andrés Delgado, Julieta Correa Restrepo, Carlos Hernando Morales, David Alejandro Mejía, Juliana Andrea Vergara*  
Universidad de Antioquia, Medellín  
andresdelgado@gmail.com

**Introducción.** El trauma renal tiene una incidencia del 1 al 5%. El método diagnóstico ideal es la tomografía de abdomen y el manejo no operatorio se ha convertido en el estándar, para lo cual la angiembolización juega un papel preponderante.

**Objetivos.** Caracterizar los pacientes sometidos a angiembolización en el contexto del trauma renal.

**Materiales.** Estudio retrospectivo, descriptivo. Se incluyen pacientes ingresados por trauma renal entre 2013 y 2017 a quienes se les realizó manejo con angiembolización. Se excluyen los pacientes con historias faltantes.

**Resultados.** De 16 pacientes embolizados con trauma renal, 3 fueron iatrogénicos y 3 se excluyen por datos insuficientes. De los 10 pacientes restantes, 80 % eran hombres, con edad promedio de 26.9 años; 90 % tuvieron trauma cerrado, 88 % fueron consecuencia de accidente de tránsito: 75 % eran peatones y 25 % se movilizaban en vehículos de dos ruedas. El ISS promedio fue 19.2. El 10 % de los pacientes tenía trauma renal grado II, 20 % grado III, 50 % grado IV y 20 % grado V, presentándose mayor compromiso renal izquierdo (80 %). El promedio de hemoglobina al ingreso fue 12.96 mg/dl y el promedio de glóbulos rojos transfundidos fue de 3,3 unidades. Se logró control del sangrado inicial en todos los casos, requiriendo nefrectomía posterior en un caso y en 20 % catéter doble J. Se tuvo una mortalidad del 20%, por sepsis y falla multi orgánica.

**Conclusiones.** La angiembolización como parte del manejo no operatorio del trauma renal es un método eficaz para control del sangrado (90 %), incluso en pacientes con trauma grado V.

### 01 – ID97

#### **Manejo de los pacientes con trauma penetrante de cuello en dos hospitales de Bogotá, Colombia**

*Maikel Adolfo Pacheco, Guillermo Eduardo Aldana, Álvaro Eduardo Granados, Luis Eduardo Martínez, Jimena Santacoloma, Rogers Leonardo Baquero, Margarita María Ramírez*  
Fundación Universitaria Ciencias de la Salud,  
Bogotá, D.C.  
rlbaquero@fucsalud.edu.co

**Introducción.** El manejo del trauma penetrante de cuello en pacientes estables, según la zona de Monson lesionada, direcciona la solicitud de pruebas diagnósticas para identificar lesión vascular, de la vía aérea o del tracto digestivo.

**Objetivos.** Estudio observacional descriptivo retrospectivo.

**Materiales.** Se incluyeron pacientes mayores o iguales a 15 años con trauma penetrante de cuello que consultaron a los dos hospitales de la Sociedad de Cirugía de Bogotá en un periodo de 6 años. Se recolectó información demográfica, clínica y de los resultados de las pruebas diagnósticas aplicadas para determinar su utilidad. Las variables cualitativas se describieron con frecuencias relativas y absolutas y las cuantitativas con medias y desviaciones estándar

**Resultados.** Se incluyeron 148 pacientes inicialmente, de los cuales 133 fueron catalogados como estables durante la valoración primaria. El mecanismo de herida más frecuente fue el arma cortopunzante con 117 casos (87.9%). El promedio de edad fue de 33.04 años (DE: 12.9) y la mayoría eran hombres (88.7%). La mediana de estancia hospitalaria fue de 2 días (RIQ=1-4 días). Para todas las pruebas diagnósticas, se reportaron hallazgos anormales en baja proporción, a excepción del Angio-TAC que fue realizado en 59 pacientes con 43 resultados anormales. Se les definió manejo quirúrgico a 7 pacientes catalogados como estables al ingreso y 14 por resultados anormales de las pruebas diagnósticas. Se presentaron cinco fallecimientos.

**Conclusiones.** El examen físico, la observación clínica y el Angio-TAC son suficientes para identificar lesiones vasculares, de la vía aérea o del tracto digestivo en los pacientes con trauma penetrante de cuello.

## 01 – ID122

### **¿Sutura manual versus mecánica para anastomosis intestinal en trauma? Experiencia y manejo en el Hospital Universitario de Neiva**

*Roberto José Rodríguez Flórez, Rolando Medina, Wilmer Botache, José Daniel Charry, Luis Eduardo Sanabria*  
Universidad Surcolombiana, Neiva  
Rojofog@gmail.com

**Introducción.** El trauma es un problema de salud pública. Las principales lesiones que se presentan son en región abdominal. Las lesiones de intestino delgado son muy frecuentes. Se han descrito diferentes técnicas para realizar el control de daños en esta patología.

**Objetivos.** El objetivo de nuestro estudio fue describir las complicaciones y tasa de mortalidad en pacientes sometidos a anastomosis intestinal con sutura mecánica versus sutura manual en cirugía por trauma.

**Materiales.** Estudio descriptivo observacional donde se evaluaron las diferentes variables socio-demográficas, clínicas y desenlace de los pacientes sometidos a resección intestinal por trauma durante el periodo comprendido entre los años 2010 a 2017. Se realizó un análisis univariado y multivariado.

**Resultados.** Sesenta y ocho (68) pacientes cumplieron los criterios de inclusión; 63 (92 %) fueron hombres y el promedio de edad fue de 29,2 años. A 76 % de los pacientes se les realizó anastomosis manual y al 24 % anastomosis mecánica. La tasa global de complicaciones en sutura manual reali-



zada en intestino delgado fue de 83 % versus el 60 % que se presentó en pacientes con sutura mecánica. La colección intraabdominal se observó en 50 % de las anastomosis por sutura manual, mientras que en sutura mecánica fue el 80 %. La mortalidad fue de 9.6 % de los pacientes que se les realizó anastomosis intestinal con cirugía manual, mientras que el cirugía mecánica fue 0 %.

**Conclusiones.** No hay diferencia estadísticamente significativa en la presentación de complicaciones con el uso de sutura manual o mecánica. Evidenciamos que las complicaciones por sutura mecánica no requieren reintervención y la tasa de mortalidad en sutura mecánica es menor.

#### 01 – ID256

##### **Cirugía de rescate: Desarrollando un nuevo paradigma en cirugía de trauma y emergencia**

*Carlos A. Ordoñez, José Julián Serna, Alexander Salcedo, Ramiro Manzano, Ana Milena del Valle, Marcela Vidal, Cecibel Cevallos*

Universidad del Valle, Cali  
josejserna77@hotmail.com

**Introducción.** La cirugía de trauma y emergencias está fundamentada en 5 pilares: la Cirugía de trauma, cirugía de emergencias, el cuidado crítico quirúrgico, la cirugía electiva y la cirugía de rescate. Durante los últimos años se incluyó este último pilar del cual poco se sabe y existen pocas publicaciones alrededor de este tema.

**Objetivos.** Presentar una serie de pacientes con complicaciones quirúrgicas que fueron llevados a procedimientos de cirugía de rescate por un grupo de cirujanos entrenados en cirugía de trauma y emergencias.

**Materiales.** Se realizó una serie de casos prospectiva de pacientes llevados a cirugía de rescate en dos centros de cuarto nivel del 1 de mayo al 31 de mayo del 2017. La cirugía de rescate se definió como los procedimientos realizados por cirujanos de trauma y emergencias en pacientes con urgencias quirúrgi-

cas luego de procedimientos operatorios realizados por cirujanos de otras especialidades.

**Resultados.** Se incluyeron 5 pacientes en el periodo observado: tres presentaron complicaciones abdominales posteriores a resecciones oncológicas, uno presentó complicación obstructiva después de cirugía de coloproctología y otro presentó sangrado exanguinante después de un injerto vascular post resección de tumor de superficie. Se realizó cirugía de rescate en los cinco pacientes. Se obtuvo éxito en 3 pacientes y falla en el rescate en 2 de los pacientes.

**Conclusiones.** La cirugía de rescate es el siguiente pilar de la cirugía de trauma y emergencias. Este concepto, aplicado a la práctica quirúrgica diaria, podría aumentar la oportunidad de atención de los pacientes quirúrgicos complicados y mejorar sus desenlaces.

#### 01 – ID322

##### **Morbimortalidad asociada al hemotórax secundario a trauma penetrante en centro de cuarto nivel, Bucaramanga, Colombia**

*Estefanía Mojica, Carlos Ernesto Garavito, Ada Bustos Guerrero, Cristian Porras Bueno, Carolina Gómez*

Universidad Industrial de Santander, Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga  
stefy373@hotmail.com

**Introducción.** En Colombia hay una deficiencia de sistemas de información que permitan conocer la situación real de la atención en trauma en nuestro país, por lo tanto existe la necesidad de calcular el impacto de los diferentes tipos de trauma y sus complicaciones sin datos. Se hace imprescindible describir estos sucesos inicialmente de manera local.

**Objetivos.** Caracterización de los pacientes con hemotórax secundario a trauma penetrante de tórax atendidos en el Hospital Universitario de Santander entre Enero- Agosto de 2016.

**Materiales.** Estudio prospectivo observacional de corte transversal, usando formato de recolección, variables sociodemográficas explicativas y de desenlace relacionadas con cada una de las características de trauma, mecanismo y comorbilidades de los pacientes de trauma de tórax.

**Resultados.** Se incluyeron 102 pacientes, todos hombres, con promedio de edad 27 años. La herida por arma cortopunzante fue el mecanismo de trauma más frecuente 87,2 %, seguido por proyectil de arma de fuego en 10,7 %. No hubo diferencias en la localización ni en la lateralidad de la herida. El 52.9 % de los pacientes presentaron hemoneumotórax, manejándose un 70.6 % con toracostomía cerrada. Se presentaron 18 complicaciones (17,6 %) siendo la más frecuente el hemotórax coagulado (n=8) y las Neumonías (4). Se reintervinieron 10 pacientes, a 8 se les realizó toracosopia. La estancia hospitalaria estuvo entre 2-4 días, viéndose un incremento significativo en aquellos pacientes reintervenidos. No se registró mortalidad.

**Conclusiones.** El estudio nos permite describir la situación del trauma de tórax en nuestra ciudad. Podrían evaluarse los factores relacionados con las complicaciones de estos pacientes para mejorar su atención.

## 01 – ID345

### **Reparo primario o reparo primario diferido en lesiones intestinales penetrantes**

*Jenny Marcela Vidal, Carlos Alberto Ordoñez,  
Juan Carlos Puyana*

Universidad del Valle, Fundación Valle del Lili,  
Cali

mmarce\_9956@hotmail.com

**Introducción.** En trauma abdominal penetrante las lesiones intestinales son frecuentes. Las lesiones del intestino delgado se manejan en la mayoría de casos mediante reparo primario (RP) o reparo primario diferido (RPD) después de la laparotomía de control de daños. Las lesiones de colon se manejan de igual manera, sin embargo no hay consenso en la literatura sobre esta opción de tratamiento.

**Objetivo.** Determinar el manejo quirúrgico (reparo primario o reparo primario diferido) más adecuado en pacientes con lesiones intestinales penetrantes en laparotomía de control de daños.

**Métodos.** Estudio retrospectivo, desde el año 2005 al año 2015, en un Centro de Trauma Nivel 1. Se incluyeron pacientes con lesiones intestinales penetrantes manejados con laparotomía de control de daños y se excluyeron pacientes con muertes prematuras (antes de 24 horas). Los pacientes fueron divididos en 3 grupos, según nivel lesionado: intestino delgado, colon y lesiones combinadas; estos grupos se subdividieron según manejo quirúrgico: Anastomosis primaria, Ostomía primaria, Anastomosis diferida u Ostomía diferida. Se compararon complicaciones quirúrgicas (fuga anastomótica / fístula) y tasas de mortalidad entre todos los grupos.

**Resultados.** Se incluyeron 328 pacientes; el 91,4 % (n=300) hombres. La mediana de edad fue de 27 años (RIQ 22-35) y del índice de shock 0.84 (RIQ 0.68-1.21). En 110 (34 %) pacientes se presentaron lesiones de intestino delgado, en 93 (28 %) de colon y en 125 (38 %) lesiones combinadas. La tasa global de complicaciones quirúrgicas fue de 3 % (n=3) en el grupo de pacientes con lesión de intestino delgado, 11 % (n=10) en el grupo de colon y 11,2 % (n=14) en el grupo de lesiones combinadas. La mortalidad fue 5,4 % (6), 1 % (1) y 5% (n=6), respectivamente. En el grupo combinado la tasa de complicaciones quirúrgicas de anastomosis primaria y diferida fue 8 % (n=9) en comparación con 22,2 % (n=2) de ostomías primaria y diferida (p 0,265). La mortalidad general fue 5,1 % (n=6) en el grupo con lesiones de intestino delgado, 1 % (n=1) en el grupo de colon y 5 % (n=6) en el grupo de lesiones combinadas (p 0,072).

**Conclusiones.** No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con respecto a mortalidad y frecuencia de complicaciones. Debemos considerar entonces que el reparo primario y/o diferido de lesiones intestinales simples o combinadas en pacientes con trauma penetrante es una estrategia quirúrgica aceptable y segura en laparotomía de control de daños.

## 01 – ID354

### **Determinantes del fracaso en el manejo no operatorio del trauma hepático cerrado**

*Christian Camilo Guzmán, Wilmer Fernando Botache*

Universidad Surcolombiana, Hospital Universitario de Neiva, Neiva  
Kharmasurgeon@hotmail.com

**Introducción.** El manejo no operatorio del traumatismo hepático cerrado es el método preferencial de manejo. Los criterios para decidir el manejo sin cirugía se basa en estimaciones subjetivas.

**Objetivos.** Determinar los factores determinantes del fracaso del manejo no operatorio en trauma cerrado hepático.

**Materiales.** Análisis descriptivo de pacientes diagnosticados con trauma hepático cerrado. Se clasificaron en dos grupos: manejo operatorio y manejo no operatorio; en el último se realizó análisis de regresión logística binaria determinando el OR y un valor de p significativo.

**Resultados.** Se incluyeron 57 pacientes. En el 28 % fracasó el manejo no operatorio. Esta falla se asoció con ser mayor de 55 años (OR: 42.5), un ISS mayor de 16 (OR: 42.5), el uso de más de 3000 mL de cristaloides en el manejo inicial y el grado de lesión hepática.

**Conclusiones.** La mayoría de pacientes con trauma cerrado hepático pueden recibir manejo no operatorio, siendo este un método seguro y efectivo. Los factores que determinan la falla en el

manejo pueden ayudar a predecir qué pacientes requieren seguimiento clínico más estricto y con ello disminuir la mortalidad asociada especialmente en lesiones de severidad intermedia y alta. Además se deben realizar estudios multicéntricos con grandes poblaciones para poder estimar un índice de trauma con estas variables y con ello elegir de manera eficaz la mejor modalidad terapéutica.

## 01 – ID359

### **Complicaciones secundarias al uso del balón de resucitación endovascular de la aorta (REBOA)**

*Carlos A Ordoñez, Christian Camilo Guzmán, Ramiro Manzano, Marcela Vidal, Cecibel Cevallos, José Julián Serna, Alexander Salcedo, Ana Milena del Valle, Juan Carlos Puyana, Alberto F. García*

Universidad del Valle - Fundación Valle del Lili  
ramiro.manzano@correounivalle.edu.co

**Introducción.** REBOA es una nueva alternativa para el control hemorrágico en pacientes con trauma severo.

**Objetivos.** Describir las complicaciones asociadas al uso de REBOA en pacientes con trauma.

**Materiales.** Estudio prospectivo en un hospital del cuarto nivel del año 2015 al 2016. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de shock hemorrágico secundario a trauma del torso en quienes se usó un REBOA de 10Fr de diámetro.

**Resultados.** Fueron incluidos 27 pacientes; 17 pacientes sufrieron trauma penetrante y 10 cerrado. La mediana de edad fue de 32 (RIQ 22-44), del ISS fue 25 (RIQ 25-34), para el NISS fue de 50 (RIQ 36-57) y del déficit de base al momento del ingreso 11.75 (RIQ 6.4-21); la mediana del volumen de sangre perdido en cirugía fue 2,1 litros (RIQ 1.5-4) y del tiempo hasta lograr la oclusión de la aorta fue 5 minutos (RIQ 3-7). La incidencia de complicaciones relacionadas con REBOA fue 19 % (5

pacientes); en 3 se relacionaron al acceso arterial y 2 pacientes desarrollaron complicaciones sistémicas. Las complicaciones relacionadas al acceso arterial (1 pseudoaneurisma y 2 trombosis arteriales), requirieron reparo abierto y ninguno terminó en amputación. Las complicaciones sistémicas incluyeron un caso de hemorragia digestiva alta que resolvió con tratamiento médico estándar y un caso de isquemia del colon derecho que requirió hemicolecotomía emergente, pero murió horas después de la intervención. La mortalidad general fue 19 % (5 pacientes) y la relacionada con el REBOA del 4 % (un paciente).

**Conclusiones.** El uso de REBOA de 10Fr se asocia a lesiones vasculares relacionadas con el acceso arterial. Probablemente se asocie a complicaciones sistémicas relacionadas con la oclusión aórtica.

## 01 – ID365

### Uso del balón de resucitación endovascular de la aorta (REBOA) en shock hemorrágico asociado a trauma penetrante abdominal

*Carlos Alberto Ordoñez, Ramiro Manzano, Michael W Parra, José Julián Serna, Cecibel Cevallos, Alexander Salcedo, Marcela Vidal, Ana Milena Del Valle, Juan C. Puyana, Fernando Rodríguez, Alberto F. García*

Universidad del Valle - Fundación Valle del Lili, Cali

ramiro.manzano@correounivalle.edu.co

**Introducción.** REBOA ha emergido como una alternativa segura y efectiva a la toracotomía de emergencia.

**Objetivos.** Describir una serie de pacientes con trauma abdominal penetrante y shock hemorrágico asociado en quienes se usó REBOA durante el procedimiento quirúrgico.

**Materiales.** Estudio prospectivo en un centro de nivel IV del año 2015 al 2016, en el que se inclu-

yeron pacientes hemodinámicamente inestables llevados a laparotomía con uso de REBOA.

**Resultados.** Se incluyeron 7 casos. La mediana de ISS fue de 16 (RIQ9-32) y de NISS fue 34 (RIQ 25-57). La mediana de presión sistólica antes y después del REBOA fue de 60mmHg (RIQ 42-72) y 130 (RIQ 100-147), respectivamente. Todos los pacientes tuvieron heridas de víscera hueca y cuatro de ellos tuvieron una herida de víscera sólida asociada; 5 tuvieron heridas vasculares abdominales. La mediana de hemorragia estimada fue de 2250 ml (RIQ 1500-3000). El procedimiento de REBOA se completó en 4 minutos (RIQ 2-10) y la mediana del tiempo de oclusión en la Zona I / Zona III fue de 20 y de 13 (RIQ 10-50 y 0-55) minutos, respectivamente. La sobrevida a 30 días fue del 85%.

**Conclusiones.** REBOA es una alternativa segura y efectiva para el control vascular proximal en pacientes con shock hemorrágico y trauma abdominal.

## 01 – ID367

### La hora de oro en la cirugía de control de daños en pacientes con trauma penetrante del torso

*Ramiro Manzano, Michael W Parra, Cecibel Cevallos, José Julián Serna, Alexander Salcedo, Marcela Vidal, Michael W. Parra, Carlos A. Ordoñez*

Universidad del Valle - Fundación Valle del Lili, Cali

ramiro.manzano@correounivalle.edu.co

**Introducción.** La cirugía de control de daños ha mostrado ser una intervención efectiva para mejorar los desenlaces de los pacientes con trauma severo.

**Objetivos.** Evaluar la asociación entre el tiempo operatorio prolongado y la ocurrencia de complicaciones en pacientes con trauma penetrante del torso llevado a cirugía de control de daños.

**Materiales.** Estudio retrospectivo de todos los pacientes con trauma que requirieron cirugía de control de daños del año 2005 al 2015 en un centro de IV nivel. El tiempo de cirugía de control de daños se clasificó en mayor de 60 minutos y menor de 60 minutos. Las complicaciones se definieron como shock persistente, re-sangrado, peritonitis persistente, fistulas, síndrome de compartimento abdominal y/o evisceración. Se utilizó un análisis multivariado para evaluar la asociación entre el tiempo de cirugía y la ocurrencia de complicaciones.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 316 pacientes; 32% (n=99) tuvieron una cirugía de control de daños que duró más de 60 minutos y 68% (n=217) menos de 60 minutos. No hubo diferencias significativas en la edad, los mecanismos de trauma y los índices de severidad. Luego de ajustar por factores confusores se encontró que los pacientes con una cirugía de más de 60 minutos tuvieron un mayor chance de sufrir complicaciones (OR=2.07; IC95%: 1.19-3.60).

**Conclusiones.** El tiempo de operatorio prolongado en la cirugía de control de daños se asoció a una mayor probabilidad de complicaciones. Reducir los tiempos operatorios podría mejorar los resultados de los pacientes con trauma.

## 01 – ID 375

### **Balón aórtico de Resucitación Endovascular (REBOA) o clampeo de la aorta por toracotomía de resucitación en pacientes con hemorragia no compresible del torso: Un meta-análisis de estudios observacionales**

*Ramiro Manzano, María Paula Naranjo, Alberto F. García, José Julián Serna, Alexander Salcedo, Cecibel Cevallos, Marcela Vidal, Carlos A. Ordoñez*

Fundación Valle del Lili, Cali

ramiro.manzano@correounivalle.edu.co

**Hipótesis (Objetivo).** El objetivo de esta Revisión Sistemática y Meta-Análisis fue determinar el efecto del REBOA, comparado con la toracotomía de resucitación, en la mortalidad en los pacientes con hemorragia no compresible del torso.

**Métodos:** Se realizó una búsqueda de la literatura en MEDLINE y EMBASE siguiendo las recomendaciones Cochrane y las guías PRISMA. Se incluyeron estudios que evaluaran el efecto de REBOA, comparado con toracotomía de resucitación, en pacientes con hemorragia no compresible del torso. Dos investigadores evaluaron los artículos de manera independiente aplicando criterios de inclusión y exclusión. Se realizó un meta-análisis siguiendo un modelo de efectos aleatorios.

**Resultados.** Se incluyeron 3 estudios que incluyeron un total de 1276 pacientes. El meta-análisis mostró que, aunque menor en el grupo de REBOA, el chance de morir no fue significativamente diferente entre los grupos comparados (OR 0.42; IC 95 % 0.17-1.03). El análisis de sensibilidad mostró que el riesgo de morir fue significativamente menor en los pacientes que fueron llevados a REBOA, comparado con aquellos que fueron a toracotomía de resucitación (RR 0.81; IC 95 % 0.68-0.97).

**Conclusión.** Nuestro análisis, principalmente de datos observacionales, sugiere un efecto benéfico del REBOA en la mortalidad en pacientes con hemorragia no compresible del torso. Sin embargo, estos resultados merecen más investigación.

## 01 – ID377

### **La progresión hacia una resucitación hemostática completa y temprana en pacientes con trauma penetrante del torso.**

*Carlos A. Ordoñez, María Paula García, Alexander Salcedo, Michael W Parra, Marcela Granados, José Julián Serna, Cecibel Cevallos, Marcela Vidal, Ramiro Manzano, Marisol Badiel*

Universidad del Valle - Fundación Valle del Lili,  
Cali  
ramiro.manzano@correounivalle.edu.co

**Introducción:** La resucitación hemostática completa ha sido asociada con mejores desenlaces en pacientes con hemorragia severa. El objetivo de este trabajo fue evaluar la efectividad de la resucitación hemostática temprana y completa en un periodo de 11 años en pacientes con trauma penetrante del torso.

**Métodos:** Se incluyeron pacientes mayores de 16 años que fueron sometidos a procedimientos de resucitación de control de daños. Se dividieron los pacientes en 4 grupos de acuerdo al tipo de transfusiones que recibieron y de acuerdo al tiempo desde la admisión a la transfusión.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 201 pacientes. El promedio de edad fue de 29 años (DE 10-38). La mediana (RIC) de presión arterial sistólica y exceso de base fue de 90mmHg (66.5-117.25) y -10.3 (-15 a -8) respectivamente. 74 pacientes requirieron transfusión masiva (>10U). El tiempo a la transfusión fue 62 min en el grupo de resucitación hemostática (GR + Plasma + plaquetas) vs. 102 min en los otros 3 grupos ( $p<0.01$ ). Al evaluar las prácticas institucionales antes y después del 2006 se encontró que los líquidos administrados en 24 horas fueron significativamente mayores antes del 2006 [9782cc (5621-15563) vs. 5500cc (3793-8067);  $p<0.01$ ]; la resucitación hemostática completa fue aplicada en una proporción mayor de pacientes después del 2006 y la mortalidad fue significativamente mayor antes del 2006.

**Conclusión:** La resucitación hemostática completa temprana se asoció a un mejor desenlace en pacientes con trauma penetrante de torso. Nuestros resultados muestran que la maduración de las prácticas institucionales hacia la resucitación hemostática completa y temprana podrían mejorar los desenlaces en pacientes con trauma.

## EDUCACIÓN Y BIOÉTICA

### 01 – ID49

#### **Experiencia en entrenamiento laparoscópico para programas de residencia medicoquirúrgicas, con énfasis en cirugía general**

*María Carolina Padua, William Salamanca,  
Yannira Mateus, Jorge Martínez*

Fundación Universitaria Sanitas, Bogotá, D.C.  
mcaritopg@gmail.com

**Introducción.** La formación de los residentes medicoquirúrgicos debe ser integral y acorde a las necesidades de nuestro país, donde debemos ofrecer tanto procedimientos laparoscópicos como de cirugía abierta, teniendo en cuenta que en nuestro medio aún tiene validez y gran volumen. La universidad dentro de sus instalaciones tiene centros de simulación con un sin número de actividades que a través de la práctica mejoran la toma de decisiones, la seguridad del paciente, las curvas de aprendizaje y manejo de los tiempos quirúrgicos, entre otros.

**Objetivos.** Adquirir habilidades quirúrgicas durante el periodo de entrenamiento en laparoscopia y cirugía abierta, con una curva de aprendizaje progresiva que va seguida de un plan de formación integral, para minimizar errores. Demostrar por ejercicios prácticos y modelos orgánicos y sintéticos, las habilidades visomotoras, de precisión y coordinación, tanto en cirugía laparoscópica como abierta, dándole destrezas y la capacidad resolutiva al residente. Cuantificar las habilidades quirúrgicas de los residentes de cirugía general.

**Materiales.** Modelos para entrenamiento tipo pelvic training de la fundación universitaria Sanitas, vísceras de bovino, instrumental quirúrgico.

**Resultados.** Con la implementación de la práctica en modelos como tiempo protegido a los residentes, se ha identificado por parte de los residentes y de los docentes mejoría en las habilidades quirúrgicas.

**Conclusiones.** Se requiere compromiso por parte de la universidad, con horarios definidos con tiempos protegidos, para realización de las prácticas desde el inicio de la residencia, con evaluaciones según el nivel y repetición de ejercicios.

## 01 – ID274

### **Herramienta dirigida a residentes del área quirúrgica como método para mejorar el seguimiento del desempeño guiado por metas.**

*Sebastián Sierra, Andrés Sierra, Camila Peñalosa, Andrés Uribe, Miguel Duran*  
LB, Universidad CES, Medellín  
ssierraj@hotmail.com

**Introducción.** Los residentes de las especialidades médico quirúrgicas deben cumplir durante su proceso de formación con una serie de objetivos que les permitan alcanzar las competencias requeridas en su programa de especialización, y así cumplir con el perfil profesional que su universidad ha definido.

**Objetivos.** Entender las barreras existentes en la gestión de la información y del conocimiento generado en las residencias quirúrgicas y explorar si hay opciones que ayuden a superarlas.

**Materiales.** Se desarrolló una herramienta tecnológica para gestionar la información y el conocimiento de los residentes de cirugía general. Se diseñó una encuesta donde se levantó un diagnóstico con residentes de cirugía general de la Universidad CES, evaluando indicadores cualitativos y cuantitativos. Esta encuesta se aplicó a una muestra de 17 residentes. Se realizó una prueba piloto con la herramienta.

**Resultados.** Diez y siete (17) residentes (R1-R4) realizaron la encuesta y prueba piloto. El 88,2 % ya usaban alguna herramienta similar; 50 % manifestaba una experiencia “regular” con dicha

herramienta y más del 90 % estarían dispuestos a adoptar una nueva opción. El 71,4 calificaron la herramienta como “excelente” y 28,6 % como “buena”. El 100 % la recomienda y la continuaría usando.

**Conclusiones.** Una herramienta adecuada logra una mejor adherencia de los residentes quirúrgicos y les facilita una gestión rápida y eficaz de su información, generando conocimiento de su proceso de formación. Hace falta un periodo de tiempo mayor y un grupo de estudiantes más amplio para validar estos datos.

## 01 – ID275

### **Sistema de registro digital de procedimientos de residentes de cirugía general**

*Helmer Emilio Palacios Rodríguez*  
Universidad del Cauca, Popayán  
palacios-rodriguez@unicauca.edu.co

**Introducción.** La residencia en Cirugía General debe garantizar un plan de estudios que permita al residente adquirir los conocimientos y destrezas necesarias para acreditarse como especialista. Este debe cumplir un mínimo de participación en los procedimientos de su competencia y clásicamente entregar registro escrito de estos para la respectiva evaluación docente. Actualmente los medios digitales permiten el desarrollo de sistemas de registro en línea que facilitan este proceso.

**Objetivos.** Describir el diseño e implementación de un sistema de registro digital de procedimientos quirúrgicos y presentar los avances en los primeros cinco meses de uso en una universidad pública de Colombia.

**Materiales.** Mediante formularios de Google Drive, se realizó la recolección de datos en línea, que se almacenan en una base de Hojas de Cálculo de Google Drive y usando tablas dinámicas se filtra la información para consulta y evaluación.

**Resultados.** Del 1 de enero al 31 de mayo de 2017 se registraron 3089 procedimientos, con una mediana de 244 procedimientos por residente (mínima 111, máxima 1320). De ellas, 1.2% participaciones como observador, 48.7% como ayudante y 50.1 % como cirujano. El 24.1 % se realizaron por residentes de primer año, el 12.9 % de segundo, 58.3% de tercero y 4.7% de cuarto año. El procedimiento realizado con mayor frecuencia fue colestectomía laparoscópica.

**Conclusiones.** La implementación de un sistema de registro digital en la educación del residente de Cirugía General fácil de usar y de aprender agiliza el proceso de almacenamiento, consulta y evaluación por parte del docente, lo que permite la retroalimentación incentivo de progresos y corrección de falencias durante la práctica.

## 01 - ID473

### ¿Ha cambiado la percepción de las cirujanas colombianas en relación a su ejercicio en los últimos 10 años?

*Lilian Torregrosa, Daniela Cuadrado, María Daza, Liza Posada*

Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D.C.  
Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C.  
dcuadrado@gmail.com

**Introducción.** Se presentan los resultados del seguimiento de una cohorte de cirujanas generales que en el año 2006 correspondían al 8% de la población de cirujanos generales en el país. Se

exploran aspectos demográficos, personales y familiares, así como sus percepciones sobre su condición de género en el momento, de oportunidades laborales, aceptación y su rol en el campo de la cirugía colombiana.

**Objetivos.** Caracterizar si en los últimos 10 años ha existido un cambio en la percepción de la cirugía por parte de las cirujanas colombianas en relación a su ejercicio.

**Materiales.** Estudio observacional descriptivo de corte transversal tipo encuesta, realizada en el año 2017, estableciendo una comparación con las cirujanas que contestaron la misma encuesta en el año 2006.

**Resultados.** Se identificaron las encuestadas del año 2006. Esta población había egresado de programas quirúrgicos entre los años 1976 y 2007. El 23.7% tienen hijos (14 personas), de estas, 78% tuvieron hijos después de terminar la residencia. El 83% ejercen en práctica académica o institucional, con un promedio de turnos al mes entre 5 y 10 noches. Un 67% considera que no dedica suficiente tiempo a la vida personal.

**Conclusiones.** Las cirujanas colombianas no consideran que exista una limitante de sexo para realizar su especialización en cirugía; sin embargo existe un déficit de modelos femeninos a seguir en la residencia, persistiendo acoso sexual y en ocasiones temor a denunciar el mismo. A pesar de estas situaciones volverían a escoger la especialización en cirugía general.





# CASOS CLÍNICOS

## CABEZA Y CUELLO

### 02 – ID43

#### **Divertículo de Killian-Jamieson. Reporte de caso**

*Esteban Diazgranados Goenaga, Álvaro Eduardo Calixto, Juan De Francisco, Lina Giraldo, Diego Alejandro Ardila, Andrés Felipe Rey, Eduardo Francisco Bayter*

Fundación Universitaria Ciencias de la Salud, Hospital Infantil Universitario de San José, Bogotá, D.C.

edigrago@fucsalud.edu.co

**Introducción.** El divertículo de Killian Jamieson es un divertículo esofágico cervical falso, infrecuente y menos común que el divertículo de Zenker con una incidencia de 1:4 Resulta de la herniación de la mucosa y submucosa a través de la pared anterolateral izquierda del esófago cervical debido a la debilidad muscular a nivel del espacio de Killian Jamieson. Frecuentemente es confundido con un divertículo de Zenker o mal interpretado como un nódulo tiroideo.

**Objetivos.** Exponer nuestra experiencia sobre el manejo de paciente con divertículo de Killian Jamieson.

**Materiales.** Exponer la presentación clínica, el enfoque diagnóstico, estudio preoperatorio, técnica quirúrgica, evolución postoperatoria y estado actual de la paciente posterior a manejo quirúrgico en nuestra institución.

**Resultados.** La paciente fue valorada por consulta externa en el Hospital de San José a los 13 días del alta hospitalaria con adecuada evolución, tole-

rando la vía oral y con una buena cicatrización de la herida quirúrgica. Cabe resaltar que la paciente no ha requerido intervenciones adicionales y ya se logró el destete del oxígeno suplementario.

**Conclusiones.** El divertículo de Killian-Jamieson es una patología benigna poco frecuente con pocos reportes en la literatura mundial. Debemos conocer claramente su fisiopatología, anatomía y presentación con el fin de tenerla siempre en mente. La diverticulectomía cervical abierta con sutura mecánica es una opción quirúrgica con excelentes resultados que tiene menor tasa de lesión del nervio laríngeo recurrente comparándola con las técnicas endoscópicas.

## TÓRAX

### 02 – ID67

#### **Manejo con terapia asistida al vacío de mediastinitis en el período posoperatorio cardíaco**

*Cáterin Arévalo, Carlos Remolina, Carlos Esquivia, José Rodríguez*

Universidad del Sinú, Cartagena  
cate-90@hotmail.com

**Introducción.** Aunque la incidencia de la infección esternal profunda después de la cirugía cardíaca sea baja, las cifras de morbilidad y mortalidad asociadas a ésta complicación son devastadoras. El correcto tratamiento, exige el conocimiento de factores de riesgo, principios de epitelización, manejo multidisciplinario entre cirujanos plásticos y torácicos y el uso de técnicas innovadoras, para optimizar el cierre de las heridas.

**Objetivos.** Describir la evolución de un paciente con antecedente de cirugía cardíaca, quien a las 2 semanas del postoperatorio, desarrolla mediastinitis tipo II, por lo cual, se le ofrece tratamiento con terapia asistida al vacío, observando muy buenos resultados.

**Materiales.** Presentación de un caso clínico que relata el uso de terapia asistida al vacío en un paciente con mediastinitis postquirúrgica con buenos resultados posteriores.

**Resultados.** Se observa una buena evolución y cierre de la herida torácica anterior, con un aumento significativo de tejido de granulación y aproximación de los bordes. Al seguimiento, en los meses posteriores, no hubo complicaciones ni formación de fístulas, remitiendo por completo el cuadro clínico inflamatorio.

**Conclusiones.** Aunque aún faltan estudios prospectivos con el uso del sistema de terapia asistida al vacío en mediastinitis, el acompañamiento del paciente con esta técnica se ha descrito como una opción con resultados favorables, seguros y viables en cuanto a la epitelización y remisión total de la enfermedad. Además, ha demostrado mejores resultados y la reducción de tiempos de internación, en comparación con los tratamientos curativos convencionales.

## PARED ABDOMINAL

### 02 – ID110

#### **Reconstrucción de pared abdominal en pacientes con restitución intestinal**

*Maikel Adolfo Pacheco Trujillo, Javier Mauricio Pacheco Maldonado*

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud,  
Bogotá  
pachecojavier88@gmail.com

**Introducción.** En el rol del cirujano general, es claro que dentro de las intervenciones quirúrgicas que debe realizar, la restitución intestinal es uno de los

procedimientos con más comorbilidades, teniendo como algunos de los desenlaces más frecuentes la infección del sitio operatorio y la dehiscencia o estenosis de la anastomosis. Por tanto, es un reto definir cuál es el mejor momento para realizar la reconstrucción de la pared abdominal, sobre todo en aquellos pacientes con pérdida de tejido.

**Objetivos.** Presentar casos clínicos de pacientes que requieren restitución intestinal y definir cuándo y cómo se benefician de la reconstrucción de pared abdominal.

**Materiales.** Se hizo una revisión retrospectiva de los casos de pacientes con restitución intestinal realizados en el Hospital San José Centro de Bogotá entre el año 2015 y 2017 y se evaluó la técnica elegida para el cierre quirúrgico. Resultados. Se obtuvo un total de 20 casos de restitución intestinal, definiendo para cada paciente, el procedimiento adecuado para el cierre quirúrgico del abdomen, con resultados satisfactorios en cada uno de ellos.

**Conclusiones.** La restitución intestinal es uno de los procedimientos realizados por el cirujano general con mayor riesgo postoperatorio. Es por esto que se deben tener en cuenta las características y antecedentes particulares de cada paciente a quien se le realizará, para definir si se beneficia de la reconstrucción de pared abdominal, elegir la técnica quirúrgica para dicha reconstrucción y definir la necesidad o no de materiales protésicos (mallas) y la posición correcta de estos, para obtener un desenlace favorable en cada uno de los casos.

## GASTROINTESTINAL Y ENDOSCOPIA

### 02 – ID94

#### **Tumores gástricos inusuales: tumor glómico, schwannoma, leiomioma y cistoadenoma de páncreas ectópico**

*Cristina Padilla Herrera, Liliana Maria Suárez, Raúl Guevara*

Clínica Universitaria Colombia, Bogotá, D.C.  
cristinaju86@yahoo.com

**Introducción.** Basados en nuestra experiencia de 111 gastrectomías por laparoscopia, queremos documentar cuatro patologías de presentación infrecuente en tumores gástricos benignos, a las que el cirujano se puede ver enfrentado en su práctica.

**Objetivos.** Describir cuatro patologías gástricas infrecuentes como son tumor glómico, schwannoma, leiomioma y cistoadenoma de páncreas ectópico. **Materiales.** Se realiza la descripción de cuatro casos clínicos incluyendo los datos demográficos de los pacientes, las imágenes preoperatorias, el reporte histopatológico y revisión actual de la literatura. **Resultados.** Dentro de las 111 patologías revisadas, se encontraron un cistoadenoma mucinoso en un páncreas ectópico de una mujer de 26 años, un schwannoma en una mujer de 69 años, un tumor glómico en un hombre de 35 años y un leiomioma en una mujer de 75 años.

**Conclusiones.** Dentro de las patologías gástricas infrecuentes encontramos los leiomiomas, que son tumores raros de localización predominante en el cardias, los tumores glómicos que representan el 1 % y que al igual que el páncreas ectópico, suelen localizarse con mayor frecuencia a nivel del antro gástrico, y los schwannomas que representan el 4 % de la patología benigna gástrica, con un pico de incidencia entre la cuarta y quinta década de la vida. Teniendo en cuenta la baja tasa de presentación de estos tumores queremos compartir nuestra experiencia en el manejo de estas neoplasias inusuales

## BARIÁTRICA

### 02 – ID39

#### Nesidioblastosis del adulto luego de bypass gástrico

*Stevenson Orlando Londoño Mazo, Juan Pablo Toro, Carlos H. Morales, Alejandro Román, German Osorio, Carlos A. Builes, Vanessa López*

Universidad de Antioquia  
stevensonlondono@gmail.com

**Introducción.** La nesidioblastosis es una causa rara de hipoglucemia por hiperinsulinismo endógeno en adultos y ha sido descrita como una complicación de la cirugía bariátrica.

**Objetivos.** Dar a conocer un caso de nesidioblastosis en paciente luego de cirugía bariátrica, sobre el diagnóstico y el manejo.

**Materiales.** Se presenta el caso de un paciente con antecedente de bypass gástrico en Y Roux quien presenta hipoglucemia severa hiperinsulinémica. Luego de un completo estudio diagnóstico, se decidió realizar tratamiento quirúrgico laparoscópico. La evaluación histopatológica e inmunohistoquímica confirmaron una nesidioblastosis del adulto.

**Resultados.** Paciente de sexo masculino de 34 años con triada de Whipple que apareció ocho años después de someterse a bypass gástrico. La hipoglucemia que presentaba el paciente se asociaba a niveles elevados de insulina y péptido C, pero la localización del hiperinsulinismo endógeno solo se pudo identificar por un cateterismo de arterias pancreáticas con estimulación intra-arterial selectiva con calcio. Como tratamiento se decidió realizar una pancreatometomía subtotal laparoscópica, luego de la cual el paciente presentó una excelente evolución posoperatoria y mejoró significativamente su sintomatología.

**Conclusiones.** La nesidioblastosis es una complicación rara de la cirugía bariátrica, que se debe sospechar en pacientes con síntomas recurrentes y graves de hipoglicemia. Su frecuencia viene en aumento como diagnóstico diferencial del síndrome de dumping. El manejo más definitivo para esta enfermedad es la resección del área del páncreas que se encuentre hiperfuncional.

## HEPATOBIILIAR

### 02 – ID116

#### **Peliosis hepática del lóbulo izquierdo con hemoperitoneo masivo (caso excepcional)**

*Natalia Lasprilla, Andrés Falla, Iván Katime, Maria Mendoza, William Sánchez*

Hospital Militar Central; Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, D.C.  
nati.lasprilla@gmail.com

**Introducción.** Wagner en 1891 describió la peliosis hepática, que se caracteriza por la presencia de lesiones quísticas hemorrágicas en el parénquima hepático, con dilatación de los sinusoides hepáticos. La etiopatogenia no es clara, se han relacionado múltiples mecanismos (infección, citotoxicidad, inmunosupresión, entre otros). La presentación clínica e imagenológica es variable y abarca desde el dolor abdominal crónico, sospecha de lesión neoplásica e incluso la ruptura hepática espontánea. En la literatura se han descrito hasta la fecha solo 21 casos de ruptura hepática espontánea (4 casos del lóbulo izquierdo) y 11 de ellos con hemoperitoneo masivo.

**Objetivos.** Reportar un caso de peliosis hepática complicada con ruptura hepática, como enfermedad potencialmente letal.

**Materiales.** Mujer de 38 años con antecedentes de hipertensión arterial, cardiomiopatía dilatada familiar y diabetes insulino-requiriente, sin hepatopatías, quien presentó abdomen agudo, con anemia severa (Hb 4g/dl) y falla cardíaca, además de alteración del perfil hepático (TGP 1298, TGO 734, BT 9.19, BD 6.76, FA 164). La tomografía abdominal mostró hepatoesplenomegalia, sospecha de ruptura hepática y líquido libre difuso peritoneal. En cirugía se evidenció hemoperitoneo 4000 ml y ruptura hepática espontánea en los segmentos II-III. Se manejó con hepatectomía parcial, parche hemostático y empaquetamiento. La paciente falleció 16 días después de ingreso por falla

orgánica múltiple con disfunción hepática severa sin sangrado. La patología confirmó el diagnóstico de Peliosis de tipo parenquimatosa con necrosis y hemorragia. Resultados. Describimos el quinto caso mundial de peliosis con ruptura hepática espontánea del lóbulo izquierdo con hemoperitoneo masivo y el primero en Colombia, según nuestra búsqueda de la literatura.

**Conclusiones.** La peliosis hepática con ruptura espontánea del lóbulo izquierdo es una enfermedad de rara presentación y potencialmente fatal.

## METABOLISMO QUIRÚRGICO

### 02 – ID104

#### **Manejo no quirúrgico de una fistula compleja**

*María Carolina Padua García, Mauricio Chona, Jorge Vargas, Juan pablo Ruiz, Margarita Huer-tas, Javier Preciado, Diego Aponte, Jorge Santos, Robin Prieto, Mónica Rivera, Ricardo Merchán*  
Fundación Universitaria Sanitas, Bogotá, D.C.  
mcaritopg@gmail.com

**Introducción.** Presentamos el caso de un paciente con trauma abdominal por herida por proyectil de arma de fuego, quien presentó una fistula gástrica de la cara posterior en un abdomen sellado.

**Objetivos.** Mostrar el manejo de una complicación que se presenta en un paciente con un abdomen sellado después de múltiples intervenciones quirúrgicas, como una alternativa segura y menos mórbida, siendo una alternativa a otras cirugías de mayor complejidad, como una cirugía de demolición con gastrectomía total.

Demostrar que es indispensable un adecuado soporte metabólico y nutricional para lograr un buen desenlace en este tipo de pacientes.

Mostrar como el uso del sistema OTSC – OVESCO es una alternativa válida para el tratamiento de algunas fistulas gastrointestinales de difícil manejo.

**Materiales.** Revisión de historia clínica. Videos de endoscopias de vías digestivas altas. Uso de dispositivo OTSC – OVESCO.

**Resultados.** Cierre definitivo de la fistula gástrica con el uso del sistema OTSC – OVESCO, aunado a un adecuado manejo metabólico, nutricional e infeccioso.

**Conclusiones.** El cierre de fistulas gastrointestinales complejas es posible con el uso de este dispositivo.

## ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA

### 02 – ID48

#### **Carcinoma de células de Merkel con compromiso de la vía biliar**

*Mario Hugo Barrera Latorre, John Alexander Bustos Molina, Eddison Alberto Acuña Roa*  
Fundación Universitaria Ciencias de la Salud,  
Bogotá, D.C.  
jabustos@fucsalud.edu.co

**Introducción.** El carcinoma de células de Merkel es una neoplasia maligna cutánea poco frecuente, que suele presentarse en individuos de raza blanca y edad avanzada, habitualmente como una lesión nodular eritematosa de rápido crecimiento, localizada en la región de la cabeza y cuello. Su curso clínico es a menudo agresivo, con un elevado índice de recurrencias locales, diseminación linfática regional y metástasis sistémicas.

**Objetivos.** Presentación de un caso clínico, dada su escasa frecuencia. **Materiales.** Revisión de caso clínico y revisión sistemática de la literatura. **Resultados.** Presentamos el caso de un paciente masculino, de 56 años de edad, inmunosuprimido, con tumor de miembro superior derecho compatible con carcinoma de células de Merkel, con un síndrome biliar obstructivo concomitante y colangitis secundario a compromiso metastásico de la vía

biliar. El reporte patológico que su inmunoperfil positivo favorece para carcinoma de células de Merkel. Reporte de un caso de metástasis poco frecuente en esta neoplasia maligna cutánea.

**Conclusiones.** El tumor de células de Merkel es una neoplasia maligna poco frecuente a nivel mundial y que aún menos frecuentemente genera compromiso de vía biliar. Hay muy pocos reportes similares a nuestra presentación de caso. Se realiza una revisión exhaustiva de dicha patología y de su compromiso biliar.

### 02 – ID310

#### **Resección multivisceral por un equipo multidisciplinario en un paciente con adenocarcinoma de colon: estándar de manejo**

*David Ricardo Baquero Zamorra, Carlos Edgar Figueroa, Juan Carlos Sabogal, Andrés Monroy, Andrés Barco*  
Universidad del Rosario, Hospital Universitario Mayor Mederi, Bogotá, D.C.  
drbaqueroz@gmail.com **Introducción**

**Introducción.** El manejo del paciente oncológico es desafiante. El estándar de manejo a nivel mundial requiere un equipo multidisciplinario. Se presenta el caso clínico de un paciente manejado exitosamente por los servicios de coloproctología, cirugía hepatobiliar, soporte nutricional, radiología, patología, oncología y anestesiología del Hospital Universitario Mayor – Méderi, en Bogotá, Colombia. **Objetivos.** Presentar a la comunidad académica nacional el enfoque multidisciplinario planteado en el Hospital Universitario Mayor – Méderi para el manejo integral de los pacientes con enfermedad oncológica avanzada.

**Materiales.** Se presenta el caso clínico de un paciente masculino de 57 años de edad, con diagnóstico de adenocarcinoma del ángulo hepático del colon T4b N0 M0, que invade el duodeno y la cabeza del páncreas.

**Resultados.** Se realizó junta y manejo multidisciplinario, incluyendo: soporte nutricional intra y extrahospitalario, realización de estudios endoscópicos e imagenológicos y la evaluación de factores de riesgo oncológicos y transoperatorios. Se realizó protocolo ERAS. La resección fue adecuada logrando márgenes oncológicos óptimos. El estudio histopatológico demostró una resección completa (R0) con un recuento de 26 ganglios, todos negativos para compromiso metastásico. La evolución clínica fue favorable. Dadas las condiciones del paciente y de la enfermedad se inició adyuvancia, la cual hasta la fecha ha sido bien tolerada.

**Conclusiones.** El enfoque multidisciplinario en el manejo de pacientes con patología oncológica se ha convertido en el mundo en un estándar de cuidado. Las dificultades logísticas de nuestro medio deben ser superadas a fin de ofrecerle al paciente la mejor atención posible.

## CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA

### 02 – ID372

#### **Esofagectomía con ascenso gástrico e intervención en el píloro: continúa la controversia**

*Dhayra Kareem Barreto, Jorge Herrera*  
Universidad del Cauca, Popayán  
dbarreto@unicauca.edu.co

**Introducción.** La esofagectomía es un procedimiento complejo en el que el retardo del vaciamiento gástrico es una de las complicaciones más comunes que afectan la calidad de vida del paciente. Diferentes factores pueden influir en su aparición, por lo que se han propuesto modificaciones de la técnica quirúrgica, como la intervención en el píloro, para tratar de reducir su ocurrencia.

**Objetivos.** Presentar el caso de una paciente con retardo del vaciamiento gástrico posterior a una esofagectomía con ascenso gástrico sin intervención en el píloro.

**Materiales.** Paciente de 46 años con acalasia del esófago a quien se le realizó esofagectomía con ascenso gástrico mediante abordaje mínimamente invasivo videoasistido, sin intervención en el píloro. Cinco meses después, presenta intolerancia a la vía oral y se comprueba retraso del vaciamiento gástrico mediante tránsito intestinal.

**Resultados.** Se realiza piloromiotomía y reducción de hernia diafragmática laparoscópica. La paciente se encuentra en proceso de recuperación con tolerancia progresiva adecuada a la vía oral.

**Conclusiones.** Una intervención en el píloro como la piloromiotomía puede facilitar el vaciamiento del conducto gástrico, la función intestinal y la calidad de vida después de una esofagectomía, pero existe controversia por la posibilidad de reflujo biliar excesivo. En nuestro caso fue necesaria una piloromiotomía para el manejo del retraso en el vaciamiento gástrico. Se requiere la realización de nuevos estudios sobre la intervención en el píloro ya que la evidencia actual sigue siendo controversial y es significativo el impacto de las complicaciones de la esofagectomía con ascenso gástrico sobre la calidad de vida de los pacientes.

## TRAUMA

### 02 – ID7

#### **Efecto Macklin como causa de neumomediastino en un paciente con trauma cerrado de tórax. Reporte de un caso**

*Carlos Andrés Delgado López, Adriana Llano Sánchez, Manuela Ballen García*  
Universidad de Antioquia  
andresdelgado@gmail.com

**Introducción.** El efecto Macklin es una causa poco frecuente de neumomediastino, generalmente autolimitado y que se relaciona con el aumento de la presión intra-alveolar, que genera microperforaciones a este nivel, disección de los tejidos

mediastinales y desarrollo de enfisema subcutáneo.

**Objetivos.** Describir el caso de un paciente con neumomediastino por efecto Macklin en el contexto de trauma cerrado de tórax y su desenlace.

**Materiales.** Reporte de caso, correlación clínico-radiológica, seguimiento y revisión de la literatura.

**Resultados.** Paciente de 20 años quien sufre accidente de tránsito en calidad de conductor de motocicleta, presentando trauma cráneo-encefálico, trauma cerrado de tórax y luxación de cadera derecha. Al examen físico ingresa con desaturación (SaO<sub>2</sub> 87 %) y alteración del estado de consciencia. Se realiza tomografía toraco-abdominal donde se evidencia neumomediastino de predominio peritraqueal por lo cual se sospecha lesión de la vía aérea o digestiva. Se realiza endoscopia de vía digestiva y fibrobroncoscopia que no reportan perforaciones ni lesiones en estas estructuras. No se realizan intervenciones a nivel cardiopulmonar y el paciente presenta mejoría espontánea del componente ventilatorio. Además se realiza reducción cerrada de la luxación. Durante el seguimiento extrahospitalario no se encuentran alteraciones relacionadas con el trauma de tórax.

**Conclusiones.** La presencia de neumomediastino obliga a descartar lesión de la vía aérea o del tracto digestivo, sin embargo, se debe considerar el efecto Macklin dentro de su etiología. Su manejo es conservador y requiere seguimiento clínico.

## 02 – ID77

**Fistula aortoesofágica secundaria a pseudoaneurisma traumático de aorta torácica. Reporte de caso**

*Jorge Adalberto Márquez, Jorge Azuero, Jaider Polo Pertuz, Juan Forero Turca*

Fundación Universitaria Ciencias de la Salud,  
Bogotá, D.C.

[jaiderenrique@hotmail.com](mailto:jaiderenrique@hotmail.com)

**Introducción.** El trauma de aorta torácica representa una de las tres primeras causas de muerte accidental en nuestro país, teniendo una letalidad del 95 % en el sitio del accidente y el 5 % restante fallece dentro de un período de tiempo breve, lo que hace que la sobrevivida a esta entidad sea excepcional y muy rara vez logre ingresar a una institución de salud para ser diagnosticado oportunamente. Dependiendo de la cantidad de tejido circundante que contenga a la ruptura, esta puede organizarse y formar un pseudoaneurisma que puede crecer progresivamente hasta organizarse o romperse.

**Objetivos.** Se presenta el caso de un paciente de 24 años de edad que ingresa al servicio de urgencias por hemorragia digestiva alta con antecedente de trauma torácico cerrado un año previo a este episodio, en quien se documenta un pseudoaneurisma de la aorta torácica con trayecto fistuloso a la luz esofágica.

**Materiales.** Revisión de la historia clínica y el manejo médico.

**Resultados.** Se documentó el manejo endovascular de manera exitosa en un paciente joven quien presentaba un aneurisma de aorta torácica con fistula al esófago. Cabe resaltar que esta patología presenta una alta tasa de morbimortalidad y que el seguimiento a 5 meses ha sido con evolución satisfactoria.

**Conclusiones.** El manejo endovascular de esta patología ha cobrado gran importancia con el desarrollo de nuevas prótesis y el aumento de la experiencia por parte del cirujano vascular.



# VIDEOS

## TÓRAX

### 03 – ID 29

#### **Herniorrafia diafragmática por videotoracoscopia**

*Carlos Remolina, José Rodríguez, Katerine López Baldiris, Carlos Esquivia*  
 Universidad Del Sinú  
 katerinelopez707@gmail.com

**Video:** <https://youtu.be/DoFli9SgKvQ>

**Introducción.** Se presenta el siguiente video a propósito de un caso clínico sobre un paciente masculino, de 66 años de edad, en seguimiento por cirugía de tórax en contexto de nódulo pulmonar, asintomático desde el punto de vista respiratorio, a quien se realiza tomografía de tórax simple y con contraste apreciándose imagen de solución de continuidad en hemidiafragma izquierdo. Es programado para herniorrafia diafragmática por videotoracoscopia.

**Objetivos.** Mostrar nuestra experiencia con este tipo de abordaje y la técnica quirúrgica empleada.

**Materiales.** Se realiza registro videográfico del procedimiento quirúrgico y se editan los aspectos más relevantes por medio del cual podamos explicar la técnica utilizada.

**Resultados.** En nuestra experiencia hemos notado que la herniorrafia diafragmática por videotoracoscopia es un procedimiento seguro, que ofrece una recuperación rápida, menor dolor postoperatorio y retorno a las actividades cotidianas de forma temprana.

**Conclusiones.** Es una técnica reproducible y con mínimas complicaciones cuando se tiene el entrenamiento requerido para este tipo de procedimientos.

### 03 – ID134

#### **Enucleación robótica de leiomioma esofágico**

*Ricardo Buitrago Ramírez, Diego Salcedo Miranda, Jorge Ramírez Pereira*  
 Universidad El Bosque, Bogotá, D.C.  
 dsalcedo\_ub@hotmail.com

**Video:** <https://youtu.be/c0ervgi6CeY>

**Introducción.** Los tumores benignos del esófago son raros y el leiomioma es el más común de los tumores benignos. Se originan de la capa circular muscular del esófago distal, esófago medio y particularmente en la unión gastroesofágica. Las dimensiones de la lesión pueden encontrarse, según la literatura, desde 1 hasta 29 cm. El tratamiento consistente en la enucleación de la lesión por toracotomía, cirugía video asistida (VATS) o cirugía robótica.

**Objetivos.** Presentar las ventajas quirúrgicas de la enucleación y resección robótica del leiomioma esofágico.

**Materiales.** Presentación de video de enucleación y resección robótica de leiomioma esofágico en una clínica de Bogotá D.C.

**Resultados.** La enucleación y resección robótica del leiomioma esofágico genera ventajas sobre la cirugía abierta y la toracoscópica, por tener visión



tridimensional, mejor coordinación entre los ojos y las manos y mayor precisión en la resección, con una reducción significativa de la lesión de la mucosa. Además, la aplicación de robótica en el mediastino ha demostrado de larga data evitar la mortalidad quirúrgica y disminuir la pérdida de sangre intraoperatoria. Finalmente, también hay disminución de la estancia hospitalaria y un regreso postoperatorio más rápido a las actividades normales.

**Conclusiones.** La enucleación de leiomioma esofágico con asistencia robótica es segura, con beneficios como incremento de la precisión en la resección, disminución del riesgo de perforación esofágica y reducción del trauma quirúrgico.

## PARED ABDOMINAL

### 03 – ID59

#### Corrección laparoscópica de hernia hiatal gigante

*Andrés Hanssen Londoño, Sergio Plotnikov, Geylor Acosta, José Tomás Núñez, José Gregorio Haddad*

Instituto médico la Floresta  
anhanssen@gmail.com

**Video:** <https://youtu.be/pEdGOAw2BJg>

**Introducción.** La hernia hiatal gigante con estómago intratorácico es poco frecuente. Corresponde a una hernia tipo 3 o mixta (componente por deslizamiento y paraesofágico), que contiene más del 30% del estómago a nivel del tórax, así como otros órganos. Habitualmente estas hernias se asocian a rotación gástrica órgano-axial, y pueden presentar complicaciones como vólvulo, perforación u obstrucción gástrica.

**Objetivos.** Mostrar los aspectos técnicos más importantes en la reparación de hernias hiatales de grandes dimensiones.

**Materiales.** Presentamos un video con énfasis en los siguientes aspectos técnicos: Durante el procedimiento, se debe procurar hacer una reducción adecuada del contenido de la hernia, liberando todas las adherencias de los órganos afectados, para evitar que asciendan nuevamente. Una vez liberado el contenido, se debe exponer el defecto hiatal, resecar el saco herniario evitando lesionar la pleura mediastinal y exponer ambos pilares diafragmáticos. Una vez disecado el defecto hiatal, debe realizarse el cierre del mismo aproximando ambos pilares con material no absorbible, primero en la parte posterior y luego en la anterior, de ser requerido. En vista de que se corrige un defecto amplio, debe usarse material de refuerzo (malla o prótesis), para evitar recidivas. La indicación del procedimiento antirreflujo estará determinada por las características del paciente y estudios preoperatorios.

**Resultados.** Evidencia radiológica de completa reducción del contenido de la hernia y resolución de los síntomas.

**Conclusiones.** La reparación laparoscópica de defectos hiatales gigantes es el estándar dorado en esta entidad. Es importante respetar los aspectos técnicos mencionados.

### 03 – ID60

#### Modelo de entrenamiento para hernioplastia inguinal laparoscópica

*Andrés Hanssen Londoño, Sergio Plotnikov, Geylor Acosta, José Gregorio Haddad, José Tomás Núñez*

Instituto Médico La Floresta, Caracas, Venezuela  
anhanssen@gmail.com

**Video:** <https://youtu.be/44FbIRviiq4M>

**Introducción.** La reparación de hernias inguinales mediante abordaje laparoscópico, es un procedimiento complejo, con prolongada curva de aprendizaje. No se dispone actualmente de mode-

los adecuados para la enseñanza y entrenamiento de los procedimientos de hernioplastia inguinal laparoscópica.

**Objetivos.** Presentar un vídeo didáctico que muestra un modelo reproducible, económico y sumamente útil, para la enseñanza y entrenamiento en la realización de hernioplastias inguinales laparoscópicas. El modelo permite reproducir de manera eficiente todas las maniobras y procedimientos requeridos en la disección, la exposición de las estructuras anatómicas, la visión crítica del orificio mio-pectíneo y la reparación del defecto herniario.

**Materiales.** Empleamos una chuleta de cerdo para representar la región inguinal, el proceso transverso de la vértebra de la chuleta representa el ligamento de Cooper; se utilizan cables eléctricos duales para representar los vasos epigástricos y espermáticos, un segmento de catéter representa el conducto deferente y un preservativo (condón) se utiliza para simular el saco herniario indirecto.

**Resultados.** Un observador independiente (cirujano experimentado) puede reconocer mediante visualización en vídeo el ejercicio realizado por un experto o un novato.

**Conclusiones.** El modelo reproduce la anatomía de la región inguinal y permite al estudiante reproducir y practicar las maniobras y procedimientos requeridos para la eficiente realización de hernioplastias inguinales laparoscópicas.

### 03 – ID266

#### **Técnica TAR, Liberación de Transverso Abdominal**

*Jorge Daes, Erika Luque, María Cristina González*

Departamento de Cirugía Mínimamente Invasiva de la Clínica Porto Azul, Barranquilla  
mga2102@hotmail.com

**Vídeo:** <https://www.facebook.com/jorge.daes/videos/10206398873331288/>

**Introducción.** A continuación presentamos caso clínico y video sobre la técnica quirúrgica TAR, Liberación de Transverso Abdominal. Esta es una opción quirúrgica para pacientes con defectos de pared abdominal anterior de gran tamaño.

**Objetivos.** Dar a conocer el desarrollo de la técnica TAR y las utilidades de la misma.

**Materiales.** Paciente de 37 años de edad, en el cual se utilizó en una cirugía previa una malla no biológica y presentó perforación intestinal que requirió de colectomía y posterior manejo con abdomen abierto. Una vez se llevó a cabo la anastomosis Ileo-anal, se programó para cirugía con técnica TAR.

**Resultados.** Presentamos nuestro resultado final en un paciente joven, atleta, el cual pudo recuperar sus actividades normales.

**Conclusiones.** La técnica TAR es útil para aquellos pacientes con defectos de gran tamaño. Es una técnica sin tensión y permite la colocación de la malla entre dos capas musculares, lo que la hace más segura y con menos recidivas.

### 03 – ID337

#### **Herniorrafia de Spiegel por laparoscopia**

*Sebastian Sierra, Juan David Zuluaga, Juan Sebastián Garcés*

Universidad del Valle - Fundación Valle del Lili, Cali

jsebas9@gmail.com

**Vídeo:** <https://youtu.be/UTRHU9TjZUA>

**Introducción.** Paciente de 85 años de edad con antecedente de laparotomía por peritonitis de causa desconocida, quien consulta por cuadro de varios meses de dolor en flanco izquierdo, asociado a protrusión de masa. Trae ecografía abdominal que reporta hernia umbilical y hernia de línea semilunar izquierda. Al examen físico se observa cicatriz mediana, se palpa hernia umbilical de 1,5 cm,

sin encontrarse a la palpación otros defectos. Ante hallazgo ecográfico y la no palpación de defectos laterales, se solicita tomografía de abdomen que reporta hernia umbilical de 15 mm y parasagital derecha de 28 mm (Spiegel). En vista de la incongruencia en cuanto a la lateralidad de la hernia se decide programar para herniorrafia por laparoscopia.

**Objetivos.** Identificación y reparo de hernia de Spiegel por laparoscopia.

**Materiales.** Técnica laparoscópica con tres trocares, realizando inicialmente liberación de adherencias, disección de colgajo alrededor de la hernia, reducción de saco herniario y posteriormente, cierre del defecto con poliglactina y fijación de malla Ultrapro® con puntos transfasciales cardinales y Securestrap®. Finalmente cierre de colgajo con Securestrap® y herniorrafia umbilical.

**Resultados.** Corrección de hernia de Spiegel izquierda, posterior a su identificación por laparoscopia y herniorrafia umbilical. El paciente fue llevado a sala de recuperación y posteriormente a hospitalización. No se registraron complicaciones y se dio egreso al día siguiente. Durante el control posquirúrgico se encuentra paciente sin evidencia de complicaciones, sin dolor, se retiran puntos y se da de alta por cirugía general.

**Conclusiones.** La herniorrafia de Spiegel por vía laparoscópica constituye una opción válida con baja morbilidad. En este paciente no se presentaron complicaciones.

### 03 – ID455

#### **Hernia ventral aguda con obstrucción intestinal: aproximación laparoscópica**

*Mónica Restrepo Jaramillo, Carlos Hernando Morales, Juan Pablo Toro*  
Universidad de Antioquia, Medellín  
mrestrem@gmail.com

**Video:** <https://youtu.be/cKw8cMq4Hh4>

**Introducción.** La reparación laparoscópica de hernias ventrales ofrece ventajas, como menores tasas de infección, menor estancia hospitalaria y retorno a las actividades de la vida diaria en menor tiempo. Sin embargo, el uso este abordaje en el contexto de una encarcelación aguda es aún controvertido.

**Objetivos.** Ilustrar el caso de una paciente con una hernia ventral aguda con obstrucción intestinal secundaria, a quien se le realizó un abordaje totalmente laparoscópico.

**Materiales.** El video del procedimiento hace énfasis en pasos claves tales como la reducción de la hernia, la manipulación cuidadosa del intestino y la reparación laparoscópica con malla.

**Resultados.** Paciente de sexo femenino, con antecedente reciente de histerectomía abdominal. Consultó por dolor abdominal y vómito de dos días de evolución, y al examen con masa dolorosa no reductible en línea media de hipogastrio. Se realizó manejo laparoscópico del cuadro obstructivo y reparación de la hernia con malla. Para cubrir el defecto se usó una malla de baja densidad que estaba disponible. La paciente tuvo una evolución clínica favorable. El video destaca aspectos como la reducción cuidadosa de la hernia, la evaluación de la viabilidad intestinal y la técnica recomendada para la reparación con malla.

**Conclusiones.** La hernia ventral con obstrucción intestinal aguda puede ser manejada de manera exitosa a través de cirugía laparoscópica, aún en el contexto de urgencias. En casos seleccionados, se pueden usar mallas de baja densidad, no recubiertas, tratando de separarla del contenido visceral mediante colgajos de peritoneo, para minimizar el riesgo de posteriores complicaciones.

### 03 – ID468

#### **Colectomía izquierda y reconstrucción de pared abdominal con cierre primario de defecto y separación de componentes por vía endoscópica**

*Jorge Daes, Erika Luque, Nadim Said*

Departamento de Cirugía Minimamente Invasiva  
de Clínica Porto Azul, Barranquilla  
elunqueariza@hotmail.com

**Video:** <https://www.youtube.com/watch?v=haac0aYj4J0&feature=youtu.be>

**Introducción.** A continuación presentamos el caso clínico de un paciente con hernia incisional sintomática y resección intestinal por enfermedad diverticular.

**Objetivos.** Mostrar la utilidad de los diferentes recursos, tanto ecográficos, endoscópicos y quirúrgicos, que permiten llevar a cabo, en un solo tiempo, la corrección de un defecto de pared abdominal, en conjunto con una resección intestinal, sin el uso de mallas y con liberación de componentes.

**Materiales.** Presentación de un caso clínico y la técnica quirúrgica a través de la cual fue resuelto. Paciente masculino de 42 años de edad, con historia de laparotomía 5 años atrás debido a enfermedad diverticular complicada, con gran infección del sitio operatorio y posterior con hernia incisional central, de gran tamaño, sintomática. El paciente aun presentaba muchos episodios de diverticulosis desde entonces, el último hacía 6 semanas.

**Resultados.** Paciente quien hasta la fecha evoluciona de manera favorable, sin complicaciones posteriores.

**Conclusiones.** A través de este caso podemos evidenciar como la aplicación de los diferentes abordajes quirúrgicos pueden resolver defectos de pared en un solo tiempo, cuando se lleva a cabo resección intestinal, sin la utilización de mallas.

## GASTROINTESTINAL Y ENDOSCOPIA

### 03 – ID3

#### Corrección de vólvulos gástrico y hernia hiatal con manga (*sleeve*) gástrica laparoscópica

Jorge Hernan Osorio, Luis Fernando Cardona

Díaz, Jorge Hernán Trujillo Vidal, Juan Gabriel Bayona, Laura Maria Carvallo Vargas  
Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá, D.C.  
jorgito20@gmail.com

**Video:** <https://www.youtube.com/watch?v=LIahuQTmzdA&t=32s>

**Introducción.** Paciente femenina de 62 años de edad con clínica de dolor epigástrico y náuseas, llevada a colecistectomía laparoscópica por colelitiasis sintomática. Posopeariorio con evolución tórpida por persistencia de náuseas y emésis, por lo que se realizó tomografía toracoabdominal contrastada que evidencia hernia hiatal y vólvulos gástrico. Se llevó a laparoscopia diagnóstica, confirmando sospecha imagenológica, además de perforación gástrica asociada; se practicó de vulvulación y corrección de perforación con manga (*sleeve*) gástrica. Adecuada evolución clínica posterior.

**Objetivos.** Revisión de esta entidad quirúrgica inusual (vólvulos gástrico), comparar el manejo quirúrgico actual y el realizado por nuestro servicio.

**Materiales.** Presentación de vídeo quirúrgico y revisión de la literatura.

**Resultados.** Paciente con entidad quirúrgica inusual (vólvulos gástrico) manejado con manga (*sleeve*) gástrica por laparoscopia de forma exitosa, con adecuada evolución clínica postoperatoria de la paciente.

**Conclusiones.** En la actualidad los vólvulos gástrico agudo se considera una entidad inusual, con alta tasa de mortalidad si no se interviene de forma precoz. La vía laparoscópica en la actualidad es la vía de elección para afrontar este tipo de enfermedades, con adecuados resultados postoperatorios.

### 03 - ID131

#### Resección laparoscópica de GIST gástrico con asistencia endoscópica

*Ricardo Villarreal Viana, Diego Salcedo Miranda, Raúl Suárez Rodríguez*  
Universidad El Bosque, Bogotá, D.C.  
dsalcedo\_ub@hotmail.com

**Video:** <https://youtu.be/3ipb7geJSKQ>

**Introducción.** Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son neoplasias menos frecuentes y representan del 0.1 al 3 % de todas las lesiones malignas gastrointestinales. La mayoría se presentan en el estómago (50-60 %) y el intestino delgado (20-35 %) y menos comúnmente en sitios como colon, recto, duodeno y esófago. Es importante tener en cuenta que el pilar de manejo de este tipo de tumores es la cirugía con márgenes negativos, la cual se puede lograr por técnica laparoscópica con asistencia endoscópica, como el caso que presentamos en esta ocasión.

**Objetivos.** Presentar las ventajas de la resección de tumores GIST laparoscópica con asistencia endoscópica.

**Materiales.** Se presenta el video de resección laparoscópica de un tumor GIST de la cámara gástrica en su cara anterior, con asistencia endoscópica.

**Resultados.** Se practicó la resección de GIST de la cámara gástrica por laparoscopia con asistencia endoscópica, logrando márgenes negativos, mayor precisión en el área de sección y mejoría de la técnica quirúrgica, con menos complicaciones y recuperación postoperatoria más rápida.

**Conclusiones.** El pilar de manejo de los GIST gástricos es la cirugía con márgenes negativos, la cual se logra con mayor precisión por laparoscopia con asistencia endoscópica, obteniendo más ventajas para el paciente.

### 03 – ID176

**Esofagectomía mas ascenso gástrico laparoscópico para acalasia terminal en paciente con síndrome triple A**

*Jaime Esteban Álzate Castaño, Julieta Correa Restrepo, Rene M. Escobar, Carlos H. Morales, Juan P. Toro*  
Universidad de Antioquia  
julieta.correa@udea.edu.co

**Video:** [https://youtu.be/xI3GjJ9\\_-ho](https://youtu.be/xI3GjJ9_-ho)

**Introducción.** El síndrome de Allgrove es una rara enfermedad autosómica recesiva cuya tríada clásica incluye insuficiencia Adrenal, Acalasia y Alacrimia (triple A). Para el tratamiento de la acalasia existen varias opciones endoscópicas y quirúrgicas, sin embargo, hasta 5% de los pacientes progresan a un estado terminal y requieren esofagectomía.

**Objetivos.** Presentar el caso de un paciente con síndrome triple A y la técnica de esofagectomía laparoscópica.

**Materiales.** Se presenta el caso de un paciente de 15 años de edad con síndrome triple A, quien tenía antecedente de miotomía de Heller y funduplicatura tipo Dor, corrección hernia hiatal y funduplicatura de Nissen, inyección de toxina botulínica y dilataciones neumáticas múltiples. El video ilustra la técnica de liberación extensa de adherencias abdominales y mediastinales, el desmonte de la funduplicatura previa y la realización de la esofagectomía con la reconstrucción.

**Resultados.** Procedimiento con complejidad técnica alta, tiempo quirúrgico de 315 minutos, no sangrado ni complicaciones intraoperatorias. Al cuarto día presentó filtración de anastomosis esofagogástrica con mediastinitis, por lo cual requirió nueva intervención por toracoscopia / laparoscopia e inserción endoscópica de stent. La evolución fue favorable con resolución de la fistula. Luego de más de un año de seguimiento, el paciente está sin disfagia, tolerando dieta regular y con ganancia de peso.

**Conclusiones.** La esofagectomía es el último recurso de manejo en pacientes con acalasia termi-

nal y falla a otras modalidades de tratamiento. La presencia de funduplicatura previa no contraindica el uso del estómago como reemplazo esofágico. El abordaje laparoscópico es técnicamente demandante pero puede ser realizado en centros con experiencia.

### 03 – ID355

#### **Miotomía de Heller por laparoscopia, técnica y manejo de perforación esofágica**

*Douglas Omar Ortiz, Juan Sebastián Parra Puentes*

Hospital Universitario San Rafael, Bogotá, D.C.  
doortizgastro@gmail.com

**Video:** <https://youtu.be/GTwKGvcUQ3g>

**Introducción.** La acalasia es un trastorno primario de la motilidad esofágica caracterizado por ausencia de peristalsis y falla en la relajación del esfínter esofágico inferior, sin embargo, su fisiopatología no está bien establecida. El síntoma más común es la disfagia, seguido de síntomas respiratorios. En relación al diagnóstico, la manometría esofágica es el estándar de oro. La acalasia puede ser tratada endoscópicamente por dilatación neumática o por miotomía per oral; ésta última teniendo mayor tasa de recurrencia que la miotomía por laparoscópica, la cual, en la actualidad, es el manejo de elección, específicamente la miotomía de Heller asociado a un procedimiento antirreflujo.

**Objetivos.** Revisar el manejo quirúrgico de acalasia por miotomía de Heller por laparoscopia.

**Materiales.** Se presenta el video de un procedimiento quirúrgico por laparoscopia correspondiente a dos pacientes con acalasia del cardias asociado a funduplicatura parcial. Se anexa al final del video, el caso de un paciente con perforación esofágica intraoperatoria y manejo de la misma.

**Resultados.** Se logró una adecuada visualización de la anatomía, permitiendo observar claramente la disección del ligamento gastrohepático, pilares

diafragmáticos y ligamento frenoesofágico. Se realizó miotomía en esófago torácico y abdominal, utilizando disección roma y tijera y funduplicatura parcial. Los pacientes presentaron una adecuada evolución postoperatoria, con mejoría de los síntomas a corto plazo, sin requerimiento de reintervenciones.

**Conclusiones.** La miotomía de Heller ha demostrado una tasa de éxito mayor al 90%, con adecuado perfil de seguridad. Es recomendable realizarla junto con una funduplicatura parcial, para disminuir el porcentaje de reflujo gastroesofágico. Además, demuestra baja recidiva en comparación con las técnicas endoscópicas.

### 03 – ID451

#### **Esofagectomía mínimamente invasiva (técnica de Mckeown) en un hospital de IV nivel como centro de referencia**

*Germán Rosero, Mónica Castro*

Pontificia Universidad Javeriana; Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D.C.  
monicastro424@gmail.com

**Video:** <https://www.youtube.com>

**Introducción.** Los pilares del tratamiento de cáncer de esófago se basan en la resección quirúrgica y las terapias adyuvantes y neoadyuvantes. En cuanto a la resección quirúrgica se plantean dos abordajes, transtorácicos y transhital. En relación al abordaje transtorácico se han descrito múltiples morbilidades asociadas a la realización de la toracotomía, sin embargo, ante el advenimiento de nuevas tecnologías y procedimientos mínimamente invasivos, se replantea este abordaje mediante la realización de toracoscopía y laparoscopia, manteniendo la radicalidad y minimizando las morbilidades asociadas.

**Objetivos.** Mostrar en un video paso a paso el abordaje transtorácico y laparoscópico, realizado en una institución de IV nivel (Hospital Univer-

sitario San Ignacio) en pacientes de cirugía gastrointestinal como centro de referencia.

**Materiales.** Paciente con cáncer esofágico de tercio medio, con indicación quirúrgica curativa.

**Resultados.** Paciente con evolución satisfactoria postoperatoria, con resolución de la sintomatología.

**Conclusiones.** El cirujano gastrointestinal debe estar familiarizado con los diferentes tipos de abordajes quirúrgicos, sus indicaciones y sus desenlaces. Es así como la esofagectomía mínimamente invasiva es un procedimiento factible, seguro, y reproducible, que aumentará a medida que evolucione el tiempo y aumente la práctica de procedimientos de cirugía gastrointestinal.

## BARIÁTRICA

### O3 – ID184

#### **Reintervención en manga (*sleeve*) gástrica en paciente con reganancia de peso y síntomas de reflujo gastroesofágico**

*Carlos Mauricio Ocampo Echavarría, Sebastián Camilo Monsalve, Jean Pierre Vergnaud, Carlos Alberto Lopera*

Hospital San Vicente Fundación, Medellín  
carlosmocampo@gmail.com

**Video:** <https://youtu.be/8f-sqsXtmJQ>

**Introducción.** La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una condición prevalente en pacientes con obesidad mórbida y el baipás gástrico por laparoscopia es considerado la mejor opción quirúrgica; sin embargo, la manga (*sleeve*) gástrica es una alternativa, especialmente en pacientes con alto riesgo quirúrgico, síndromes adherenciales severos o enfermedad inflamatoria intestinal.

**Objetivos.** Presentar el caso de una paciente con antecedente cinco años atrás de manga (*sleeve*)

gástrica y corrección de hernia hiatal con funduplicatura (Tipo Nissen) con reganancia de peso y síntomas de ERGE, a quien se llevó a reintervención de la manga (*sleeve*) gástrica y corrección la de hernia hiatal.

**Materiales.** El video ilustra de una manera simple los pasos realizados en la intervención quirúrgica, haciendo énfasis en completar la construcción del tubo gástrico, la corrección de la hernia hiatal aproximando las cruras y el manejo adecuado de los tejidos, evitando complicaciones como sangrado y filtraciones.

**Resultados.** Paciente femenina de 49 años de edad con antecedente cinco años atrás de cirugía de manga (*sleeve*) gástrica y corrección de hernia hiatal con funduplicatura (Tipo Nissen), quien presenta posterior reganancia de peso y síntomas de ERGE. La paciente fue llevada al procedimiento identificando un síndrome adherencial severo con disrupción completa de la funduplicatura; se completa la construcción del tubo gástrico y se corrige la hernia hiatal con aproximación de las cruras, sin complicaciones posoperatorias a corto plazo y mejoría de los síntomas de ERGE.

**Conclusiones.** La manga (*sleeve*) gástrica por laparoscopia asociada a corrección de la hernia hiata es una opción terapéutica, especialmente en aquellos pacientes reintervenidos y con síndromes adherenciales severos que dificulten la conversión a *bypás* gástrico.

### O3 – ID208

#### **Baipás gástrico con sistema da Vinci Xi**

*Geylor Acosta Ferrer, Andrés Hanssen Londoño, Sergio Plotnikov, Jairo Noya, Diana Viettri*  
Instituto Médico la Floresta, Caracas  
geyloracosta@gmail.com

**Video:** <https://youtu.be/h2b-JAN2axk>

**Introducción.** La cirugía robótica ofrece ventajas sobre la laparoscópica convencional en cuanto a

visión y ejecución de procedimientos complejos y pueden aplicarse para el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida.

**Objetivos.** Mostrar los aspectos técnicos del Bypass gástrico realizado con sistema da Vinci Xi.

**Materiales.** Se muestra la intervención en un paciente masculino de 43 años de edad, con IMC de 53kg/m<sup>2</sup> utilizando la plataforma robótica da Vinci Xi.

**Resultados.** Se completó la intervención en 120 minutos con buena evolución postoperatoria.

**Conclusiones.** La cirugía bariátrica asistida por robot es factible y segura. Las plataformas da Vinci más actualizadas permiten mayor versatilidad, con curva de aprendizaje más corta, mostrando ventajas en este grupo de pacientes.

## HEPATOBIILIAR

### 03 – ID87

#### **Colecistectomía en *situs inversus* incidental**

*Nayib De Jesús Zurita Medrano, Anuar Alonso Sáez Martínez, Yessica Andrea Trujillo Zapata*  
Universidad de Cartagena; Universidad del Sinú,  
Cartagena  
anuarsaez11@gmail.com

**Video:** <https://www.youtube.com/watch?v=t4vW5vifZT8>

**Introducción.** *Situs inversus* totalis es una entidad de baja incidencia en la que se encuentra una alineación errónea de los órganos del cuerpo, colocándolos del lado opuesto. La repercusión de esta patología en el ámbito quirúrgico, se encuentra determinada por su considerable probabilidad de variables anatómicas, la exigencia que implica en la versatilidad del abordaje y/o desarrollo de la técnica quirúrgica y el mayor riesgo de lesiones iatrogénicas. En este trabajo, presentamos nuestra experiencia como escuela, en el desarrollo de co-

lecistectomía laparoscópica ante el hallazgo incidental de *situs inversus*.

**Objetivos.** Despertar el interés en la importancia de la versatilidad de la técnica quirúrgica, para afrontar los desafíos que se presenten en el desarrollo de la colecistectomía por vía laparoscópica. Además, presentar nuestra experiencia como escuela, en el procedimiento de colecistectomía laparoscópica con hallazgo incidental de *situs inversus*.

**Materiales.** Se realizó un estudio descriptivo tipo reporte de caso más revisión sistemática de literatura.

**Resultados.** Paciente femenina de 30 años de edad a quien se le practicó una colecistectomía laparoscópica con hallazgo incidental de *situs inversus*. Fue necesaria la modificación de la disposición del equipo completo de trabajo, así como también el abordaje y técnica quirúrgica, exigiendo al cirujano diestro la realización del procedimiento de manera inusual. El procedimiento fue desarrollado sin complicaciones, finalizando satisfactoriamente.

**Conclusiones.** El cirujano debe tener capacidad resolutoria en este tipo de hallazgos incidentales, basado en el conocimiento científico y en la versatilidad de la técnica quirúrgica, con el fin de garantizar el éxito del procedimiento y la seguridad del paciente.

### 03 – ID371

#### **Manejo quirúrgico tradicional del pseudoquistes pancreático en el siglo XXI, reporte de un caso**

*Catalina Castañeda Motta, Felipe Casas Jaramillo, Pablo García, Edgar Fernando Prieto, Alfonso Cruz*  
Universidad de La Sabana, Chía, Cundinamarca  
catalina103\_3@hotmail.com

**Video:** <https://youtu.be/XkKbzsFzaLk>



**Introducción.** El pseudoquiste pancreático se define como una reacción exudativa del parénquima pancreático, sin poseer delineamiento epitelial ni comunicación directa con el conducto pancreático principal. En el 30 % de los casos se presenta como una complicación de la pancreatitis, con una incidencia del 1.6 al 4.5 %. La literatura indica manejo conservador para quistes agudos y de tamaño pequeño, en pacientes asintomáticos. Cuando estas condiciones no se cumplen, está indicado el drenaje percutáneo, endoscópico o quirúrgico. El drenaje quirúrgico, como técnica de derivación interna, permite la comunicación del pseudoquiste con el estómago o el intestino delgado.

**Objetivos.** Demostrar que el uso de la técnica abierta es útil si se realiza de una manera técnicamente rigurosa, ya que se obtienen excelentes resultados y su morbi-mortalidad es tan baja como otras técnicas.

**Materiales.** Presentamos el caso de una paciente con pseudoquiste pancreático sintomático, en la que se decidió abordaje quirúrgico abierto mediante cistogastrostomía.

**Resultados.** El uso del abordaje quirúrgico abierto ha disminuido debido al advenimiento de técnicas laparoscópicas, las cuales se han convertido en el abordaje de elección por su mínima invasión, asociada a altas tasas de éxito. La importancia del caso presentado radica en el éxito del procedimiento por vía abierta, usando una adecuada técnica, a pesar de tratarse de un procedimiento que no ya es de primera elección.

**Conclusiones.** El abordaje quirúrgico abierto sigue siendo de gran relevancia en la actualidad, especialmente cuando otras técnicas no se encuentran disponibles.

## ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA

### 03 – ID66

#### Esofagectomía en tres campos y ascenso gástrico por mínima invasión

*María Clara Arroyave Isaza, Sergio Díaz Rodríguez*

Hospital Clínica Barcelona, España  
sergiolap@yahoo.com

**Video:** <https://youtu.be/2GdguAJSN5w>

**Introducción.** La esofagectomía transhiato esofágico por vía laparoscópica ha sido el procedimiento preferido para las resecciones esofágicas desde que fue descrita hace 20 años. Sin embargo; para cumplir con criterios oncológicos, es necesaria la linfadenectomía mediastinal y subcarinal, para la cual la vía transhiatal es insuficiente. Resecciones esofágicas con disección transtorácica son hoy posibles por vía toracoscópica, evitando el dolor y las complicaciones respiratorias que la toracotomía conlleva. Estas técnicas, que combinan múltiples vías de acceso, son un reto quirúrgico por el nivel de complejidad, pero permiten ofrecer al paciente las ventajas de los procedimientos de mínima invasión (menor morbilidad y mortalidad), sin comprometer la evolución oncológica.

**Objetivos.** Presentar el video quirúrgico de una resección esofágica y ascenso gástrico que combina laparoscopia, toracoscopia y anastomosis cervical por cervicotomía.

**Materiales.** Paciente de sexo femenino de 67 años de edad atendida en la unidad funcional de cáncer de la clínica SOMER, por carcinoma escamocelular de esófago, moderadamente diferenciado, con compromiso circunferencial, localizado a 17 cm del cricofaringeo, en contacto con la tráquea según tomografía, con adenopatías mediastinales, pretraqueales y prevasculares (T3N2M0). Recibió neoadyuvancia.

Primera fase del procedimiento por toracoscopia con paciente en decúbito prono, segunda y tercera fase en decúbito supino por vía laparoscópica, combinada con cervicotomía. Tiempo operatorio 300 minutos. El procedimiento se llevó a cabo sin complicaciones.

**Resultados.** Se presentan video quirúrgico y caso clínico.

Conclusiones. La esofagectomía de mínima invasión en tres campos, con anastomosis gástrica al esófago cervical, es factible.

### 03 – ID68

#### **Resección total de mesorrecto por vía transanal (TaTME)**

*Maria Clara Arroyave Isaza, Sergio Díaz Rodríguez*

Clínica Somer, Medellín  
sergiolap@yahoo.com

**Video:** [https://youtu.be/Nu\\_asXdUtEQ](https://youtu.be/Nu_asXdUtEQ)

**Introducción.** En muchos pacientes con cáncer de recto medio y distal se sacrifican los esfínteres en aras de la resección oncológica. La resección anterior de recto por vía laparoscópica mejoró los alcances quirúrgicos curativos en el tratamiento de cáncer de recto, pero el manejo de la anatomía del recto distal continua presentando grandes dificultades. La técnica quirúrgica que presentamos, se está imponiendo hoy como la mejor opción para el tratamiento de estos tumores por que combina el respeto de los principios oncológicos y la preservación funcional. Este procedimiento permite superar las limitaciones de la resección anterior de recto vía laparoscópica.

**Objetivos.** Presentamos el caso clínico y el vídeo quirúrgico del primer caso de resección total de mesorrecto vía transanal (TaTME) en nuestro centro oncológico.

**Materiales.** Paciente de sexo femenino de 70 años de edad, quien recibió neoadyuvancia por adenocarcinoma invasor del recto, localizado a 5 cm del margen anal.

**Resultados.** Duración de procedimiento quirúrgico: 240 minutos. Estancia hospitalaria posquirúrgica: 5 días. No se presentaron complicaciones.

**Conclusiones.** Se presenta el video con la historia clínica, evolución y técnica quirúrgica detallada.

### 03 – ID106

#### **Gastrectomía total extendida por GIST gigante de la unión esofagogastrica**

*Ana Lucía Castaño Cardona, Carlos H. Morales, René M. Escobar, Juan P. Toro*  
Universidad de Antioquia, Medellín  
analu84@gmail.com

**Video:** <https://youtu.be/RAIpRMbpeRQ>

**Introducción.** La resección quirúrgica de los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) de la unión esófago-gástrica tiene especial consideración por ser técnicamente más demandantes, más aún en lesiones de gran tamaño.

**Objetivos.** Mostrar a través de un video la técnica quirúrgica utilizada para la resección de un GIST gigante de la unión esofagogastrica por vía laparoscópica.

**Materiales.** Presentación de un video que ilustra una gastrectomía total extendida por vía laparoscópica por GIST gigante de la unión esófago-gástrica, siguiendo principios oncológicos.

**Resultados.** Paciente de sexo masculino de 52 años de edad, con historia de epigastralgia, pérdida de peso y episodios intermitentes de melenas, a quien diagnosticaron un tumor fusocelular ulcerado de la unión esofagogastrica. Se realizó resección laparoscópica con asistencia endoscópica intraoperatoria, sin complicaciones durante el procedimiento. El reporte de patología confirmó un GIST de 6x5x5 cm de diámetro, con márgenes libres, 0/13 ganglios positivos. Tuvo buena evolución en 4 meses de seguimiento, recibiendo Imatinib.

**Conclusiones.** La resección laparoscópica de los tumores estromales gastrointestinales del estómago es un procedimiento efectivo y seguro. Este caso demuestra que a pesar de ser un desafío técnico, no solo por su tamaño si no por su localización, este tipo de abordaje respeta los principios

oncológicos y trae mayores beneficios clínicos para el paciente.

### 03 – ID171

#### **Resección anterior baja del recto vía transanal (TaTME)**

*Antonio de Lacy, María Clara Arroyave, Borja De Lacy*

Hospital Clinic, Barcelona  
mariaclara\_arroyave@yahoo.com

**Video:** <https://youtu.be/ltNrwqKCyW8>

**Introducción.** La resección total del mesorrecto vía transanal (TaTME) está disponible hoy para solucionar varias de las dificultades de las técnicas previas en la cirugía de tumores de recto. Puede ser realizada por un grupo quirúrgico único o, cuando se dispone de dos equipos quirúrgicos, por vía abdominal y rectal simultáneamente (técnica de Cecil).

**Objetivos.** Se presenta el caso clínico y el video quirúrgico de una paciente operada por esta técnica TaTME.

**Materiales.** Paciente de 83 años de edad de sexo femenino, con antecedentes de dislipidemia, hipertensión arterial y esófago de Barrett, e historia de sangrado rectal. La colonoscopia mostró un tumor de recto a 7 cm del ano con estenosis y la biopsia reportó adenocarcinoma. La resonancia magnética mostró un tumor T3N1 y la tomografía, metástasis pulmonar resecable. Recibió neoadyuvancia con respuesta moderada (T2N1).

**Resultados.** Resultado de patología quirúrgica: Adenocarcinoma con fibrosis moderadamente diferenciado. Mesorrecto completo. Márgenes libres. Sin ganglios comprometidos. T2N0. Alta hospitalaria en el quinto día posoperatorio y cierre de ileostomía un mes después.

**Conclusiones.** Se presenta el video de resección anterior baja del recto por vía simultánea transanal y abdominal (Cecil).

### 03 – ID196

#### **Tumor sólido pseudopapilar de páncreas. Tratamiento laparoscópico.**

*Luis Fernando Álvarez Chica, Juan Manuel Rico Juri, Sonia Alejandra Carrero Rivera*  
Centro Médico Imbanaco, Cali  
lvalvarez@imbanaco.com.co

**Video:** <https://www.youtube.com/watch?v=dRNT2cQTChc>

**Introducción.** La cirugía de mínima invasión también es el estándar de oro para resecciones quirúrgicas del cuerpo y la cola del páncreas, facilitando la disección y la división del páncreas.

**Objetivos.** Mostrar la factibilidad de la cirugía de mínima invasión en el tratamiento de tumores del cuerpo y la cola del páncreas.

**Materiales.** Paciente de 30 años de edad quien consulta por cuadro de tres meses de evolución de dolor abdominal en mesogastrio, trayendo ecografía abdominal que muestra una masa en límites del páncreas. Se tomó tomografía de abdomen que mostró “en contacto con la cola del páncreas, asas intestinales y la curvatura mayor del estómago, se identifica una lesión de paredes calcificadas con realce heterogéneo y algunas imágenes quísticas redondeadas en su interior, con morfología bilobulada que desplaza y en contacto con el hilio esplénico y el ángulo esplénico del colon de 50x40x46 mm”. Endoscopia alta mostró compresión sobre la cara posterior del estómago.

**Resultados.** Se indicó practicar pancreatectomía distal con esplenectomía. Se muestran los detalles técnicos y el inicio de la disección en el ángulo esplénico del colon y en sentido de las agujas del reloj, haciendo énfasis en 4 aspectos técnicos fundamentales para tratar de minimizar la aparición de fistula pancreática.

**Conclusiones.** Las técnicas de mínima invasión tienen aplicación en tumores pancreáticos. El reporte de patología luego de inmunohistoquímica

fue un tumor sólido pseudopapilar de páncreas con bajo potencial de malignidad.

### 03 – ID298

#### **Feocromocitoma, reporte de un caso**

*Ortiz Douglas O., Paula A. Vélez, Fabio H. Martínez, Mario González, Andrés Zapata*

Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá, D.C.

pau.velca@gmail.com

**Video:** <https://youtu.be/cYaHqtSnPZ4>

**Introducción.** En el estudio de hipertensión arterial secundaria es probable detectar masas suprarrenales, de las cuales el 90 % son benignas, como el feocromocitoma, adenoma suprarrenal y tumores productores de glucocorticoides. El feocromocitoma tiene una prevalencia de dos casos por millón de habitantes y se caracteriza por causar los síntomas típicos de liberación episódica de catecolaminas.

**Objetivos.** Describir un caso de hipertensión arterial secundaria en paciente con feocromocitoma.

**Materiales.** Se realiza reporte de caso basado en historia clínica, exámenes de laboratorio, imágenes y procedimiento quirúrgico de un paciente que ingresa al Hospital universitario clínica San Rafael en el año 2016.

**Resultados.** Paciente masculino de 16 años de edad, procedente de Bogotá, quien ingresa con cuadro de 2 semanas de parálisis facial periférica derecha. Se le encuentra con hipertensión arterial e hipocaliemia y perfil de catecolaminas sugestivo de feocromocitoma, por lo que se solicita una resonancia magnética (RNM) de abdomen, que revela lesión en glándula suprarrenal izquierda que soporta el diagnóstico de feocromocitoma. Se inició manejo prequirúrgico con medicamentos bloqueadores alfa y beta y se realizó laparoscopia con resección completa de la masa suprarrenal y grasa peri-renal adyacente.

**Conclusiones.** En el 5 % al 10 % de los pacientes con hipertensión arterial se sospechará una causa secundaria como origen, cuando sea severa, de difícil manejo, refractaria a la terapia o en menores de 20 o mayores de 55 años. El feocromocitoma se cataloga como tumor benigno, pero con un comportamiento maligno, por lo que su manejo suele ser quirúrgico, con suprarrenalectomía, la cual se llevó a cabo por laparoscopia.

### 03 – ID319

#### **GIST gástrico: resección trans-gástrica laparoscópica**

*Catalina Pineda Garcés, Alejandro Carvajal*

*López, Juan Camilo Correa Cote*

Universidad de Antioquia, Medellín

catapi@hotmail.com

**Video:** [https://youtu.be/0CyB87cN\\_H8](https://youtu.be/0CyB87cN_H8)

**Introducción.** La resección de un GIST gástrico por laparoscopia es aceptada para aquellos menores de 10 cm de diámetro. Existen localizaciones de las lesiones que aún permanecen como un desafío quirúrgico, siendo necesaria una gastrectomía total o subtotal, según el caso o riesgo de estenosis si se realiza resección en cuña. La cirugía trans-gástrica por laparoscopia se presenta como una alternativa para la resección solo de la lesión, preservando la continuidad del tracto gastrointestinal, disminuyendo morbilidad y pérdida sanguínea.

**Objetivos.** Ilustrar el caso de un paciente con GIST gástrico localizado en el fundus, a quien se le realizó resección laparoscópica transgástrica.

**Materiales.** En el vídeo del procedimiento se hace énfasis en pasos claves, como la ubicación y técnica de los puertos transgástricos, la creación del neumogastro y la resección de la lesión con extracción en endobolsa.

**Resultados.** Paciente de sexo masculino con diagnóstico incidental de GIST gástrico localizado en el fundus, de 6 cm de diámetro. Se realiza ciru-

gía electiva de resección laparoscópica transgástrica de la lesión. El paciente tiene una evolución clínica favorable, con alta hospitalaria temprana. Se describen los pasos más importantes, como la creación de los puertos intragástricos y la cuidadosa manipulación de la lesión.

**Conclusiones.** Presentamos una técnica quirúrgica segura, posible y efectiva para la resección de GIST gástrico localizados en áreas especiales, como aquellos cercanos a la unión esófagogástrica, disminuyendo estancia hospitalaria, dolor, sangrado y preservando la función gastrointestinal.

### 03 – ID326

#### **Gastrectomía radical laparoscópica con disección ganglionar D2**

*Andrés Hanssen Londoño, Sergio Plotnikov, Geylor Acosta, Diana Viettri, Jairo Noya*  
Instituto Médico La Floresta, Caracas, Venezuela  
anhanssen@gmail.com

**Video:** [https://youtu.be/90MS\\_uSrm98](https://youtu.be/90MS_uSrm98)

**Introducción.** La cirugía de invasión mínima en casos de cáncer gástrico ha sido cuestionada por algún tiempo, sin embargo, literatura reciente la propone como una alternativa válida para el tratamiento quirúrgico en estos casos.

**Objetivos.** Presentar la técnica quirúrgica de la gastrectomía subtotal distal laparoscópica con disección ganglionar D2.

**Materiales.** Presentamos un vídeo didáctico que muestra la técnica quirúrgica empleada en la intervención de una paciente femenina de 24 años de edad con diagnóstico de adenocarcinoma gástrico poco diferenciado estadio III.

**Resultados.** El tiempo quirúrgico fue de 180 minutos; se inició vía oral el primer día postoperatorio y el egreso ocurrió el tercer día. Se obtuvo espécimen quirúrgico de gastrectomía subtotal distal con márgenes quirúrgicos negativos y linfadenec-

tomía de 23 ganglios, tres de ellos con infiltración neoplásica.

**Conclusiones.** La gastrectomía radical laparoscópica es una alternativa válida en pacientes con cáncer gástrico, respetando los principios oncológicos requeridos, con mejor evolución postoperatoria que la cirugía convencional.

### 03 – ID374

#### **Manejo laparoscópico de feocromocitoma de la glándula suprarrenal derecha**

*Gabriel Eduardo Herrera, Juan Manuel Zambrano, Sergio Alfonso Valencia*  
Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C.  
gaboe@yahoo.com

**Video:** <https://youtu.be/o9rV9-UtVSg>

**Introducción.** Los feocromocitomas son tumores infrecuentes, productores de catecolaminas, que puede asociarse a comportamiento maligno. Un adecuado manejo intraoperatorio consiste en la resección completa del tumor, evitando romper su capsula.

**Objetivos.** Presentar un video detallando el manejo intraoperatorio de un feocromocitoma de glándula suprarrenal derecha.

**Materiales.** Paciente masculino de 64 años de edad, con hallazgo incidental de masa en glándula adrenal derecha. Se realizaron estudios imagenológicos encontrando una masa suprarrenal derecha con degeneración quística, con componente sólido, de comportamiento hipervasculoso. Se realizaron estudios bioquímicos encontrando una marcada elevación de normetanefrinas en plasma y orina, confirmado así el diagnóstico de feocromocitoma. No había signos de metástasis en los estudios de extensión. Se preparó el paciente con hidratación, alfa y beta bloqueo y se llevó a cirugía.

**Resultados.** En cirugía se encontró una masa adrenal de 5 cm de diámetro. El paciente presentó

estabilidad hemodinámica y fue dado de alta en el segundo día postoperatorio, con adecuada evolución postoperatoria. El reporte de patología confirmó un feocromocitoma, de patrón de crecimiento difuso, score de PASS 2/20, por lo que se considera benigno.

**Conclusiones.** Un cuidadoso estudio de lesiones adrenales, con adecuada preparación preoperatoria, permite realizar un procedimiento más seguro. Los tumores adrenales, como los feocromocitomas, deben resecarse con minuciosa técnica quirúrgica, para evitar la ruptura de la cápsula y posible diseminación tumoral.

## CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA

### 03 – ID6

#### **Pancreatectomía distal con preservación de bazo por laparoscopia**

*Julieta Correa Restrepo, Daniela Sierra, Carlos H. Morales, Juan P. Toro*  
 Universidad de Antioquia, Medellín  
 Julieta.correa@udea.edu.co

**Video:** <https://youtu.be/3xowyp9Tdrw>

**Introducción.** La resección de insulinomas de cuerpo y cola de páncreas se puede realizar de forma exitosa por vía laparoscópica. La preservación de bazo implica un mayor desafío quirúrgico pero representa menor morbilidad para el paciente.

**Objetivos.** Ilustrar los pasos críticos de la pancreatectomía distal con preservación de bazo.

**Materiales.** Se presenta el video de una pancreatectomía distal vía laparoscópica con preservación de bazo por insulinoma. El video ilustra los pasos críticos del procedimiento, con énfasis en la disección fina y separación de los vasos esplénicos.

**Resultados.** Paciente femenina de 51 años de edad con diagnóstico de hipoglicemia hiperinsulinémica severa y lesión nodular entre cuerpo y cola

de páncreas, sugestiva de insulinoma. Es llevada a pancreatectomía distal con preservación de bazo con una técnica de 4 puertos. Se hace disección cuidadosa de arteria y vena esplénica con reparos con vessel loops, y división del parénquima pancreático con endograpadora. Presenta excelente evolución postoperatoria, no hubo fistula pancreática ni otras complicaciones. Presentó resolución inmediata de la hipoglicemia y se dió alta a los 4 días con buen control metabólico. El reporte de patología confirma tumor neuroendocrino bien diferenciado, resección R0.

**Conclusiones.** El insulinoma es un tumor neuroendocrino del páncreas que requiere resección quirúrgica. El abordaje mínimamente invasivo supone menor morbilidad que la técnica abierta y ofrece una mejor visualización para la disección vascular, lo cual facilita la preservación esplénica en casos seleccionados.

### 03 – ID42

#### **Colecistectomía laparoscópica híbrida NOTES transvaginal asistida con imanes**

*Andrés Hanssen Londoño, Geylor Acosta, Sergio Plotnikov, José Gregori*  
 Instituto Médico la Floresta, Caracas, Venezuela  
 anhanssen@gmail.com

**Video:** [https://youtu.be/jzS\\_wn8G2tY](https://youtu.be/jzS_wn8G2tY)

**Introducción.** La colecistectomía laparoscópica es actualmente el método estándar para la remoción de la vesícula biliar. La tendencia actual en el mundo es disminuir el número y tamaño de incisiones abdominales, manteniendo o incluso mejorando la calidad de vida del paciente.

**Objetivos.** Evaluar la factibilidad de realizar colecistectomía laparoscópica híbrida NOTES transvaginal asistida con imanes, de manera segura, eficiente y estandarizada, respetando los aspectos técnicos de la colecistectomía laparoscópica clásica.

**Materiales.** Criterios de inclusión: Pacientes femeninas mayores de 18 años que hayan iniciado vida sexual activa, con diagnóstico de litiasis vesicular. Obtención de consentimiento informado. Criterios de exclusión: Colecistitis aguda, antecedente de cirugía abdominal abierta en área pélvica o en abdomen superior (no incluye cesáreas o histerectomías), Índice de masa corporal mayor de 30 Kg/m<sup>2</sup>, Sospecha de litiasis de vía biliar principal o indicación de colangiografía intra-operatoria.

**Técnica quirúrgica:** Bajo visión laparoscópica por puerto umbilical, se procede al acceso transvaginal con trocar óptico de obesidad de 12mm, sustitución de este con dispositivo Triport® (Olympus), retracción del fondo vesicular asistida con imanes, colecistectomía laparoscópica híbrida NOTES, extracción de la pieza por vía vaginal, síntesis de la colpotomía y de herida umbilical.

**Resultados.** Se muestra en el video la factibilidad de realizar colecistectomía mediante abordaje laparoscópico híbrido NOTES transvaginal, asistiendo la intervención mediante la retracción del fondo vesicular con auxilio de magnetos.

**Conclusiones.** La realización de colecistectomía mediante abordaje laparoscópico híbrido NOTES transvaginal, asistiendo la intervención mediante la retracción del fondo vesicular con auxilio de magnetos es factible, pudiendo reproducir los aspectos técnicos de las colecistectomías laparoscópicas a múltiples portales.

### 03 – ID63

#### **Desbridamiento de necrosis pancreática video asistida por vía retroperitoneal**

*Liliana Cuevas, Maria Camila Azula Uribe*  
Pontificia Universidad Javeriana; Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá  
azulam89@gmail.com

**Video:** <https://www.youtube.com/watch?v=rYcY2dIWkvQ>

**Introducción.** La técnica videoasistida por vía retroperitoneal o VARD (por sus siglas en inglés), consiste en crear un trayecto retroperitoneal mediante un dren previamente posicionado en la colección peripancreática. Posteriormente, se realiza dilatación de este trayecto para efectuar el desbridamiento y lavado de la necrosis pancreática. Se ha visto en series muy pequeñas que las complicaciones posoperatorias se presentan en menos del 5%, con morbilidad de 10-20 % y mortalidad del 0-20 %, con un riesgo de conversión a abierta de menos del 10 %.

El siguiente video muestra el caso de un paciente masculino de 42 años de edad, con necrosis pancreática aguda sobreinfectada, a quien se le realiza drenaje percutáneo como parte inicial de un enfoque escalonado de la necrosis pancreática. Posteriormente es llevado a VARD, con resolución completa de la patología y sin morbilidad asociada al procedimiento.

**Objetivos.** Mostrar una técnica innovadora, mínimamente invasiva, como parte del manejo de la necrosis pancreática.

**Materiales.** No aplica.

**Resultados.** Resolución completa de la necrosis pancreática, sin morbilidad asociada.

**Conclusiones.** La técnica videoasistida por vía retroperitoneal o VARD puede ser un procedimiento seguro para el manejo de la necrosis pancreática.

### 03 – ID74

#### **Control de daños laparoscópico en paciente con hernia paraesofágica tipo IV secundaria a esofagectomía por mínima invasión**

*Evelyn Dorado, Jesica Correa, Natalia Esmeral*  
Fundación Valle del Lili, Cali  
doradofamilia@gmail.com

**Vídeo:** <https://youtu.be/znHe8JR17r8>

**Introducción.** La cirugía de control de daños es frecuentemente usada en cirugía de trauma, pero su concepto también es válido en casos laparoscópicos. La esofagectomía mínimamente invasiva es una cirugía compleja y la hernia paraesofágica con encarcelación aguda puede ser una complicación para estos pacientes.

**Objetivos.** Describir el manejo laparoscópico con control de daños en una paciente con hernia paraesofágica tipo IV con necrosis intestinal.

**Materiales.** Paciente de 63 años de edad con antecedente de miotomía vía toracotomía por acalasia hace 20 años, quien consultó por megaesofago y regurgitación, por lo que se programó para esofagectomía en prono, en tres campos por mínima invasión, tolerando el procedimiento.

**Resultados.** La paciente presentó disnea súbita que ameritó intubación orotraqueal; la tomografía de tórax identificó una hernia paraesofágica tipo IV, con asas de intestino en el hemitórax izquierdo, por lo que remiten a la FVL. Se programó para cirugía por laparoscopia, evidenciando no dilatación del hiato pero encarcelamiento del intestino delgado, que se redujo, con evidencia de necrosis intestinal. Posterior a la liberación de las asas y lavado del tórax, la paciente se torna inestable, acidótica y requiere dosis altas de vasopresores, por lo que se decide ligar el intestino con sutura mecánica y remitir a la UCI para reanimación. Luego de 36 horas se revisa por laparoscopia, se realiza la anastomosis y la paciente se recupera exitosamente.

**Conclusiones.** La cirugía de control de daños es una herramienta útil en casos de emergencia, manejadas por mínima invasión.

### 03 – ID76

#### **Adrenalectomía retroperitoneal laparoscópica por hiperaldosteronismo primario. Experiencia en Fundación Valle del Lili**

*Evelyn Dorado, Jesica Correa, Natalia Esmeral, Guillermo Guzmán*  
Fundación Valle del Lili, Cali  
doradofamilia@gmail.com

**Video:** <https://youtu.be/8uA3CZYHWhU>

**Introducción.** El hiperaldosteronismo primario o enfermedad de Conn tiene una incidencia del 10% dentro de las causas de hipertensión arterial; el 70% está relacionada con adenoma. Sus síntomas y signos son hipertensión, hipocalemia y fatiga.

**Objetivos.** Describir la técnica quirúrgica y los resultados de la adrenalectomía retroperitoneal por vía posterior.

**Materiales.** Estudio descriptivo. En el periodo entre abril de 2015 y febrero de 2017 se han operado 8 pacientes (4 hombres y 4 mujeres) con diagnóstico imaginológico (tomografía y resonancia magnética) de adenoma adrenal y bioquímico en cateterización de la vena adrenal de hiperaldosteronismo. Todos los pacientes tenían hipertensión arterial de difícil manejo, hipocalemia y calambres. Una paciente tenía historia de colectomía por cáncer de colon y eventrorrafia con malla por eventración.

**Resultados.** En prono se identifican los bordes anatómicos donde posicionar los trocares, se usan dos de 12 mm y uno de 5 mm. Luego con un balón de disección se crea el espacio preperitoneal y se disecciona hasta identificar el polo superior renal; posteriormente se identifica la glándula adrenal y se procede a clipar con hemolock® de 5 mm la vena adrenal media y se finaliza la disección con bipolar. El tiempo operatorio fue de 30 +- 15 minutos. Se inició vía oral a las 4 horas y al siguiente día se dio de alta con recomendaciones. Ningún paciente ameritó conversión o presentó alguna complicación postquirúrgica.

**Conclusiones.** La cirugía mínimamente invasiva es el estándar para la gran mayoría de procedimientos. Las ventajas de las técnicas retroperi-



toneales es que son más rápidas y el paciente no tiene los efectos del gas en la cavidad peritoneal, a diferencia de los abordajes anteriores, además de tener excelentes resultados estéticos.

### 03 – ID96

#### **Cuatro técnicas quirúrgicas de esofagoyeyunostomía en gastrectomía total laparoscópica**

*Liliana Suárez, Manuel Riveros, Raúl Guevara*  
Clínica Universitaria Colombia, Bogotá, D.C.  
lilianasuarezo@gmail.com

**Video:** <https://youtu.be/d1RoQm-JQD0>

**Introducción.** Mostraremos cuatro diferentes técnicas quirúrgicas para la realización de la esofagoyeyunostomía en la gastrectomía total laparoscópica.

**Objetivos.** Mostrar cuatro opciones para la realización de una esofagoyeyunostomía en una gastrectomía total laparoscópica, que les da a los cirujanos generales diferentes alternativas para ser aplicadas según la infraestructura del centro de práctica.

**Materiales.** Se presentan cuatro videos de diferentes técnicas quirúrgicas de esofagoyeyunostomía durante gastrectomía total por laparoscopia, derivados de nuestra experiencia en 5 años en la Clínica Colombia. Dos de estas son terminolaterales con grapadora circular, una con dispositivo Orvil® y la otra con jareta manual. Dos técnicas son de anastomosis laterolateral con endograpadora lineal.

**Resultados.** En los últimos 5 años hemos realizado 75 gastrectomías totales en la Clínica Colombia, lo que nos ha permitido explorar diferentes técnicas quirúrgicas basadas en las necesidades del paciente, las preferencias del cirujano y los recursos disponibles en el momento.

**Conclusiones.** En la realización de la gastrectomía total existen varias técnicas quirúrgicas de esofagoyeyunostomía que pueden ser usadas sin alterar

los resultados para el paciente y que permiten ser adaptadas a las diferentes instituciones, según los recursos disponibles y preferencia del cirujano.

### 03 – ID102

#### **Técnicas mínimamente invasivas para las anastomosis esófago-yeyunales**

*Rodrigo Castaño Llano, Camilo Naranjo Salazar, Camilo Vásquez Maya, Carlos López*  
Universidad CES, Medellín  
canasa89@gmail.com

**Video:** <https://www.youtube.com/watch?v=JCwO3qOJNVs&feature=youtu.be>

**Introducción.** La técnica para la anastomosis esofagoyeyunal para la reconstrucción del tracto digestivo tras la gastrectomía total por laparoscopia, es un procedimiento complejo, con múltiples alternativas para su realización.

**Objetivos.** Describir las diferentes técnicas disponibles para realizar las anastomosis esófago-yeyunales en cirugía mínimamente invasiva.

**Materiales.** La técnica para la anastomosis esofagoyeyunal para la reconstrucción del tracto digestivo tras la gastrectomía total por laparoscopia incluye dos categorías, las realizadas manualmente y las técnicas con grapadoras. A su vez, las técnicas con grapadoras pueden ser: con grapadora circular o lineal. La anastomosis con grapadora circular incluye variantes técnicas, como la anastomosis con jareta manual, jareteadora mecánica, inserción transoral del anvil (OrVil®) y la técnica con la punción reversa. La técnica con grapadora lineal se hace latero lateral. Estas diferentes técnicas de anastomosis esófago-yeyunales tienen fortalezas y limitaciones en su uso, las cuales son discutidas.

**Resultados.** En esta presentación se muestran las diferentes alternativas para la anastomosis esófago-yeyunal y se discuten aspectos técnicos de la misma, mostrando una breve experiencia comparativa entre las técnicas aplicadas, así como las po-

tenciales complicaciones intraoperatorias y en el seguimiento de los pacientes.

**Conclusiones.** Existen diversas formas de confeccionar una anastomosis esófago-yeyunal, cada una con sus propias ventajas y desventajas, pero con resultados equiparables en la literatura. Por lo tanto, la elección del método dependerá de la experiencia del cirujano y el conocimiento de la técnica a utilizar.

### 03 – ID107

#### **Incisión de relajación en diafragma mas parche de fascia lata en hernia hiatal recurrente**

*Ana Lucía Castaño Cardona, Carlos H. Morales, René M. Escobar, Juan P. Toro*  
Universidad de Antioquia, Medellín  
analu84@gmail.com

**Video:** <https://youtu.be/sejddVZig6w>

**Introducción.** El manejo de la hernia hiatal recurrente es un reto quirúrgico. Las incisiones de relajación diafragmáticas y el uso de malla son opciones descritas para evitar la tensión en el reparo primario. El uso de injerto de fascia lata cadavérica es una técnica novedosa que puede reducir las complicaciones asociadas a las mallas sintéticas.

**Objetivos.** Mostrar a través de un video cómo el uso de injerto de fascia lata cadavérica es una técnica novedosa para el manejo de la hernia hiatal recurrente con incisiones de relajación.

**Materiales.** Se presenta en video la reparación de una hernia hiatal recurrente con incisión de relajación en el diafragma izquierdo y el cubrimiento del defecto con injerto de fascia lata, para facilitar el cierre sin tensión de los pilares.

**Resultados.** Paciente de sexo femenino, de 56 años de edad, con dos cirugías antirreflujo laparoscópicas previas. Ahora con RGE severo por síntomas y pHmetría. Se confirmó segunda recurrencia de la hernia hiatal por estudio endoscópico e imagenológico. Fue llevada al procedimiento

descrito, por vía laparoscópica, sin complicaciones. Se logró alta temprana y actualmente hay resolución completa de síntomas en los primeros 5 meses de seguimiento.

**Conclusiones.** Las incisiones de relajación en el diafragma y el uso de materiales biológicos como la fascia lata, son estrategias quirúrgicas viables para la reparación de hernias hiatales recurrentes, que representan un verdadero desafío, aun en manos de expertos.

### 03 – ID199

#### **Quiste esplénico no parasitario. Presentación de un caso**

*Adriana Córdoba, Juan camilo Ramírez, Fernando Mauricio Ulloa Gordon, Juan Pablo Charry Bahamón*

Hospital San José; Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, D.C.  
acordoba@fucsalud.edu.co

**Video:** [https://youtu.be/sBkcru08\\_RE](https://youtu.be/sBkcru08_RE)

**Introducción.** El quiste esplénico no parasitario es una entidad muy poco frecuente, lo que hace difícil determinar su verdadera incidencia, siendo aproximadamente el 2.5 % de todas las lesiones quísticas esplénicas. Suelen localizarse con mayor frecuencia en el polo superior del bazo.

**Objetivos.** Exponer nuestra experiencia en el manejo quirúrgico, por vía laparoscópica, de un quiste esplénico no parasitario.

**Materiales.** Presentar un paciente con un quiste esplénico, su presentación clínica, el enfoque diagnóstico, estudio preoperatorio, técnica quirúrgica, evolución postoperatoria y estado actual del paciente y la revisión de la literatura al respecto.

**Resultados.** Se presenta el caso clínico mostrando un tiempo operatorio y estancia hospitalaria cortos, con resolución de la sintomatología, sin complicaciones posteriores y el seguimiento por consulta externa.

**Conclusiones.** Los quistes esplénicos no parasitarios son una entidad muy poco frecuente, lo que limita el desarrollo de protocolos específicos de tratamiento y seguimiento a largo plazo. El objetivo del tratamiento quirúrgico de los quistes no parasitarios del bazo debe ser la preservación de la función esplénica en especial en pacientes jóvenes. El método recomendado es la esplenectomía parcial por laparoscopia; reservando la esplenectomía total para casos en los que la viabilidad y funcionalidad del órgano se vean técnicamente comprometidas.

### 03 – ID294

#### **Manejo de la hernia paraesofagica aguda en paciente con antecedente de intervención**

*Ricardo Nassar, Juan David Hernández, Juan David Linares, Andrés Mauricio García, Ernesto Pinto*

Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C.  
am.garcia987@uniandes.edu.co

**Video:** <https://youtu.be/dd7yysZwTIU>

**Introducción.** Las hernias paraesofágicas agudas son hallazgos poco usuales en la clínica, sin embargo, las hernias deslizantes constituyen el 95% de los casos reportados en la literatura. Cuando ocurre vólvulo gástrico, los pacientes requieren cirugía de urgencia. La tasa de recurrencia para la reparación oscila entre el 2 al 12% y el procedimiento permanece como uno de los retos para los cirujanos en pacientes con antecedente de reparación.

**Objetivos.** Presentar el manejo laparoscópico de la hernia paraesofágica aguda en un paciente con antecedente de reparación quirúrgica.

**Materiales.** Paciente femenina con antecedente de corrección de hernia hiatal tipo 2 hace 9 meses. Ingresó por presentar atoramiento, dolor y vomito persistente, y en la tomografía se evidencia ascenso del fundus gástrico a la cavidad torácica, con probable desgarro de la rama del pilar izquierdo.

**Resultados.** Se encontró una hernia hiatal por deslizamiento reproducida, con saco herniario conteniendo cuerpo y fundus gástrico, sin necrosis con volvulación organoaxial gástrica. Se corrigió la hernia hiatal por deslizamiento con devolvulación gástrica organoaxial y gastropexia posterior de tipo Hill modificado. Requirió manejo en unidad de cuidados intensivos con evolución satisfactoria. Es dada de alta a los 5 días.

**Conclusiones.** La utilización de esta técnica quirúrgica en pacientes con recurrencia y edematización de los tejidos permite obtener resultados satisfactorios en términos de morbilidad asociada y número de días de estancia hospitalaria.

### 03 – ID303

#### **Adrenalectomía derecha por laparoscopia**

*Carlos Felipe Gómez Quintero, Luis Alejandro Guevara*

Clínica del Country, Bogotá, D.C.  
pipeq@hotmail.com

**Video:** <https://www.youtube.com/watch?v=8NAs8S0O2KA&t=4s>

**Introducción.** Las lesiones neoplásicas de las glándulas suprarrenales generalmente son hallazgos incidentales en estudios imagenológicos de patologías intrabdominales. Sin embargo, durante el estudio endocrinológico juicioso de patologías asociadas a la hipertensión arterial de difícil control, se hace necesario complementar el abordaje diagnóstico con una tomografía para estudiar las glándulas suprarrenales. Es allí donde se identifican adenomas suprarrenales funcionantes, cuyo tratamiento repercute finalmente en el control de la enfermedad de base.

**Objetivos.** Promover el estudio imagenológico de las glándulas suprarrenales para la hipertensión arterial, con el fin de confirmar o descartar patologías asociadas que dificulten el adecuado tratamiento y control de la misma.

**Materiales.** Paciente de 35 años de edad, con hipertensión arterial de difícil manejo, remitida al servicio de endocrinología, donde se realizan estudios con tomografía abdominal y resonancia nuclear, poniendo en evidencia una lesión de 3,6 cm de diámetro en la glándula suprarrenal derecha, complementándose su estudio con pruebas diagnósticas de laboratorio y química sanguínea, y concluyéndose que se trata de un adenoma suprarrenal derecho.

**Resultados.** La paciente es llevada a cirugía, donde se realizó una adrenalectomía derecha por laparoscopia, con tiempo quirúrgico de 60 minutos, sin complicaciones quirúrgicas, evolucionando satisfactoriamente y siendo dada de alta a los cuatro (4) días postoperatorios. Posteriormente, en controles endocrinológicos, fue posible disminuir, tanto el número de medicamentos antihipertensivos, como la dosis y la frecuencia de los mismos.

**Conclusiones.** El estudio de las glándulas suprarrenales, debe ser considerado en todo paciente con hipertensión arterial de difícil manejo.

### 03 – ID305

#### **Cirugía de Ivor Lewis mínimamente invasivo, anastomosis latero-lateral por toracoscopia**

*German Antonio Rosero, Francisco Javier Henao, Natalia Cortés Murgueitio*

Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D.C.  
ncortesm24@gmail.com

**Video:** <https://youtu.be/sv6HnJzMbPI>

**Introducción.** La esofagectomía para el manejo del cáncer de esófago es un procedimiento complejo con morbilidad importante. El abordaje mínimamente invasivo busca disminuir esta última. Actualmente, existen numerosas variaciones de las técnicas de esofagectomía laparoscópica y laparoscópica-toracoscópica optimizando sus pasos para mejorar los tiempos con buenos resultados quirúrgicos y oncológicos.

**Objetivos.** Presentar el caso de un paciente manejado con esofagectomía de mínima invasión, haciendo énfasis en la realización de la anastomosis latero-lateral por vía toracoscópica.

**Materiales.** Se trata de paciente de 74 años de edad con cuadro de 7 meses de evolución de disfagia progresiva hasta afagia, asociado a dolor epigástrico y pérdida de 10 kg. La endoscopia de vías digestivas altas evidenció estenosis en tercio distal por lesión exofítica, con patología que confirmó adenocarcinoma tipo intestinal. Se realizaron estudios de extensión negativos para metástasis

**Resultados.** El paciente se llevó a cirugía después de recibir 14 días de nutrición prequirúrgica. Se realizó abordaje laparoscópico para la liberación del hiato y construcción de calle gástrica. Se continuó por toracoscopia, con el paciente en prono, liberando circunferencialmente el esófago, ligando la vena ácigos para lograr mayor longitud y realizando anastomosis latero-lateral con sutura mecánica sin complicaciones. El esófagograma al día 7 postoperatorio no mostró fuga.

**Conclusiones.** La esofagectomía mínimamente invasiva es técnicamente factible y la realización de la anastomosis latero-lateral por vía toracoscópica plantea una opción diferente y segura para su realización, teniendo en cuenta los recursos disponibles.

### 03 – ID306

#### **Esofagectomía transhiatal laparoscópica**

*Andrés Hanssen Londoño, Sergio Plotnikov, Geylor Acosta, Jairo Noya, Diana Viettri*

Instituto Médico la Floresta, Caracas, Venezuela  
anhanssen@gmail.com

**Video:** <https://youtu.be/aKWDEZNVtaE>

**Introducción.** Las lesiones neoplásicas del esófago representan un reto terapéutico y con frecuencia la cirugía constituye un tratamiento paliativo cuya finalidad es la restitución de la vía oral y me-

jorar la calidad de vida. Se han propuesto diversos abordajes quirúrgicos para estas intervenciones. La esofagectomía transhiatal laparoscópica es una de estas opciones.

**Objetivos.** Mostrar aspectos de la técnica quirúrgica de la esofagectomía transhiatal laparoscópica.

**Materiales.** Presentamos el caso de un paciente masculino de 35 años de edad, con diagnóstico de adenocarcinoma bien diferenciado de esófago distal. Los estudios preoperatorios lo clasificaron como T4,N3aM0. Fue sometido a esofagectomía transhiatal laparoscópica. Se presenta la técnica quirúrgica y se discute la evolución.

**Resultados.** El paciente fue sometido a esofagectomía transhiatal laparoscópica con gastrectomía proximal, ascenso gástrico y esófagogastro anastomosis cervical. Requirió de estancia en UCI por 5 días. Presentó fístula de anastomosis esófagogástrica que respondió bien al manejo conservador. Actualmente recibe tratamiento antineoplásico, conserva la vía oral y su calidad de vida es óptima.

**Conclusiones.** La esofagectomía transhiatal laparoscópica es una opción viable y segura para el tratamiento quirúrgico en pacientes con neoplasias del esófago.

### 03 – ID311

#### **Pancreatectomía distal con preservación del bazo por vía mínimamente invasiva**

*German Antonio Rosero, Francisco Javier Henao, Natalia Cortes Murgueitio*

Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D.C.  
ncortesm24@gmail.com

**Video:** <https://youtu.be/UmshB4QiT1I>

**Introducción.** La esplenectomía es tradicionalmente realizada cuando se practica una pancreatectomía distal, dado la íntima relación anatómica con el páncreas distal. Retirar el bazo no está

exento de riesgos, con aumento potencial de infecciones, así como de desarrollar un síndrome de sepsis postesplenectomía, patología con alta mortalidad. La pancreatectomía distal laparoscópica de preservación del bazo está ganando aceptación para el tratamiento de las lesiones benignas y limítrofes.

**Objetivos.** Presentar el caso de una paciente con una masa en la cola del páncreas manejada con pancreatectomía distal, haciendo énfasis en la técnica para disección de los vasos esplénicos, preservando el bazo.

**Materiales.** Se trata de paciente de 68 años de edad con antecedente de cáncer de endometrio, a quien en imágenes de control le encuentran como hallazgo incidental una masa en la cola del páncreas. Se estudió con tomografía de abdomen, resonancia magnética y ecoendoscopia, con hallazgos que confirmaron la lesión, de aproximadamente 3 cm de diámetro, de bordes definidos, a nivel de la cola del páncreas, sugestivas de tumor neuroendocrino.

**Resultados.** Se llevó a cirugía por vía laparoscópica realizando pancreatectomía distal con preservación del bazo, sin complicaciones. Para la disección de los vasos esplénicos se cambió la cámara a diferente trocar lo que permitió siempre una visualización adecuada, con mínimo sangrado intraoperatorio. La estancia hospitalaria fue de 2 días. No se presentaron complicaciones postoperatorias.

**Conclusiones.** La pancreatectomía distal laparoscópica con preservación del bazo es segura y factible para el manejo tumores neuroendocrinos, sin aumento de la morbilidad.

### 03 – ID353

#### **Resección de insulinoma por laparoscopia asistida por robot**

*Rubén Daniel Luna, Carlos Augusto Luna-Jaspe Caina, Oscar Medina, Andrés Mendoza Zuchini, Daniel Gómez Gómez*

Universidad El Bosque - Fundación Abood Shaio, Bogotá  
dagogo05@hotmail.com

**Video:** <http://www.kizoa.es/Editar-Videos-Movie-Maker/d117880111k7098856o111/insulinoma>

**Introducción.** El insulinoma es un tumor neuroendocrino del páncreas, poco frecuente, que se presenta de manera esporádica o hereditaria. Se manifiesta con síntomas neuroglicopénicos e hipoglicémicos, que pueden ser confundidos por patologías psiquiátricas, en algunas ocasiones. Su tratamiento es quirúrgico en la gran mayoría de las ocasiones, encontrando desde la vía abierta hasta la vía laparoscópica. En la literatura actual se han reportado un escaso número de procedimientos asistidos por robot. Se presenta un caso de un paciente a quien se le realiza resección de insulinoma asistida por robot sistema da Vinci.

**Objetivos.** Presentar un caso de una paciente con insulinoma tratada quirúrgicamente por medio de laparoscopia asistida por robot.

**Materiales.** Paciente de 80 años de edad tratada previamente por múltiples comorbilidades psiquiátricas, con triada de Whipple, por lo que se hacen estudios de extensión para localización del tumor.

**Resultados.** Se realiza resección del insulinoma por vía laparoscópica asistida por robot, con mejoría inmediata de su control glicémico. No hay complicación durante el procedimiento y no se evidencian fistulas pancreáticas en el control posoperatorio.

**Conclusiones.** El adecuado juicio clínico es importante para sospechar una patología como esta. Una vez hecho un adecuado diagnóstico, es importante destacar que el uso del robot es seguro en las resecciones de este tipo de tumores.

### 03 – ID419

#### **Método pedagógico. Colectomía laparoscópica**

*Hernando José Coba Barrios*

Universidad de Cartagena. Universidad del Sinú, Cartagena  
nancoba@hotmail.com

**Video:** [https://drive.google.com/file/d/0B\\_Tl\\_f7i-jIs2N2p4WjA5SWZnTTA/view?usp=drive\\_web](https://drive.google.com/file/d/0B_Tl_f7i-jIs2N2p4WjA5SWZnTTA/view?usp=drive_web)

**Introducción.** ¿Es necesario un método pedagógico en la enseñanza de técnicas quirúrgicas para la realización de colectomía laparoscópica?

**Objetivos.** Promover una metodología aplicada a residentes de Cirugía General en la técnica operatoria de la colectomía laparoscópica.

**Materiales.** Se desarrolló un método pedagógico para la enseñanza de la técnica quirúrgica de la colectomía laparoscópica, con movimientos repetitivos y específicos, para los estudiantes de posgrado de Cirugía General de la Universidad de Cartagena y la Universidad del Sinú, con actividades graduales de acuerdo al nivel de formación.

**Resultados.** Aceptación del método, entendimiento del mismo y ascenso permanente en el desarrollo de destrezas por parte de los estudiantes de postgrado de Cirugía General.

**Conclusiones.** El método propuesto es una alternativa pedagógica que ayuda en el aprendizaje de la técnica quirúrgica de la colectomía laparoscópica a residentes de cirugía de todos los niveles de formación.

### 03 – ID426

#### **Reconstrucción laparoscópica de lesión de la vía biliar**

*Oscar A. Guevara, Manuel Moros, Leonardo Carrascal, Deivis López, David Moros, Gabriel Eusse, William Andrade*

Gastroquirúrgica Ltda., Bogotá, D.C.; Clínica Santa Ana, Cúcuta  
oaguevarac@yahoo.com

**Video:** <https://youtu.be/onGixwTAKM>

**Introducción.** Las lesiones de la vía biliar siguen presentándose en una de cada 150 a 500 colecistectomías. Su reparo requiere generalmente un abordaje con incisión amplia del abdomen. Se plantea que el abordaje laparoscópico puede tener ventajas.

**Objetivos.** Presentar la experiencia con un caso de reconstrucción hepático-yeyunal en Y de Roux, en lesión de la vía biliar.

**Materiales.** Video cirugía de paciente de 33 años de edad, con colecistectomía laparoscópica en hospital de 2 nivel. En postoperatorio laparotomía por bilioperitoneo de 1000 ml, lavado y drenaje de la cavidad. La colangiografía posteriormente mostró amputación del conducto hepático común a 1 cm de la confluencia. El paciente reingresa en día 40 postoperatorio, con dren en flanco derecho que producía bilis.

**Resultados.** Se realizó abordaje laparoscópico, encontrando conducto hepático con un clip y punto de sutura, se retiran y se amplía longitudinalmente hacia el conducto hepático izquierdo en 2cm, para realizar reconstrucción tipo Hepp-Couinaud. Sección del yeyuno con sutura mecánica, realización de anastomosis a la vía biliar de 2cm de longitud, con Polidioxanona 5-0, en un plano. Yeyuno-yeyunostomía latero-lateral con sutura mecánica y dren subhepático. Postoperatorio con buen control del dolor, vía oral al día siguiente, salida al día 4 postoperatorio. Control con evolución clínica adecuada al tercer mes.

**Conclusiones.** En casos seleccionados, el abordaje laparoscópico de la reparación de la vía biliar, puede proporcionar un manejo adecuado, con la realización de la anastomosis bajo visión magnificada, con las ventajas adicionales del menor trauma parietal. Se requiere combinar la experiencia

en el manejo de la vía biliar compleja y del abordaje laparoscópico.

### 03 – ID458

#### **Gastroplastia de Collis-Nissen por laparoscopia**

*Juan Camilo Ramírez, Adriana Córdoba, Jaider Polo Pertuz, Carlos Gómez*

Hospital San José; Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, D.C.  
acordoba@fucsalud.edu.co

**Video:** <https://youtu.be/-SRh4LspSNs>

**Introducción.** La cirugía de la hernia hiatal gigante constituye uno de los mayores desafíos que puede enfrentar un cirujano. En algunos casos esta patología se asocia con un esófago corto, condición que puede identificarse cuando al terminar de movilizar totalmente la unión gastroesofágica y efectuar una disección adecuada del esófago en el mediastino, no es posible obtener un segmento suficiente de esófago intraabdominal. En estas circunstancias no es posible hacer la corrección de la hernia y el procedimiento antireflujo sin crear excesiva tensión y correr el riesgo de reproducción en el posoperatorio inmediato y encarcelamiento del fondo gástrico.

**Objetivos.** Presentar el video del caso de una paciente con una hernia hiatal gigante tipo III, en quien no fue posible la reducción total de la unión gastroesofágica al abdomen y requirió una técnica de alargamiento esofágico.

**Materiales.** Presentar el video del caso de una paciente con una hernia hiatal gigante tipo III, en quien no fue posible la reducción total de la unión gastroesofágica al abdomen y requirió una técnica de alargamiento esofágico.

**Resultados.** Mostrar el resultado final después de haber realizado la gastroplastia de Collis con funduplicatura de Nissen en una paciente con una hernia hiatal gigante tipo III.

**Conclusiones.** La gastroplastia de Collis combinada con una funduplicatura, es un procedimiento diseñado ya desde hace varias décadas, para obtener una longitud adecuada de esófago intraabdominal y lograr realizar una reconstrucción libre de tensión.

## TRAUMA

### 03 – ID197

#### **Herida toracoabdominal izquierda. Tratamiento por laparoscopia**

*Luis Fernando Álvarez Chica, Diego Rivera Arbeláez*

Centro Medico Imbanaco, Cali  
info@ascolcirugia.org

**Video:** <https://www.youtube.com/watch?v=0pyzDFVugTE&t=300s>

**Introducción.** El trauma toracoabdominal es indicación de laparotomía, pero últimamente han aparecido múltiples reportes de su manejo por laparoscopia en pacientes estables, ofreciéndole a estos el beneficio de la mínima invasión.

**Objetivos.** Demostrar que el manejo del trauma toracoabdominal con paciente hemodinámicamente estable y con abdomen negativo es posible, factible y reproducible.

**Materiales.** El video muestra el manejo laparoscópico de un paciente de 22 años de edad quien consultó al servicio de urgencias en una población rural de la costa pacífica por presentar una herida toracoabdominal izquierda por arma corto punzante (ACP). Ingresó con shock hipovolémico, que fue compensado y luego enviado en avión ambulancia a urgencias del Centro Médico Imbanaco de Cali, Colombia. A su llegada a esta institución de salud, se encontró con signos vitales estables y con abdomen negativo, lo que nos animó a practicarle una laparoscopia diagnóstica.

**Resultados.** En cirugía se encuentra herida del hemidiafragma izquierdo con 800 c.c. de hemoperitoneo, herida transfixiante del tercio medio del bazo y hematoma del hilio esplénico no expansivo. Se practicó drenaje del hemoperitoneo, drenaje de hemotorax, sutura de la herida diafragmática, exploración del hematoma periesplénico para descartar lesión de la cara posterior del estómago, de los vasos esplénicos y de la cola del páncreas. Se colocó hemostático sobre la herida del bazo.

**Conclusiones.** Se demuestra la factibilidad del manejo laparoscópico de paciente con herida toracoabdominal y abdomen negativo, ofreciéndole todas las bondades de la técnica con mínima invasión.





# PÓSTERES

## CABEZA Y CUELLO

### 04 – ID45

#### **Resección en bloque de Schwannoma tipo C del hipogloso y reconstrucción con el asa del hipogloso: Caso excepcional**

*Habib Mantilla, William Sánchez*

Hospital Militar Central, Bogotá, D.C.

hjmantillagaviria@gmail.com

**Introducción.** Los Schwannomas del hipogloso son de excepcional presentación (3 % de los tumores neurales extracraneales). Solo se han reportado cerca de 100 casos en la literatura mundial. Cerca del 85 % de los casos se asocian con parálisis lingual ipsilateral. Según la clasificación de Kaye se presentan el tipo A intracraneal (31 %), el B mixto (50 %) y el C extracraneal (19 %). Es decir, a la fecha, no hay más de 30 casos descritos en la literatura de tipo C, por lo que reportamos nuestro caso excepcional de un tipo C sin parálisis lingual. La enucleación quirúrgica es el tratamiento convencional (recidiva cercana al 30 %).

**Objetivos.** Reportar el caso de un paciente con un schwannoma (tipo C) del hipogloso mayor sin parálisis lingual, tratado con resección radical y reconstrucción neural (Técnica Crumley).

**Materiales.** Paciente de 35 años de edad con masa submandibular derecha asintomática de 4 años de evolución, que en los últimos 2 meses presentó aumento de su tamaño. La tomografía reportó lesión dependiente de glándula submaxilar. En cirugía se identificó un tumor solido de aspecto schwannomatoso (tamaño 4x4 cm) dependiente del nervio

hipogloso mayor, desde su emergencia craneana hasta su introducción al piso de la boca. Se realizó resección en bloque con reconstrucción neural microquirúrgica con neurolon 9-0, con transposición del asa del hipogloso (técnica de Crumley).

**Resultados.** La patología informa Schwannoma convencional tipo Antoni A con S100 (+), con evolución satisfactoria y recuperación funcional total a los 5 meses.

**Conclusiones.** Hacemos un aporte a la literatura mundial de un caso excepcional y según nuestro conocimiento el primero en Colombia de un Schwannoma tipo C del hipogloso mayor.

### 04 – ID69

#### **Síndrome de Eagle: presentación de casos y revisión de la literatura**

*Esteban Diazgranados, Eduardo Bayter, Álvaro Granados, Juan De Francisco, Diego Ardila, Lina Giraldo, Andrés Rey*

Fundación Universitaria Ciencias de la Salud, Hospital Infantil Universitario de San José, Bogotá, D.C.

Bayter.eduardomd@gmail.com

**Introducción.** El Síndrome de Eagle es una patología poco frecuente que se caracteriza por elongación de la apófisis estiloides o una calcificación del ligamento estilohioideo, que afecta variadas estructuras anatómicas adyacentes. El 4 % de la población puede presentar una elongación de la apófisis estiloides y solo el 4 % de éstos presenta síntomas. Los pacientes manifiestan una larga historia de dolor crónico cervicofacial inespecífico.

**Objetivos.** Describir la experiencia en el manejo quirúrgico de pacientes con Síndrome de Eagle en el Hospital de San José, Bogotá, Colombia.

**Materiales.** Presentación de caso y revisión de la literatura.

**Resultados.** El Síndrome de Eagle es una patología infrecuente, por lo que su manejo no está popularizado. Mostramos dos pacientes con dolor cervical, que a pesar del manejo médico persistieron con sintomatología, fueron diagnosticados con Síndrome de Eagle y llevados a estiloidectomía, con muy buenos resultados postoperatorios. Son los dos primeros casos en el manejo de esta patología en la institución.

**Conclusiones.** La elongación de la apófisis estiloides produce dolor cervical crónico y generalmente no se tiene la sospecha clínica de síndrome de Eagle. El manejo definitivo es el quirúrgico, con estiloidectomía por vía cervical o transoral. Mostramos la experiencia en nuestra institución con la presentación de dos casos.

#### 04 – ID86

##### **Factores asociados a la incidencia de recidiva cervical en pacientes con carcinoma bien diferenciado de la glándula tiroides en la E.S.E. Hospital Universitario del Caribe**

*Carlos Gustavo Osorio Covo, Francisco Herrera Sáenz, Lorena Sierra Succar, Jhonatan Rodríguez Cantillo*

E.S.E. Hospital Universitario del Caribe, Cartagena  
cosorioc@gruposcalpellum.com

**Introducción.** Los tumores bien diferenciados representan el 95% de la patología tumoral de la tiroides. Poseen una incidencia de recidiva del 23%. Categorizar posquirúrgicamente el riesgo de acuerdo a hallazgos intraoperatorio y anatomopatológicos podría disminuir su recidiva.

**Objetivos.** Determinar los factores asociados a la incidencia de recidiva cervical en paciente con carcinomas bien diferenciados de la glándula tiroides.

**Materiales.** Se realizó un estudio descriptivo de linealidad retrospectiva en el cual se revisaron las historias clínicas de pacientes diagnosticados con carcinoma bien diferenciado de tiroides. Se recolectaron parámetros intraoperatorios y anatomopatológicos, se determinó el riesgo y se realizó seguimiento hasta el registro de una recidiva cervical.

**Resultados.** La población de estudio, constituida por 62 pacientes, estuvo conformada por 51 (83.9 %) mujeres y 10 (16.1 %) hombres, con un promedio de edad de  $42 \pm 13.8$  años. La incidencia de recidiva cervical, durante un periodo de seguimiento de  $2.9 \pm 0.9$  años, fue del 29 %, correspondiente a 18 pacientes. La distribución del riesgo de recidiva fue la siguiente: Bajo riesgo, 34 (54.8 %), riesgo moderado, 23 (37.1 %) y alto riesgo, 5 (8.1 %). Se encontró relación estadísticamente significativa entre el riesgo y la frecuencia de recidiva ( $p=0.001$ ). Se encontró asociación en el compromiso de los márgenes de resección y una mayor frecuencia de recidiva cervical ( $p=0.005$ ).

**Conclusiones.** La incidencia de recidiva cervical en los pacientes con carcinoma bien diferenciado de la glándula tiroides fue similar a la descrita en la literatura. El compromiso de los márgenes de resección quirúrgica mostró asociación con una mayor incidencia de recidiva cervical.

## TÓRAX

#### 04 – ID5

##### **Uso de dos tubos en T para tratamiento de perforaciones del esófago de diagnóstico tardío**

*Rafael Andrade Alegre, Margareth del Toro Celemin*

Hospital Santo Tomas, Panamá  
margarethdeltoro@hotmail.com

**Introducción.** El trauma de esófago continúa siendo un reto para el cirujano en términos diagnósticos y terapéuticos. A pesar de los avances en métodos diagnósticos, médicos, nutricionales y quirúrgicos, la mortalidad y morbilidad sigue manteniéndose elevada.

**Objetivos.** Presentar el manejo de dos perforaciones del esófago de diagnóstico tardío mediante la utilización de dos tubos en T.

**Materiales.** Paciente de 28 años de edad quien recibe herida por arma cortopunzante paravertebral izquierda. Se diagnóstica hemotórax que se maneja con tubo de tórax. Al cuarto día presenta deterioro del estado general y sepsis. Se realiza tomografía del tórax que muestra hemotórax coagulado y sospecha de perforación esofágica, confirmada con esofagograma.

**Resultados.** El paciente fue sometido a toracotomía posterolateral izquierda, el hemotórax coagulado – infectado fue evacuado y el esófago explorado encontrándose 2 perforaciones. Por tener un tejido friable que hacía la movilización riesgosa, se colocó tubo en T en cada perforación. Paciente con recuperación lenta pero estable. Inició vía oral a las 2 semanas y se retiraron los tubos pleurales en la cuarta semana posoperatoria. El esofagograma de control no mostró escape ni estenosis. Fue dado de alta al día 44.

**Conclusiones.** La colocación del tubo en T debe seguirse considerando dentro del armamentario del cirujano, especialmente para las perforaciones de diagnóstico tardío. La ventaja del procedimiento es la relativa simplicidad, convirtiendo una perforación libre en una fístula controlada, permitiendo controlar la contaminación rápidamente. Creemos que nuestro caso es el primer reporte del uso de 2 tubos en T en el tratamiento de perforaciones del esófago.

#### 04 – ID32

##### **Osteosíntesis de columna dentro de la vía aérea inferior**

*Luis Felipe Cabrera Vargas, Rodolfo Barrios, Adriana Serna, Carlos Carvajal, Juan Pablo Villate*

Hospital Santa Clara ESE, Bogotá, D.C.  
luis.felipe.cabrera@hotmail.com

**Introducción.** La principal causa de neumonía posobstructiva en adultos es el cáncer de pulmón (hasta 80 % a 90 %). En la literatura no existe reportada la incorporación de un material de osteosíntesis de columna torácica como causa de neumonía posobstructiva.

**Objetivos.** Definir el manejo actual de los cuerpos endógenos en la vía aérea inferior.

**Materiales.** Se realizó el reporte del caso y una revisión crítica de la literatura. Resultados. Paciente masculino de 44 años edad con antecedente de resección de tumor de células gigantes de la columna torácica a nivel de T6-T7 en 1998 a través de una toracotomía posterolateral derecha, con corpectomía de T6-T7, injerto óseo y fijación interna de la columna torácica con material de osteosíntesis derecho. La broncoscopia confirmó que el material de fijación espinal se encontraba en el bronquio principal derecho, con una ocupación del 80% de la luz y la extensión del dispositivo hasta el bronquio intermediario.

**Conclusiones.** Los cuerpos extraños endógenos en la vía aérea son poco frecuentes y por lo general son de origen mucoso. No se encuentran reportados en la literatura cuerpos extraños metálicos, como nuestro caso, en los últimos 10 años. En casos especiales como el reportado, la vía quirúrgica por toracoscopia o toracotomía es la única posible, intentando evitar al máximo la resección de parénquima pulmonar sano.

#### 04 – ID58

##### **Secuestro pulmonar extralobar: diagnóstico y tratamiento por toracosopia**

*David Guillermo Gómez Garnica, Carlos Rodríguez Sabogal, Angélica Rojas*  
Hospital Militar Central, Universidad Militar  
Nueva Granada, Bogotá, D.C.  
davinci290@hotmail.com

**Introducción.** El secuestro pulmonar es una anomalía pulmonar congénita infrecuente, con una incidencia entre 0,15 – 1,7 %, siendo aún menos frecuente su variante extralobar, caracterizada por la presencia de tejido broncopulmonar anormal no funcionante, irrigado con vascularización sistémica anómala.

**Objetivos.** Se presenta el caso de un paciente con múltiples episodios de neumonías a repetición en quien se realiza el diagnóstico y la resección quirúrgica por toracosopia.

**Materiales.** Paciente de 43 años de edad, con 10 años de múltiples ingresos hospitalarios por diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad, recurrente, que se asociaban a consolidación pulmonar localizada a nivel del lóbulo basal izquierdo y derrame pleural ipsilateral, quien había recibido múltiples tratamientos antibióticos, cultivos para microorganismos, BK seriado, pruebas inmunológicas y fibrobroncoscopia negativas. La tomografía de tórax evidenció irrigación sistémica dirigida a consolidación basal izquierda, por lo que se indicó toracosopia.

**Resultados.** Se realizó video-toracosopia identificando secuestro pulmonar extralobar, con dos arterias aberrantes de aorta torácica al parénquima pulmonar y una cisura rudimentaria que lo separaba del lóbulo inferior, más una cisura accesoria entre el segmento apical del lóbulo inferior y los basales, conglomerado ganglionar en el nivel T9 izquierdo y espacio pleural libre. Se realizó lobectomía pulmonar sin complicaciones.

**Conclusiones.** El secuestro pulmonar variante extralobar es una anomalía congénita pulmonar infrecuente. El tratamiento recomendado es la resección quirúrgica, determinando sus variables: el tamaño, localización y la irrigación. En nuestro caso se realizó un abordaje mínimamente invasivo, por medio de video-toracosopia asistida, con recuperación más rápida, mejor control del dolor y menor estancia hospitalaria.

#### 04 – ID443

##### **Tumor fibroso solitario de la pleura: un caso de hipoglicemia sintomática**

*Carlos Eduardo Díaz, Hernando Russi, Diego Felipe Tellez*  
Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D.C.  
cediazc@gmail.com

**Introducción.** El tumor fibroso solitario de la pleura es una patología benigna de origen submesotelial, poco común, que puede tener como presentación síndromes paraneoplásicos como la hipoglicemia sintomática y osteoartropatía pulmonar hipertrófica.

**Objetivos.** Describir el proceso diagnóstico y terapéutico de la hipoglucemia sintomática asociado a masa pleural.

**Materiales.** Se documenta el proceso de estudio de la hipoglicemia sintomática con el diagnóstico y tratamiento definitivo del tumor fibroso solitario de la pleura. Previo consentimiento informado del paciente se obtienen datos clínicos para reporte de caso.

**Resultados.** Paciente con antecedente de diabetes mellitus tipo II, con cuadro de hipoglucemias sintomáticas no hiperinsulinémicas, persistentes posterior a la suspensión de medicamentos hipoglucemiantes, asociado a lesión tumoral pleural de 18x15 cm aproximadamente en hemitórax izquierdo, el cual fue llevado a resección por toraco-

tomía, con resultado histopatológico que confirma un tumor solitario de la pleura con positividad para vimentina y CD34, y negatividad para calretinina, p53 y CK coctel, Ki menor del 5 %.

**Conclusiones.** El estudio de la hipoglucemia sintomática conllevan un proceso diagnóstico minucioso y sistemático, en el que se logran identificar causas tan poco frecuentes como es el tumor fibroso solitario de la pleura.

## PARED ABDOMINAL

### 04 – ID83

#### **Reconstrucción de pared abdominal compleja en pacientes con carcinomatosis**

*Maikel Pacheco, Mario Abadia, Ricardo Villarreal, Eduardo Bayter, Juan Carlos Forero*  
Fundación Universitaria Ciencias de la Salud,  
Hospital Infantil Universitario de San José, Bogotá, D.C.  
juanc1845@hotmail.com

**Introducción.** La carcinomatosis peritoneal puede alcanzar hasta la pared abdominal, lo que obliga a realizar complejas reconstrucciones para mejorar las condiciones locales y el pronóstico de la enfermedad. Actualmente no se han reportado casos en la literatura internacional respecto a las reconstrucciones en este tipo de pacientes.

**Objetivos.** Dar a conocer la experiencia en el manejo de un paciente con neoplasias peritoneales que comprometen la pared abdominal en un hospital en Bogotá, Colombia.

**Materiales.** Descripción detallada del compromiso de la pared abdominal y el manejo de un paciente con carcinomatosis peritoneal.

**Resultados.** El manejo de la pared abdominal en este tipo de pacientes sigue siendo controvertido. El uso de técnicas quirúrgicas convencionales mostró una opción adecuada para aquellos pacien-

tes en los que la malignidad peritoneal se extiende hasta la pared abdominal y se pueden manejar en el mismo momento del procedimiento inicial.

**Conclusiones.** El compromiso de la pared abdominal en la mayoría de neoplasias gastrointestinales era un signo de enfermedad avanzada e incurable, sin embargo, gracias a la quimioterapia hipotérmica, esta situación ya puede ser tratada y con adecuados resultados. El compromiso de la pared abdominal es totalmente abordable y tratable en la mayoría de pacientes, sin importar la extensión del compromiso metastásico.

### 04 – ID172

#### **Reconstrucción de pared abdominal compleja en dos etapas: presentación de 4 casos clínicos**

*Pablo A. Rueda Cadena, Arnold Barrios, Valentin Vega, Alejandro Lora, Juan Pablo Ruiz*  
Clínica Universitaria Colombia, Bogotá, D.C.  
pablorueca@gmail.com

**Introducción.** Hasta hoy, la hernia ventral compleja representa un paradigma, una nueva forma de pensar, planear y actuar del cirujano. Con la presentación de cuatro casos queremos mostrar nuestra experiencia con este novedoso abordaje, que adicionalmente ha mostrado excelentes resultados para nuestros pacientes.

**Objetivos.** Identificar y reconocer casos que son considerados hernias ventrales complejas, con antecedentes de fistulas enteroatmosféricas y abdomen abierto, con el fin de compartir la experiencia del grupo de pared abdominal de Colsanitas, reconstruyendo pared abdominal en dos etapas.

**Materiales.** Presentación de cuatro casos clínicos, revisión de historia clínica y revisión de literatura que lo respalda.

**Resultados.** Durante el último año y medio se manejaron cuatro casos de reconstrucción de pared abdominal compleja, en dos etapas, con buenos

resultados para los pacientes. Consideramos que esta experiencia se debe compartir, porque son cuatro casos que a pesar de sus múltiples complicaciones y complejidad hoy en día se encuentran integrados nuevamente a su vida cotidiana y son pacientes funcionales.

**Conclusiones.** La reconstrucción de pared abdominal en dos etapas es un procedimiento seguro y novedoso, opcional en pacientes con diagnóstico de hernia ventral compleja. Estos pacientes deben ser seleccionados con el fin de planear su procedimiento para obtener los resultados deseados. El manejo multidisciplinario fue fundamental para llevar a cabo la reconstrucción abdominal. Según nuevas experiencias y el desarrollo investigativo de este tema, traerá beneficios y mejores resultados.

#### 04 – ID175

##### **Hernia abdominal gigante con pérdida de domicilio y eventración gigante de la pared abdominal**

*Juan Pablo Ruiz Pineda, Andrés David Lasso Ossa, Alejandro Lora Aguirre*  
Fundación Universitaria Sanitas, Medellín  
andrulasso@hotmail.com

**Introducción.** Se trata de un reporte de caso donde se realiza un manejo multidisciplinario, incluyendo neumoperitoneo preoperatorio progresivo y una técnica de reconstrucción de pared abdominal, en un paciente con una hernia inguinoescrotal gigante y una eventración compleja de la pared abdominal.

**Objetivos.** Mostrar los resultados de un manejo multidisciplinario de un paciente con hernia inguinoescrotal gigante y eventración compleja de la pared abdominal.

**Materiales.** Se realiza una búsqueda de la literatura y se desarrolla y discute un reporte de caso.

**Resultados.** Se logró una corrección exitosa de la hernia en nuestro paciente, con un enfoque multidisciplinario en manejo conjunto con Urología y Cirugía plástica, resaltando los beneficios del neumoperitoneo preoperatorio progresivo en pacientes con hernia inguinoescrotal gigante con pérdida de domicilio.

**Conclusiones.** El neumoperitoneo preoperatorio progresivo tiene beneficio en la planeación quirúrgica para el reparo de hernia inguinoescrotal gigante con pérdida de domicilio, en conjunto con un manejo multidisciplinario, con muy buenos resultados estéticos y funcionales.

#### 04 – ID204

##### **Manejo de hernia poco frecuente: reporte de caso de hernia de Grynfelt**

*Maikel Adolfo Pacheco, Mauricio González Dorado, Luis Eduardo Martínez*

Hospital Universitario San José de Bogotá, Bogotá, D.C.  
mauricio.gonzalezd@hotmail.com

**Introducción.** Las hernias lumbares son defectos aponeuróticos, congénitos o adquiridos, poco comunes, representando menos del 2 % de las hernias abdominales. Están ubicadas en la pared posterior del abdomen, a nivel del triángulo superior de Grynfelt, presentación más frecuente, o en el triángulo inferior de Petit. Predominantemente son asintomáticas, pero pueden cursar con sensación de masa que protruye, asociadas a dolor lumbar ocasional. Por su frecuencia, la evidencia en su mayoría, proviene de reporte de casos, haciendo que un cirujano tenga la posibilidad de tratar solamente una en su carrera. Múltiples técnicas se han descrito para su tratamiento, con abordaje convencional o laparoscópico, siendo aún controversial su manejo.

**Objetivos.** Dar a conocer el manejo realizado en una de las hernias menos frecuentes en pared ab-

dominal y los resultados obtenidos en el hospital San José Bogotá D.C.

**Materiales.** Describimos el caso de un paciente con una hernia de Grynfelt que fue tratada mediante cirugía abierta vía lumbotomía, con doble malla preperitoneal y reforzamiento onlay con técnica de sándwich.

**Resultados.** El seguimiento se realizó en 2,5 y 20 semanas. El paciente continua sin ninguna complicación postoperatoria, asintomático y libre de recidiva herniaria.

**Conclusiones.** Las hernias lumbares son una presentación poco frecuente de las hernias de pared abdominal, siendo el Dr. Moreno-Egea quien cuenta con la mayor casuística, estableciendo una clasificación para su manejo. En nuestro caso clínico nos encontramos con un defecto herniario en el triángulo lumbar superior, sin antecedente traumático, con diámetros mayores a 5cm, con importante atrofia muscular, por lo que requirió corrección con doble malla.

#### 04 – ID272

##### **Apendicitis aguda dentro de saco crural derecho encarcelado**

*María Cristina González, Judith Ramírez, Erika Luque*

Clínica La Merced, Barranquilla  
mga2102@hotmail.com

**Introducción.** Paciente femenina de 70 años de edad, con cuadro de dolor a nivel del área crural derecha, con induración dolorosa y signos locales de inflamación aguda.

**Objetivos.** Caso poco usual de hernia crural encarcelada con apéndice cecal dentro de su saco herniario y apendicitis aguda.

**Materiales.** Paciente femenina de 70 años de edad, intervenida por emergencias por presentar hernia crural encarcelada, con hallazgo intraope-

ratorio de apendicitis aguda, la cual se encontraba dentro del saco herniario crural.

**Resultados.** Se lleva a cabo herniorrafia crural derecha con apertura del saco herniario y hallazgo descrito.

**Conclusiones.** Paciente con hernia crural derecha encarcelada con apéndice cecal necrótica, la cual requirió apendicectomía y reparo de defecto crural, sin colocación de malla.

#### 04 – ID308

##### **Manejo de la terapia VeraFlo® en abdomen abierto en un Hospital en Bogotá.**

*David Giraldo Garay, Juliana María Ordoñez Mosquera, Mayerlin Serrano Rodríguez*  
Hospital Clínica San Rafael, Bogotá  
medvidavid@gmail.com

**Introducción.** El abdomen abierto es un reto para el cirujano. En casos de contaminación supone la necesidad de reintervención, sumado a las comorbilidades y el riesgo quirúrgico, que hacen difícil el manejo.

**Objetivos.** Presentar el manejo del abdomen abierto con dispositivo VeraFlo® en nuestra institución.

**Materiales.** Reporte de caso de paciente ingresado al hospital Clínica San Rafael de Bogotá en Marzo de 2016. Se instauró terapia de presión negativa con instilación intermitente tipo VeraFlo®.

**Resultados.** Paciente de 55 años de edad, en postoperatorio de cirugía bariátrica, quien presentó fistula de anastomosis esófago-gástrica y fuga gastroyeyunal, con sepsis de origen abdominal. Requirió manejo con abdomen abierto, y sus comorbilidades limitaron el número de lavados. Se utilizó terapia VeraFlo®, en contacto con las asas esponja de polivinil-alcohol y sobre esta esponja de poliuretano reticulado, se cubrió con Steril-Dry®. El dispositivo fue programado para instala-

ción de 30-50 ml de solución hipertónica, tiempo de 5 minutos de retención y 3 a 5 horas de terapia presión negativa 125 mmhg. Cambio cada 72 horas, logrando control de la infección y cavidad abdominal limpia luego de 3 recambios.

**Conclusiones.** La terapia de instilación representa una estrategia importante en el manejo del abdomen abierto, permitiendo el lavado continuo de la cavidad abdominal, logrando mantener la cavidad limpia por más tiempo y disminuyendo la necesidad de reintervenciones. Aún hay pocos reportes en la literatura con la terapia VeraFlo® en abdomen abierto por ser una terapia nueva. Es por eso que se reporta nuestra experiencia frente a este caso.

#### 04 – ID315

##### **Masa inguinal como presentación de apendicitis: Hernia de Amyand?**

*Daniel Gonzalez Nuñez, Juliana María Ordoñez Mosquera*

Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá, d.c.

dgonzalez8805@gmail.com

**Introducción.** Las presentaciones infrecuentes de la apendicitis siguen siendo un problema para el adecuado diagnóstico y tratamiento, incluso entre cirujanos experimentados. El absceso inguinal es una manifestación rara de apendicitis complicada y la falta de asociación puede llevar a demora del diagnóstico y complicaciones en el paciente.

**Objetivos.** Describir una presentación infrecuente de la apendicitis aguda, en paciente con absceso de canal inguinal con plastrón y absceso periapendicular.

**Materiales.** Descripción de caso tomado de la revisión de la historia clínica de la paciente.

**Resultados.** Paciente femenina de 79 años de edad, quien ingresa al servicio de urgencias con

cuadro clínico de 10 días de evolución, consistente en dolor agudo y localizado en fosa iliaca derecha y masa en región inguinal ipsilateral. Al examen físico con signos vitales estables, masa en región inguinal con rubor y calor. Exámenes mostraron leucocitosis, neutrofilia y PCR elevada. En la tomografía de abdomen contrastada se observó gran masa heterogénea en fosa iliaca derecha con compromiso de la pared del ciego. En la laparotomía exploratoria se identificó un plastrón conformado por ciego y colon ascendente hacia pared abdominal; realizando disección se observó apéndice cecal perforado en la punta con absceso periapendicular y orificio de comunicación hacia pared abdominal de canal inguinal derecho, con absceso de 200 cc. Después de laparotomía para drenaje de absceso y apendicectomía, con posterior lavado peritoneal, la paciente egresa de hospitalización sin secuelas.

**Conclusiones.** Siendo la apendicectomía el procedimiento quirúrgico de urgencia más frecuente a nivel mundial en los servicios de cirugía, la presentación como absceso inguinal es anecdótica, haciendo de este caso una oportunidad casi única de evidenciar el abordaje diagnóstico y terapéutico exitoso.

#### 04 – ID348

##### **Leiomioma pediculado encarcelado en hernia umbilical: diagnóstico inusual de abdomen agudo durante la gestación**

*Nayib Zurita, Osvaldo Barraza, Yessica Trujillo*  
Universidad del Sinú Seccional Cartagena,  
Cartagena

oswa\_el10real@hotmail.com

**Introducción.** El primer informe de un leiomioma uterino descubierto en una hernia inguinal fue publicado en el American Journal of Obstetric and Gynecology por Sherer et. al. en 1994 y no fue hasta la publicación de Ehigiegba y Selo-Ojeme



en 1999 que el primer caso de un leiomioma encarcelado en una hernia umbilical se reportó. En el 2011 Damián Punguyire et. al., reportaron en el African Medical Journal el último caso conocido en la literatura.

**Objetivos.** Señalar la importancia del enfoque clínico de la paciente gestante con abdomen agudo y mostrar el abordaje quirúrgico de una patología poco común como esta.

**Materiales.** Paciente de 39 años de edad, múltipara, gestante 4 con 3 cesáreas previas, que consulta al servicio de urgencias por presentar cuadro clínico de 4 días de evolución, consistente en dolor abdominal intenso, de predominio en mesogastrio, que se irradia a región lumbar, asociado a náuseas, emesis y ausencia de deposiciones. Se decide llevar a laparotomía encontrando defecto herniario umbilical con leiomioma de 12 cm de diámetro y asas intestinales delgadas en su interior.

**Resultados.** Paciente gestante que luego ser llevada a laparotomía exploratoria evoluciona satisfactoriamente y sin complicaciones, con adecuado curso de su embarazo, el cual es finalizado por parto por cesárea electiva a las 38 semanas de gestación.

**Conclusiones.** Es de nuestro interés que este caso clínico ayude a identificar los factores de riesgo, evaluar y dar un tratamiento oportuno a la paciente con leiomiomas encarcelados en hernias de la pared abdominal.

#### 04 – ID356

##### **Aproximación del manejo de abdomen abierto con malla de tracción y sistema de presión negativa**

*Paola Carranza, Alberto Ricaurte, Leonardo Moreno, Elkin Benítez*

Universidad del Rosario, Hospital Universitario Méderi, Bogotá, D.C.

pao.carranza27@gmail.com

**Introducción.** El manejo del abdomen abierto en pacientes críticamente enfermos se relacionan con presencia de hernias ventrales o cierres por segunda intención, sin embargo, en los últimos años se ha instaurado un cierre de aponeurosis posterior al manejo de la patología aguda, el cual consiste en aproximar la aponeurosis por medio de una malla de tracción, asociado al empleo de presión negativa. Dado que esta técnica ha demostrado sus beneficios a nivel mundial pero no está familiarizada entre los cirujanos colombianos, se desea mostrar una serie de 6 casos que se han intervenido en el Hospital Universitario Mayor Mederi (HUM), en el programa de Cirugía General de la Universidad del Rosario.

**Objetivos.** Presentar la evidencia existente del uso de cierre de pared abdominal por método de tracción de malla, asociado a sistema de presión negativa y narrar la serie de casos que se tiene en el HUM.

**Materiales.** Revisión de la literatura y descripción de los casos clínicos.

**Resultados.** Evaluar el éxito del procedimiento presentado, el porcentaje de complicaciones y los índices de morbilidad y mortalidad.

**Conclusiones.** Las mallas de tracción asociadas al sistema de presión negativa son una opción de manejo quirúrgico en los pacientes con abdomen abierto, con altas tasas de éxito, por lo cual se debe considerar la implementación de este procedimiento en las instituciones en donde se manejen este tipo de pacientes.

#### GASTROINTESTINAL Y ENDOSCOPIA

#### 04 – ID40

##### **Manejo de la ingesta de cuerpos extraños en el hospital universitario Mederi: reporte de un caso**

*Juan José Santivañez Palomino, Andrés Neira, Carlos Rey*

Universidad del Rosario, Hospital Universitario Mayor - Mederi  
juanjose2424@hotmail.com

**Introducción.** La ingesta de cuerpos extraños es a nivel mundial uno de los escenarios más frecuentes, resaltando los casos de infantes, adultos mayores y los pacientes con patología psiquiátrica. Es frecuente que los pacientes se presenten con abdomen agudo, requiriendo el paso urgente a salas de cirugía. Sin embargo, en una minoría de los casos, el dolor abdominal crónico, mal localizado, sin sintomatología florida, hace que el diagnóstico sea muchas veces desafiante.

**Objetivos.** Describir el manejo de la ingesta de cuerpos extraños mediante cirugía abierta en el hospital universitario de Mederi, en Bogotá, Colombia.

**Materiales.** Se presenta a manera de póster la revisión de un caso clínico acerca de la ingesta de múltiples cuerpos extraños. Resultados. Se diagnosticó la ingesta de múltiples cuerpos extraños en un paciente con antecedente de enfermedad mental. No fue posible su extracción de manera endoscópica (aproximadamente 25 objetos), motivo por el cual se llevó al paciente a cirugía. Se realizó el abordaje mediante laparotomía supra umbilical y gastrotomía, a través de la cual se extrajeron los cuerpos extraños sin complicaciones, con una adecuada evolución clínica.

**Conclusiones.** La ingesta de cuerpos extraños se presenta como un reto para el cirujano en cuanto a lo inespecífico que puede llegar a ser la clínica. A pesar que la esofagogastroduodenoscopia es la vía diagnóstica y terapéutica de primera línea, no siempre es exitosa, por lo que se debe estar atento al momento ideal para la realización del abordaje quirúrgico.

#### 04 – ID70

### Enteroscopia intraoperatoria transumbilical para el control de sangrado intestinal oculto recurrente por lipoma submucoso ileal

*Laura Cristancho Torres, Camilo Bautista, William Sánchez*  
Hospital Militar Central; Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, D.C.  
laura\_abc73@hotmail.com

**Introducción.** Los lipomas gastrointestinales son neoplasias benignas muy raras, que se presentan en 0.1 % y de estas el 31 % se localizan en intestino delgado. A mayo de 2017 solo hay 3 reportes en la literatura mundial de resección por enteroscopia y nosotros aportamos el cuarto caso, con la novedad de una resección combinada mediante técnica de laparo-enteroscopia unipuerto.

**Objetivos.** Se presenta el caso de un paciente con sangrado digestivo oculto repetitivo, por lipoma submucoso en íleon proximal, que se manejó con la técnica de laparo-enteroscopia unipuerto descrita.

**Materiales.** Paciente de 76 años de edad, con historia de 30 años de evolución con episodios intermitentes de hematoquezia, dolor y distensión abdominal, que requirió múltiples hospitalizaciones y transfusiones, múltiples endoscopias digestivas, tomografía y enterorresonancia, sin evidencia de sangrado o lesiones endoluminales. En la enteroscopia y capsula se halló un pólipo hiperplásico erosionado de yeyuno, el cual se resecó. En la arteriografía no se encontraron lesiones, por lo que se indicó cirugía.

**Resultados.** Se realizó laparoscopia unipuerto con hallazgos en transiluminación a nivel del íleon, a un metro de la válvula ileocecal, de una zona de sangrado. Se realizó enterotomía con enteroscopia por unipuerto, encontrando una lesión submucosa erosionada parcialmente, de 2 cm de longitud y base de 1 cm, con estigmas de sangrado activo, la cual se resecó con asa, con control del sangrado sin eventos subsecuentes.

**Conclusiones.** El lipoma submucoso ileal es una lesión de presentación excepcional. Nosotros aportamos el cuarto caso descrito en la literatura científica mundial mediante resección con ente-

roscopia y el primero con técnica combinada de laparoscopia unipuerto con enteroscopia diagnóstica y terapéutica intraoperatoria.

#### 04 – ID258

##### **Fistula colecistoduodenal como complicación inusual de ulcera duodenal perforada.**

*David Giraldo Garay*

Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá

E-mail: medvidavid@gmail.com

**Introducción:** La fistula colecistoduodenal es el resultado de una comunicación anómala entre la vesícula biliar y el tracto gastrointestinal, asociado a ulcera duodenal. Es extremadamente infrecuente.

**Objetivos:** Describir un caso de paciente con hemorragia de vías digestivas altas secundario a ulcera duodenal perforada y desarrollo de fistula colecistoduodenal.

**Materiales:** Reporte de caso de un paciente quien ingresó al Hospital Universitario Clínica San Rafael en febrero de 2017. Revisión de historia clínica completa y de la literatura.

**Resultados:** Hombre de 46 años de edad, con antecedente de insuficiencia cardíaca FEVI 25 % de origen idiopático con cardioresincronizador, quien ingresa a urgencias por sangrado digestivo alto, dolor abdominal en cuadrante superior derecho y signo de Murphy positivo. La endoscopia digestiva evidencia ulcera en bulbo duodenal Forrest IIA, que fue manejada con escleroterapia. La ecografía hepatobiliar mostró vesícula escleroatrófica, vía biliar normal y perfil hepático para riesgo intermedio de coledocolitiasis. Fue llevado a colecistectomía evidenciando sangrado abundante a la apertura de la vesícula y perforación hacia duodeno; se realizó colecistectomía subtotal, empaquetamiento y parche de Graham. La evolución postoperatoria fue adecuada.

**Conclusiones:** La fistula colecistoduodenal secundaria a ulcera péptica es una complicación infrecuente, que representa el 3-6 % de los casos. Se

manifiesta clínicamente con dolor en cuadrante superior derecho asociado a hemorragia digestiva alta. Se cuenta con limitados reportes de casos en la literatura y aunque el diagnóstico está ligado a endoscopia y tomografía abdominal, en nuestro caso, por las características individuales del paciente, no fue posible su realización, indicando manejo quirúrgico y diagnóstico incidental.

#### 04 – ID321

##### **Rara presentación de obstrucción intestinal aguda por intususcepción ileocólica secundaria a mucocele apendicular**

*David Giraldo Garay, Juliana María Ordoñez Mosquera, Carlos Augusto Jaramillo Ruiz, Mayerlin, Serrano Rodríguez, Daniel González Núñez, Daniel Pérez Calderón*

Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá

medvidavid@gmail.com

**Introducción.** La intususcepción en la población adulta es infrecuente. La malignidad se encuentra con frecuencia en casos de intususcepción del colon con compromiso de la válvula ileocecal. El diagnóstico en adultos es difícil. La tomografía es diagnóstica, sin embargo, la mayoría de los casos se diagnostican en cirugía de urgencias. La resección quirúrgica, asumiendo que la lesión es maligna, es el tratamiento de elección.

**Objetivos.** Describir el caso clínico de un paciente ingresado al hospital universitario Clínica San Rafael con hallazgo de intususcepción ileocólica y apendicular secundario a mucocele apendicular.

**Materiales.** Reporte de caso tomado de historia clínica, paraclínicos y descripción quirúrgica.

**Resultados.** Paciente de 78 años de edad con antecedente de linfoma de células del manto en remisión, quien presenta dolor abdominal de dos días. Se evidencia mucocele apendicular en ultrasonografía y tomografía abdominal. Durante la estancia hospitalaria presenta obstrucción intestinal,

motivo por el cual se lleva a cirugía encontrando mucocele apendicular que condiciona una intususcepción del apéndice y la válvula ileocecal hasta el colon transverso; se practica hemicolectomía derecha e ileotransverso anastomosis. Resultado de patología informa resección R0 corroborándose neoplasia mucinosa quística con displasia de bajo grado.

**Conclusiones.** La intususcepción apendiciloileocólica en el adulto es una complicación en extremo inusual, generalmente asociada a patología maligna. El diagnóstico es difícil y se debe apoyar en hallazgos clínicos e imaginológicos. El tratamiento de elección es quirúrgico.

#### 04 – ID448

##### **Infarto esplénico: Causa inusual de abdomen agudo en drepanocitosis**

*Ana Santos, Juan Carlos Hoyos, Luis Villota, Andrea Andrade, Laura Jaimes*  
Universidad de Cartagena, Cartagena  
amarisar2007@gmail.com

**Introducción.** El dolor abdominal es una de las causas más frecuentes de consulta a urgencias, sin embargo, casos poco comunes como el infarto esplénico suele ser un reto diagnóstico, requiriendo un alto nivel de sospecha o el beneficio que ofrece la videolaparoscopia como estrategia diagnóstica.

**Objetivos.** Presentar el caso clínico de un paciente con infarto esplénico posterior a exposición a grandes alturas y rasgo falciforme.

**Materiales.** Estudio del caso, historia clínica, imágenes, técnica quirúrgica, complicaciones y revisión de la literatura médica.

**Resultados.** Se presenta el caso de una paciente, adulta joven, con reciente exposición a grandes alturas, quien se presenta en el servicio de urgencias con clínica de dolor abdominal, con sintomatología inespecífica asociada, que amerita la realización de laparoscopia diagnóstica, en la que se

evidencian áreas de infarto esplénico extensas, por lo que se realiza exéresis del bazo y estudios de extensión, que denotan rasgo falciforme.

**Conclusiones.** El infarto esplénico es una patología infrecuente, usualmente con presentación atípica, que pudiese asemejar otras causas de dolor abdominal, lo cual puede dificultar su diagnóstico y retrasar su manejo. Esta patología usualmente es asociada a una gran variedad de condiciones subyacentes, por lo que el manejo debe ser interdisciplinar para la identificación etiológica. Eventos vaso-oclusivos en pacientes con drepanocitosis pueden originar infartos esplénicos que habitualmente conllevan a asplenia funcional, siendo los casos agudos una presentación atípica, generalmente asociada a eventos desencadenantes.

## COLON Y RECTO

#### 04 – ID64

##### **Documentación de GIST en colon descendente, reporte de un caso**

*Laura Gabriela Bernal Carrillo, Susana Rojas*  
Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario,  
Bogotá, D.C.  
laurag.bernal@urosario.edu.co

**Introducción.** Los tumores del estroma tienen una baja incidencia, registrada hasta en el 10 % de los tumores gastrointestinales. Más frecuentemente se localizan en el tracto gastrointestinal superior, y menos del 5 % de los tumores se ubican a nivel colónico. Dichas lesiones tienen una sobrevida variable, dependiendo de la terapia utilizada según las características genotípicas del tumor.

**Objetivos.** Dar a conocer el caso de un paciente con GIST documentado en colon descendente.

**Materiales.** Poster.

**Resultados.** Se intervino un paciente de 85 años de edad con cuadro de obstrucción intestinal, sin antecedente quirúrgico, encontrando un tumor de

colon sigmoideas de 7x5 cm, que comprometía toda la circunferencia con perforación hacia la cara anterior y drenaje de material purulento más peritonitis purulenta de 4 cuadrantes, lesiones metastásicas hepáticas que comprometen ambos lóbulos, la mayor de ellas de 5 cm de diámetro, infiltración de epiplón menor de lesiones metastásicas, infiltración tumoral hacia retroperitoneo. La patología reportó un tumor estromal gastrointestinal (GIST) ulcerado.

**Conclusiones.** Los tumores estromales son sumamente infrecuentes en colon, con sobrevivencia variable. Se presenta el caso de un paciente con GIST de colon descendente estadio IV, con 1 año de sobrevivencia luego de resección quirúrgica.

### 03 – ID179

#### **Hemicolectomía derecha laparoscópica por cistadenoma mucinoso del apéndice**

*Jaime Esteban Álzate Castaño, Julieta Correa Restrepo, Carlos H. Morales, Juan P. Toro*  
Universidad de Antioquia, Medellín  
julieta.correa@udea.edu.co

**Video:** <https://youtu.be/s4Kw5mcdnU4>

**Introducción.** El mucocelo apendicular tiene una incidencia de 0.2-0.3 % de todas las apendicectomías y corresponde al 8 % de los tumores apendiculares. Su ruptura causa implantes de mucina con el desarrollo de una peritonitis reactiva que se conoce como “pseudomixoma peritoneal”, por lo cual se recomienda una manipulación quirúrgica cuidadosa. La resección laparoscópica es considerada por algunos una contraindicación, porque se cree que tiene un mayor riesgo de ruptura.

**Objetivos.** Revisar mediante un video la técnica quirúrgica de la hemicolectomía derecha, para un cistadenoma mucinoso del apéndice cecal, haciendo énfasis en la disección del tumor para evitar su ruptura intraoperatoria.

**Materiales.** Se presenta el caso de un paciente con cistadenoma mucinoso apendicular de gran tamaño, que fue manejado con hemicolectomía derecha laparoscópica.

**Resultados.** Paciente de 79 años de edad con tumor del apéndice cecal tipo mucocelo, en quien se realiza una hemicolectomía derecha laparoscópica más anastomosis primaria. No hubo ninguna complicación intra ni postoperatoria, el tiempo quirúrgico fue de 110 minutos y la estancia hospitalaria fue de 4 días. La patología reportó cistadenoma mucinoso de apéndice con márgenes negativos. El paciente está asintomático luego de más de un año de seguimiento.

**Conclusiones.** La resección laparoscopia del cistadenoma apendicular es un procedimiento seguro y efectivo si se realiza una disección cuidadosa y una técnica adecuada de extracción del espécimen para evitar su ruptura. Su morbilidad es menor que en la cirugía abierta y exhibe adecuados resultados oncológicos.

## HEPATOBIILIAR

### 04 – ID143

#### **Técnica y uso de cianoacrilato para el tratamiento de fistula hepatopulmonar**

*Carlos Bustillo Arrieta, Carlos Manuel Esquivia Pinzón, José Rodríguez Blanco, Yessica Andrea Trujillo Zapata, Karla Patricia Gutiérrez De La Peña*  
Universidad del Sinú, Cartagena  
camuel89@hotmail.com

**Introducción.** La fistula hepato-pulmonar, es una condición rara definida por la presencia de un trayecto comunicado entre la vía biliar y el árbol bronquial. Muchas condiciones pueden desarrollar esta comunicación. Una de ellas, es el absceso hepático, que aunque no ha tenido un consenso en cuanto al manejo, ha tenido tasas de respuesta al-

tas con el tratamiento endoscópico y quirúrgico.

**Objetivos.** Por medio de nuestra experiencia deseamos describir la técnica de embolización con cianoacrilato como una buena opción terapéutica en el manejo de la fistula hepatopulmonar persistente.

**Materiales.** En el presente caso describimos una fístula hepatopulmonar recidivante secundaria a un absceso hepático. La sospecha clínica, ante la presencia de biliopneumosis, el diagnóstico establecido con ayuda de estudios imagenológicos y la realización de CPRE, sumado a la revisión de la escasa literatura sobre el tema y el debate en junta médica del caso, nos permitió decidimos por la embolización endoscópica con cianoacrilato como mejor opción terapéutica para el paciente, obteniendo finalmente buenos resultados, alcanzando una mejoría de la sintomatología y resolución del cuadro clínico.

**Resultados.** Mejoría de la sintomatología y optimización de la calidad de vida del paciente al realizar embolización con cianoacrilato como manejo de fistula hepatopulmonar.

**Conclusiones.** Con este poster deseamos brindar información sobre nuestra experiencia, hacer una revisión de la literatura recolectada sobre el tema y describir la técnica endoscópica, haciendo énfasis en los beneficios de la misma para el manejo endoscópico y quirúrgico de la enfermedad.

#### 04 – ID260

##### **Tumor solido pseudopapilar de páncreas: Un tumor pancreático infrecuente**

*Mayerlin Serrano Rodríguez, Juliana María Ordoñez Mosquera, David Giraldo Garay*  
Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá  
mayserrano84@gmail.com

**Introducción.** El tumor sólido pseudopapilar del páncreas es una neoplasia de baja agresividad biológica y origen incierto, poco frecuente, que supone menos del 2 % de los tumores pancreáticos exocrinos. Su pronóstico es bueno tras la resección quirúrgica.

**Objetivos.** Describir un caso de tumor solido pseudopapilar en un hombre joven.

**Materiales.** Reporte de caso de un paciente de 18 años de edad, ingresado al servicio de cirugía del Hospital Universitario Clínica San Rafael de Bogotá en octubre de 2016. Se revisó la historia clínica completa (estudios imagenológicos y patológico).

**Resultados.** Hombre de 18 años de edad quien ingresa por dolor abdominal epigástrico y sensación de plenitud precoz. Se realizó endoscopia de vías digestivas que mostró compresión gástrica extrínseca del cuerpo, tomografía abdominal con presencia de masa dependiente del cuerpo y cola del páncreas de ocho centímetros de diámetro, y ecoendoscopia que indicó lesión solida hipoecogénica de igual diámetro sin compromiso esplenoportal. Se realizó cirugía laparoscópica utilizando técnica de cuatro trocares, con resección de la masa, sin observar lesiones metastásicas. Evolución en posoperatorio sin complicaciones, fue dado de alta al cuarto día. El análisis patológico reportó tumor pseudopapilar de páncreas sin invasión linfovascular ni perineural. Los marcadores CD56, CD10 y B catenina fuertemente positivos.

**Conclusiones.** Caso de tumor pseudopapilar de páncreas en hombre joven, contrario a la literatura que afecta principalmente a mujeres jóvenes; de origen desconocido; poco frecuente, similar a lo reportado. Las manifestaciones clínicas están asociadas al tamaño tumoral; tiene pronóstico favorable incluso con presencia de metástasis.

## ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA

### 04 – ID195

#### **Linfoma de Burkitt de intestino grueso**

Laura Jaimes Santamaría, Juan Carlos Hoyos V  
Universidad de Cartagena, Cartagena  
laura.jaimesmd@gmail.com

**Introducción.** El Linfoma de Burkitt es una neoplasia de células B maduras, altamente agresiva, que se presenta en 3 formas: endémica, asociada a inmunodeficiencia y esporádica; siendo esta última de presentación más frecuente a nivel gastrointestinal (en el área ileocecal), constituyendo entre 1-2 % de los linfomas en adultos. Se trata de tumores de crecimiento acelerado, pero con alta sensibilidad al manejo con quimioterapia, aunque con posibilidad de desarrollo de resistencia precoz, por lo que se requiere de un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.

Revisar la literatura científica sobre la epidemiología, características clínicas, de diagnóstico y tratamiento del linfoma de Burkitt primario de colon, y presentar un caso.

**Materiales.** Paciente masculino de 30 años de edad, previamente sano, quien debuta con dolor abdominal y hematoquezia. Ingresa con resultado de estudios ambulatorios que evidencian lesión friable, con compromiso del 100 % de la circunferencia y estenosis del 95 % de la luz en ángulo hepático del colon, infiltrativa a espacio para-renal derecho y músculo Psoas.

**Resultados.** Ante la clínica obstructiva se efectuó hemicolectomía derecha, resecando un tumor abdominal de 30x15 cm de diámetro. La patología reportó neoplasia linfoproliferativa de alto grado a favor de linfoma Burkitt, con compromiso del ciego y el tejido graso pericolónico, y márgenes de resección libres. Tuvo adecuada evolución posoperatoria y se remitió a Oncología clínica para continuar manejo.

**Conclusiones.** Los linfomas intestinales deben ser considerados en el diagnóstico diferencial de los tumores a dicho nivel. El estudio histo-patológico es el único método definitivo para el diagnóstico. La elección entre manejo quirúrgico, quimioterapia o combinado, debe individualizarse en cada caso.

### 04 – ID299

#### **El papel del cirujano en el manejo del cáncer de ovario**

Maikel Pacheco, Jesús José Dueñas Orejuela,  
Jairo Mendoza, Mauricio González Dorado  
Hospital Universitario San José, Bogotá  
jjduenas@fucsalud.edu.co

**Introducción.** Toda paciente con hallazgo de masa pélvica y tumor de ovario, con marcadores ca125 e índice de riesgo de malignidad positivo, debe ser llevada a estudios de extensión con el fin de determinar la posibilidad de realización de triage laparoscópico de resecabilidad (índice de Fagotti) y así establecer el beneficio de una citorreducción ya sea primaria, de intervalo, o ultra radical.

**Objetivos.** Establecer el momento oportuno para la intervención del cirujano general y oncológico en el manejo de pacientes con cáncer de ovario.

**Materiales.** Teniendo en cuenta 20 casos clínicos de pacientes con cáncer de ovario con triage laparoscópico de resecabilidad preestablecido, manejadas mediante citorreducción ultra radical y/o quimioterapia neoadyuvante, en conjunto con servicio de ginecología laparoscópica, se busca demostrar disminución de tasas de mortalidad y recidiva a 1 año posoperatorio.

**Resultados.** En el seguimiento postoperatorio, no se han encontrado recidiva y se destaca la ventaja de la cirugía conjunta, logrando resultados de citorreducción óptima como factor principal en el manejo de los tumores de ovario.

**Conclusiones.** El manejo de las pacientes con cáncer de ovario con índice de Fagotti desfavorable, dado por compromiso gástrico, intestinal, mesentérico, diafragmático, peritoneal y hepático, que son llevadas a citoreducción ultra radical, realizada en manejo conjunto por ginecólogo oncólogo y cirujano oncólogo, requiriendo incluso intervenciones de cirujano hepatobiliar, coloproctólogo y gastroenterólogo, presentan una mayor probabilidad de citorreducción óptima y una notable disminución de recidiva.

#### 04 – ID446

##### **Localización atípica de tumor del estroma gastrointestinal: Reporte de caso de GIST pancreático**

*Ana Santos, Belisario Solana, Andrea Andrade, Vanesa Lujan*

Universidad de Cartagena, Cartagena  
amarisa2007@hotmail.com

**Introducción.** En las últimas décadas se ha observado un aumento en la frecuencia de las neoplasias pancreáticas, pero la presentación de tumores del estroma gastrointestinal (Gastrointestinal Stromal Tumors - GIST) en este órgano es extremadamente rara.

**Objetivos.** Presentar un caso clínico de una paciente con un tumor pancreático correspondiente a un GIST en quien se realizó una pancreatectomía distal.

**Materiales.** Estudio del caso, historia clínica, imágenes, técnica quirúrgica, complicaciones y revisión de la literatura médica.

**Resultados.** Se presenta el caso de una paciente, en cuyos estudios imagenológicos se documenta una masa de aspecto quístico, de paredes irregulares, dependiente de cuerpo y cola de páncreas. Se realizó pancreatectomía distal, lográndose exéresis tumoral total y de lesiones secundarias en mesenterio sin complicaciones. El diagnóstico

inmunohistoquímico es confirmatorio de tumor de estroma gastrointestinal epitelioide con metástasis a mesenterio.

**Conclusiones.** La incidencia de neoplasias pancreáticas ha aumentado en los últimos 60 años, siendo responsable de aproximadamente 7 % de las muertes por cáncer. El adenocarcinoma suele ser el tumor pancreático más frecuente (80 %), seguido de los tumores neuroendocrinos (15 %) y neoplasias quísticas (2 %). Es extremadamente rara la presentación de GIST en páncreas, por lo que existe aún interrogantes sobre su comportamiento biológico, que hacen necesario el estudio y seguimiento de los casos identificados.

#### CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA

#### 04 – ID332

##### **Experiencia en el Hospital Universitario San Ignacio del reparo de hernia diafragmática congénita por laparoscopia en paciente pediátrico**

*Edgar Salamanca Gallo, Jaime Andrés Cruz*  
Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C.  
jaime.cruz@javeriana.edu.co

**Introducción.** La hernia diafragmática congénita hace parte de un síndrome que consiste en la formación incompleta del diafragma mas hipoplasia e hipertensión pulmonar, la cual requiere manejo conjunto multidisciplinario en busca de la estabilidad del paciente, con posterior reparo del defecto diafragmático (abierto o laparoscópico). Aunque es más frecuente por laparotomía, recientemente, el abordaje de mínima invasión por toracoscopia ha aumentado la frecuencia de su uso, dados los beneficios en términos de disminución de adherencias, menor tiempo de recuperación y estancia hospitalaria, al igual que mejores cifras en términos de sobrevida, cuando se compara con el vía abierta.



**Objetivos.** Presentación de caso clínico de hernia diafragmática congénita asociado a síndrome de hipertensión e hipoplasia pulmonar, al cual se le dio manejo quirúrgico por abordaje de mínima invasión mediante toracoscopia, con resultados satisfactorio en los primeros 30 días del posoperatorio.

Se documenta procedimiento quirúrgico y resultados postoperatorios de la corrección de hernia diafragmática congénita por toracoscopia en paciente pediátrico.

**Resultados.** Pacientes llevados a corrección de hernia diafragmática congénita mediante técnica de mínima invasión por toracoscopia con mejoría progresiva de la mecánica ventilatoria y desarrollo pulmonar, con evolución clínica satisfactoria. Se expone procedimiento quirúrgico mínimamente invasivo dada la tendencia de reparo de esta lesión por vía abierta, con el fin de demostrar las ventajas posoperatorias.

**Conclusiones.** La corrección de hernia diafragmática congénita vía laparoscópica es un procedimiento en auge en nuestro medio en relación con el reparo por vía abierta, con resultados satisfactorios a pesar de ser una técnica poco utilizada pero con beneficios documentados.

## TRASPLANTES

### 04 - ID301

#### **Prevalencia de variaciones de la arteria hepática en receptores y donantes de trasplante de hígado de un Hospital Universitario de Cuarto Nivel en Colombia**

*Sergio Valencia, William Cruz, Alonso Vera*  
Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C.  
Sevava92@gmail.com

**Introducción.** Se considera como normal la anatomía que se encuentra en la mayoría personas pero existen diferentes variaciones anatómicas

vasculares. Conocer la distribución de las variaciones de la arteria hepática en nuestra población es importante para la preparación de los cirujanos durante una intervención abdominal.

**Objetivos.** Conocer la prevalencia de las variaciones anatómicas de la arteria hepática en los donantes y receptores de trasplante de hígado en la Fundación Santa Fe de Bogotá.

**Materiales.** Se obtuvo datos de forma retrospectiva de 735 historias clínicas, tanto de receptores como de donantes de hígado, que fueron trasplantados entre enero de 2002 a enero de 2016 en la Fundación Santa Fe de Bogotá.

**Resultados.** Se utilizó la clasificación de Hiatt para agrupar las variantes anatómicas. Se encontraron anomalías en el 22.3 % de los casos. La prevalencia de las variantes fue: tipo 1 (anatomía normal) 77.7 %, tipo 2, 8.7 %, tipo 3, 7.9 %, tipo 4, 2.9 %, tipo 5, 1.5 %, tipo 6, 0.5 %, y otras variantes que no se encuentran en la clasificación de Hiatt, 0.8 %. No se encontró ninguna diferencia significativa en resultados a corto o largo plazo en los pacientes trasplantados.

**Conclusiones.** No se encontró relación entre las variantes anatómicas y los desenlaces postquirúrgicos. Estos hallazgos son consistentes con lo reportado con la literatura internacional. La variabilidad sociodemográfica de nuestra muestra es representativa de la población colombiana, por lo cual consideramos que las prevalencias encontradas pueden ser extrapoladas.

## TRAUMA

### 04 – ID46

#### **Manejo por toracoscopia de hemotórax masivo secundario a lesión de arteria intercostal**

*Luis Eduardo Martínez López, Juan Pablo Charry, Andrea Hernández Zambrano*  
Fundación Universitaria Ciencias de la Salud  
lemartinez@fucsalud.edu.co

**Introducción.** Se presentan dos casos de trauma por arma cortopunzante en tórax posterior, asociado a hemotórax masivo, decidiendo manejo por toracoscopia, con adecuado drenaje del hemotórax y control de la lesión en arteria intercostal.

**Objetivos.** Realizar la propuesta de manejo selectivo para el control del hemotórax masivo con sospecha de lesión de arteria intercostal.

**Materiales.** Revisión de historia clínica y fotografías de dos pacientes llevados a toracoscopia diagnóstica, drenaje de hemotórax y control de lesión en arteria intercostal. Además de revisión de la literatura.

**Resultados.** Pacientes con adecuado control de sangrado arterial intercostal, adecuada expansión pulmonar, no complicaciones locales o regionales, disminución de días de hospitalización y pronto regreso a la vida laboral. **Conclusiones.** El manejo por toracoscopia del hemotórax masivo con sospecha de lesión de arteria intercostal es un método seguro y rápido para el cirujano general, con adecuada recuperación para el paciente y disminución de días de hospitalización.

#### 04 – ID447

##### **Hernia traumática de pared abdominal antero-lateral: ¿Cómo y cuándo reparar?**

*Ana Santos, Asdrubal Miranda, Luis Villota, Andrea Andrade, Jaime Díaz*  
Universidad de Cartagena, Cartagena  
amarisa2007@hotmail.com

**Introducción.** La hernia traumática de la pared abdominal es una afección rara, resultado de la ruptura musculo-fascial aguda, causada por un traumatismo cerrado directo, asociado en un porcentaje significativo a lesiones intra-abdominales. Es un tema controversial en cuanto a su diagnóstico, clasificación y manejo.

**Objetivos.** Presentar un caso clínico de paciente con hernia de pared abdominal antero-lateral de

origen traumático y la técnica para su reparación quirúrgica.

**Materiales.** Estudio del caso, imágenes, técnica quirúrgica y revisión de la literatura médica.

**Resultados.** Se expone el caso de un paciente que posterior a caída de 8 metros de altura presentó dolor abdominal intenso y deformidad clínica e imagenológica en pared abdominal anterolateral. Se realizó laparotomía con evidente disrupción de las estructuras musculo-fasciales de pared abdominal antero-lateral, asociado a lesiones intra-abdominales. Se repararon las lesiones en vísceras abdominales y el defecto herniario mediante la colocación de malla de polipropileno preperitoneal, exhibiendo evolución satisfactoria a 1 año posoperatorio.

**Conclusiones.** Menos de 1 % de los traumas cerrados pueden presentarse con una hernia abdominal, generalmente asociada a lesiones intra-abdominales (hasta 67 % de los casos). El manejo se orienta desde la individualidad, de acuerdo a la presentación de cada paciente, siendo el principal punto de discusión el momento de su resolución quirúrgica (inmediata o diferida). En el presente caso, dada la sintomatología, extensión del defecto y su irreductibilidad, se efectuó una cirugía urgente, reparando inmediatamente del defecto mediante colocación de malla, con resultados satisfactorios.

#### 04 – ID459

##### **Estado nutricional de pacientes con trauma que requieren soporte nutricional en un hospital nivel III del suroccidente colombiano**

*Wilmer Fernando Botache, Juan José Rubio, Juan Sanjuan, Rolando Medina, Luis Arturo Rojas, Juliana Puerto, Sebastián Gómez, Gustavo Restrepo*  
Universidad Surcolombiana, Neiva  
wilmerbotachec@hotmail.com

**Introducción.** El trauma es una epidemia global, que genera un hipermetabolismo basal aumentando los requerimientos nutricionales, lo que puede resultar en desnutrición hospitalaria, considerada un gran predictor de morbimortalidad. La evaluación del estado nutricional es importante para identificar estados susceptibles que requieran una intervención oportuna.

**Objetivos.** Describir el estado nutricional en pacientes con trauma que requieren soporte nutricional.

**Materiales.** Análisis descriptivo de subgrupo de una cohorte retrospectiva (del primero de enero al 31 de diciembre 2015) de pacientes con trauma que requieren soporte nutricional.

**Resultados.** Del total de 79 casos de trauma que requirieron soporte nutricional, se encontró que 63 (79,7 %) pacientes eran hombres. Todos los casos fueron observados en pacientes con una mediana de edad de 45 años (RIC= 17-81), y 14 % eran mayores de 65 años. El mecanismo del trauma más frecuente fue el accidente de tránsito en 42,3 % de los pacientes. En cuanto al estado nutricional se encontró que 61 (77,2 %) tenían desnutrición severa, 11 (22,7 %) desnutrición moderada, y 9 (8,8 %) desnutrición leve; de los cuales, 9 (11,1 %) recibieron nutrición parenteral y 69 (88,4 %) recibieron nutrición enteral. Se encontró una mortalidad del 22,4 %, quienes tenían nutrición enteral, por consiguiente, la mortalidad en pacientes que recibieron nutrición enteral fue 41,4 %.

**Conclusiones.** El trauma se presentó con mayor frecuencia en hombres menores de 65 años, siendo el accidente de tránsito el mecanismo de trauma predominante. La intervención de soporte nutricional evidencia un predominio de desnutrición severa y la mayoría de los pacientes recibieron con nutrición enteral.

#### 04 – ID460

##### **Estado funcional de los pacientes con trauma craneoencefálico críticamente enfermos**

*Wilmer Fernando Botache, Juan José Rubio, Juan Sanjuan, Rolando Medina, Héctor Conrado, Luis Arturo Rojas, María Alejandra Rubio, Yurley Milena Ramírez*

Universidad Surcolombiana, Neiva  
heconjisan@gmail.com

**Introducción.** El trauma craneoencefálico (TCE) continúa siendo la principal causa de morbimortalidad entre pacientes con trauma. La discapacidad y el compromiso cognitivo corresponden a la principal afectación configurando pronóstico a largo plazo.

**Objetivos.** Describir el desenlace de los pacientes que ingresan a la UCI adultos por trauma craneoencefálico en el Hospital Universitario de Neiva.

**Materiales.** Se realizó un estudio prospectivo tipo cohortes / casos y controles donde se incluyeron los pacientes con TCE severo.

**Resultados.** Se encontraron 32 pacientes con trauma craneoencefálico, más del 90 % hombres, la mayoría con estabilidad hemodinámica al ingreso. Se practicó neurocirugía en el 40 % de los pacientes y aunque todos tenían indicación de monitorización de presión intracraneana, solo se realizó en el 6 % de los pacientes. El puntaje en la escala de desenlaces de Glasgow presentó una mediana de 3 (RIC=2-5 puntos). Se clasificó la severidad de la discapacidad en buena recuperación 9,3 %, discapacidad moderada 31,2 %, discapacidad severa - muerte hasta en un 25 %. Se determinó que un puntaje en la ECG se relacionaba con un Glasgow más bajo. La neumonía aspirativa fue la principal complicación extracraneal. La mortalidad global correspondió a un 34,4 %.

**Conclusiones.** En conclusión, el TCE continua afectando de manera especial a las poblaciones jóvenes, con una alta incidencia de consecuencias discapacitantes y alta mortalidad. Los centros de trauma deben implementar protocolos más estrictos para promover la prevención y reforzar la aplicación de recomendaciones mundiales para mejores resultados en términos supervivencia y calidad de vida.

#### 04 – ID461

##### **Mortalidad en el trauma de grandes vasos abdominales. Experiencia de un hospital de referencia del sur colombiano**

*Wilmer Fernando Botache, Juan José Rubio, Juan Sanjuan, Rolando Medina, Nefataly Vargas, Sandra Rojas, María Ximena Andrade, Estefania Barbosa, Marco Antonio Velasco*  
Universidad Surcolombiana, Neiva  
wilmerbotachec@hotmail.com

**Introducción.** Actualmente el trauma de cualquier origen, constituye la principal causa de muerte mundial en las primeras décadas de la vida. Aunado a esto, la lesión de grandes vasos abdominales constituye una de las lesiones más letales sufrida por el paciente politraumatizado, que generalmente tiene otras lesiones graves.

**Objetivos.** Describir el desenlace del paciente con trauma de grandes vasos abdominales.

**Materiales.** NA.

**Resultados.** Un total de 22 pacientes fueron llevados a cirugía por trauma de vasos abdominales. El principal mecanismo de trauma fue penetrante, 45 % por heridas por proyectil de arma de fuego y 27 % por arma cortopunzante. Al ingreso a urgencias los pacientes se caracterizaron por tener hipotensión arterial con taquicardia (63 %).

**Conclusiones.** El trauma de grandes vasos abdominales continúa siendo una entidad sumamente importante, que requiere un manejo rápido, claro y efectivo debido a su alta mortalidad.

#### 04 – ID462

##### **Trauma hepático: Experiencia de una institución nivel III del surcolombiano**

*Wilmer Fernando Botache, Juan José Rubio, Juan Sanjuan, Rolando Medina, Luis Arturo Rojas, Christian Camilo Guzmán, María Alejandra Rodríguez, Gabriel Sánchez*  
Universidad Surcolombiana, Neiva  
kharma2012@hotmail.com

**Introducción.** El hígado es uno de los órganos más vulnerable ante traumas abdominales cerrados y penetrantes. La severidad del trauma depende de múltiples factores. En los últimos años, se ha visto un descenso importante en la morbi-mortalidad por trauma hepático, debido a un diagnóstico y tratamiento más precoz.

**Objetivos.** Caracterizar el trauma hepático en un hospital de referencia surcolombiano.

**Materiales.** Análisis descriptivo de subgrupo de una cohorte retrospectiva (primero de enero a 31 de diciembre de 2015) de pacientes con trauma hepático. La severidad del trauma fue evaluada mediante la clasificación AAST.

**Resultados.** En total se encontraron 49 pacientes con trauma hepático intervenidos quirúrgicamente. La media de edad de los pacientes fue de 19 años (RIC=15-20); 39 (79,6 %) fueron hombres. En cuanto al mecanismo de lesión, 19 (38,7 %) casos correspondieron a heridas por proyectil de arma de fuego y 13 (26,5 %) a herida por arma corto-punzante. La severidad de la lesión fue principalmente grado II [n=21(42,8 %)] y grado I [n=13 (26.5 %)]; la lesión grado III se presentó en el 22,4 5% (n=12) de los casos. Los órganos lesionados asociados fueron pulmón en 13 (20,6 %) pacientes, colon y estómago en 7 (11,1 %) casos cada uno, diafragma y bazo en 6 (9,5 %) casos cada uno. La intervención quirúrgica más frecuente fue hepatorrafia en 26 (27,3 %) pacientes; el 65 % de los pacientes necesitaron más de dos procedimientos. El 77,5 % de los pacientes necesitó de manejo en una unidad de cuidados intensivos.

**Conclusiones.** El trauma hepático fue más frecuente en hombres jóvenes, generado por proyectil de arma de fuego y arma corto-punzante.

#### 04 – ID463

##### **Factores de riesgo relacionados al uso del Catéter Venoso Central (CVC) en un hospital de referencia en el surcolombiano**

*Wilmer Fernando Botache, Juan José Rubio, Juan Sanjuan, Rolando Medina, Nefataly Vargas, Gabriela Evers, Daniela Tafur, David Farah, Nicolas Becerra*

Universidad Surcolombiana, Neiva  
wilmerbotachec@hotmail.com

**Introducción.** Los factores de riesgo para las complicaciones de catéter venos central (CVC) han sido abordados desde diferentes escenarios, sin embargo, los resultados han sido controversiales en relación a aspectos técnicos como instituciones académicas, curvas de aprendizaje y técnica utilizada, entre otros.

**Objetivos.** Determinar los factores relacionados a las complicaciones en pacientes a quienes se realizó inserción de catéter venoso central en el HUN,

Institución nivel IV de complejidad en la atención, sitio de referencia del suroccidente colombiano.

**Materiales.** Análisis descriptivo de una cohorte retrospectiva (de primero de enero a 31 de diciembre de 2015) de pacientes que fueron llevados a inserción de CVC en el HUN.

**Resultados.** Del total de 139 pacientes llevados a inserción de CVC, 111 presentaron comorbilidades, dentro de las cuales la más frecuente fue la inmunosupresión patológica con 26 (18,7 %) casos. El diagnóstico más frecuente fue diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso en 8 (5,7 %) casos, relacionados con el monitoreo hemodinámico como indicación más frecuente en 56 (40,3 %) casos; 43 pacientes (30,9 %) presentaban infección respiratoria concomitante al momento de la inserción. En nuestra institución la lateralidad más frecuente fue la derecha con 93 (67,4 %) inserciones; en 34 casos (24,6 %) se realizó una única punción. Los médicos residentes fueron quienes en la mayoría de los casos (42,0 %) la realizaron y la UCI fue el sitio más frecuente en donde se realizó con 61 (44,2 %) casos. Solo 51 (36,9 %) pacientes presentaron complicaciones, la más frecuente fue la infecciosa con 27 (19,6 %) casos y 74 (54,0 %) pacientes fallecieron.

**Conclusiones.** NA



## ÍNDICE DE AUTORES

Abadía, Mario A.	35	Bayter, Eduardo Francisco	58
Abadía, Mario	40, 94	Bayter, Eduardo	90, 94
Acosta Ferrer, Geylor	21, 66, 72, 78, 79, 85	Becerra, Nicolas	110
Acuña Roa, Eddison Alberto	62	Benítez Navarrete, Elkin	15, 98
Agudelo, Juan Javier	37	Bernal Carrillo, Laura Gabriela	101
Aldana Dimas, Guillermo E.	31, 49	Bonilla, Ana Deise	36
Álvarez Chica, Luis Fernando	76, 89	Borráez, Bernardo	18, 28, 32, 38, 39
Álvarez, Cristian	47	Botache, Wilmer Fernando	49, 52, 107, 108, 109, 110
Alzáte Castaño, Jaime Esteban	70, 102	Builes, Carlos A.	60
Alzáte, Jaime Esteban	37	Buitrago Ramírez, Ricardo	65
Amador, Diana Patricia	27	Buitrago, Diego Andrés	22, 36
Andrade Alegre, Rafael	91	Burgos, Rodrigo Antonio	33
Andrade, María Ximena	109	Bustillo Arrieta, Carlos	102
Andrade, Andrea	101, 105, 107	Bustos Guerrero, Ada	50
Andrade, William	87	Bustos Molina, John Alexander	62
Andrés Cruz, Jaime	105	Cabrera Vargas, Luis Felipe	92
Ángel Durán, Miguel	32	Cadena, Manuel	44
Aponte, Diego	61	Camargo, Daniela	36
Ardila, Diego Alejandro	58	Campillo, Jorge	35
Arenas, Isabel	30	Cardona Díaz, Luis Fernando	69
Arévalo, Cáterin	32, 39, 58	Cardona Nuñez, Uriel Ovidio	45
Arias, Fernando	44	Cardona, Uriel	33, 45, 46
Aristizábal Arjona, Felipe	41	Carranza, Paola	98
Aristizabal, Juan Pablo	24	Carrascal, Leonardo	87
Arroyave Isaza, María Clara	74, 75	Carrero Rivera, Sonia Alejandra	76
Arroyave, Gabriel	41, 42	Carvajal López, Alejandro	77
Arroyave, María Clara	76	Carvajal, Carlos	92
Ayala Alonso, Nathalia	43	Carvajal, German David	18
Azuero, Jorge	64	Carvallo Vargas, Laura Maria	69
Azula Uribe, Maria Camila	80	Casas Jaramillo, Felipe	73
Badiel, Marisol	54	Castañeda Motta, Catalina	73
Ballen García, Manuela	63	Castaño Cardona, Ana Lucía	75, 83
Baquero Zamarra, David Ricardo	62	Castaño Llano, Rodrigo	82
Baquero, Rogers Leonardo	49	Castro, Mónica María	22
Barbosa, Estefania	109	Castro, Mónica	71
Barco, Andrés	62	Caycedo Cifuentes, Nicolás	19
Barraza, Osvaldo	97	Cevallos, Cecibel	50, 52, 53, 54
Barrera Latorre, Mario Hugo	38, 62	Charry Bahamón, Juan Pablo	83
Barrera, Luis Manuel	26, 47	Charry, Juan Pablo	106
Barreto, Dhayra Karem	63	Charry, José Daniel	49
Barrios, Arnold José	14, 94	Chávez, Jaime Fernando	30, 37
Barrios, Rodolfo	92	Chona, Mauricio	61
Bassi, Claudio	26, 27	Coba Barrios, Hernando José	87
Bautista, Camilo	99	Coba, Hernando	29
Bayona, Juan Gabriel	69		

Conrado, Héctor	108	Farak Arrieta, Luis Carlos	15
Coral Argorty, Esteban Mauricio	31	Figueroa, Carlos Edgar	62
Córdoba, Adriana	83	Flórez Dussan, Gloria Stella	14
Córdoba, Adriana	88	Forero Turca, Juan Carlos	31
Correa Cote, Juan Camilo	77	Forero, Juan Carlos	94
Correa Restrepo, Julieta	48, 72, 79, 102	Francisco, Mauricio	26
Correa, Jesica	80, 81	Fuentes Díaz, Carlos	12
Cortés Murgueitio, Natalia	85, 86	Garavito, Carlos Ernesto	50
Cristancho Torres, Laura	99	Garcés, Juan Sebastián	67
Cruz Mendoza, Diego Fernando	34	García, Alberto F.	52, 53, 54
Cruz, Alfonso	73	García, Andrés Mauricio	36, 43, 84
Cruz, Carlos	39	García, María Paula	54
Cruz, William	106	García, Pablo	73
Cuadrado, Daniela	57	Giraldo Garay, David	96, 100, 103
Cuevas, Liliana	80	Giraldo, Lina	58, 90
Daes, Jorge	67, 68	Girón Arango, Felipe	43
Dávila Martínez, Diego	24	Gómez Gámez, Carlos Andrés	31
Dávila, Diego	24	Gómez Garnica, David G.	93
Daza, María Laura	22	Gómez Gómez, Daniel	87
Daza, María	57	Gómez Quintero, Carlos Felipe	84
De Francisco, Juan	58, 90	Gómez, Ramiro	17
de Lacy, Antonio	76	Gómez, Carlos Andrés	29
De Lacy, Borja	76	Gómez, Carlos Felipe	27
del Toro Celemin, Margareth	91	Gómez, Carlos	88
del Valle, Ana Milena	50, 52, 53	Gómez, Carolina	50
Delgado Camargo, Katherine	11	Gómez, Ramiro	42
Delgado López, Carlos Andrés	63	Gómez, Sebastián	107
Delgado, Carlos Andrés	48	González Dorado, Mauricio	95, 104
Díaz Rodríguez, Sergio	74, 75	Gonzalez Nuñez, Daniel	97, 100
Díaz, Carlos Eduardo	93	González, María Cristina	67, 96
Díaz, Francisco Javier	19	González, Mario	77
Díaz, Francisco	44	Gorganchian, Federico	14
Díaz, Jaime	107	Granados, Álvaro Eduardo	49
Díaz, Liz	32	Granados, Álvaro	90
Diazgranados Goenaga, Esteban	58, 90	Granados, Marcela	54
Diego Ardila,	90	Gregori, José	79
Dorado, Evelyn	20, 80, 81	Guerra Toro, José	19
Duarte, Álvaro Andrés	26, 27	Guevara Castro, Raúl	17, 33
Duarte, Álvaro	30, 37	Guevara, Luis Alejandro	84
Dueñas Orejuela, Jesús José	104	Guevara, Oscar A.	87
Duque, Mauricio Francisco	47	Guevara, Óscar	28, 40
Duran, Miguel	56	Guevara, Raúl	40, 59, 82
Eduardo Calixto, Álvaro	58	Gutiérrez de la Peña, Karla P.	102
Ensuncho Hoyos, Cesar Rafael	11, 18	Guzmán, Christian Camilo	52, 109
Escobar, Bibiana	28	Guzmán, Guillermo	81
Escobar, René M.	70, 75, 83	Haddad, José Gregorio	21, 66
Esmeral, Natalia	20, 80, 81	Hanssen Londoño, Andrés	66
Espitia, Omar	15	Hargitay, Rafael Hanssen	21
Esquivia Pinzón, Carlos Manuel	102	Henao, Francisco Javier	85, 86
Esquivia, Carlos	58, 65	Hernández Restrepo, Juan David	44
Eusse, Gabriel	87	Hernández Zambrano, Andrea	106
Evers, Gabriela	110	Hernández, Arturo	29
Falla, Andrés	61	Hernández, Hender	17, 42
Farah, David	110	Hernández, Juan David	36, 43, 84

Herrera Sáenz, Francisco	11, 91	Medina, Oscar	87
Herrera, Gabriel Eduardo	43, 78	Medina, Rolando	25, 49, 107, 108, 109, 110
Herrera, Gabriel	44	Mejía, David Alejandro	48
Herrera, Jorge	63	Méndez Giraldo, Manuela	22, 23, 32
Herrera, Luis E.	29	Mendivelso, Freddy	17
Hoyos Duque, Sergio Iván	37	Mendoza Zuchini, Andrés	87
Hoyos V., Juan Carlos	104	Mendoza, Jairo	104
Hoyos, Juan Carlos	101	Mendoza, María Clara	37
Hoyos, Sergio Iván	30, 37	Mendoza, María	61
Huertas, Margarita	61	Merchán, Ricardo	61
Jaimes Santamaría, Laura	104	Metke Jiménez, Ricardo	16
Jaimes, Laura	101	Meza, Julián Andrés	28
Jaramillo Ruiz, Carlos Augusto	100	Meza, Julián	36
Jiménez, Germán	17	Miranda, Asdrubal	107
Katime, Iván	61	Mojica Ordoñez, Estefanía	17, 42, 50
Labrador, Guillermo	17, 42	Monroy, Andrés	62
Lagos, Jenith Rocío	28, 36	Monsalve, Sebastián Camilo	72
Lasprilla, Natalia	61	Montoya Botero, Jaime A.	36
Lasso Ossa, Andrés David	95	Montoya, Jaime Andrés	28, 29
Linares, Juan David	36, 43, 44, 84	Montoya, Jaime A.	38
Llano Sánchez, Adriana	63	Montoya, Rosa Angélica	33
Londoño, Andrés Hanssen	21, 66, 72, 78, 79, 85	Morales, Carlos H.	60, 70, 75, 79, 83, 102
Londoño Mazo, Stevenson O.	60	Morales, Carlos Hernando	48, 68
Londoño, Eduardo	44	Moreno Torres, Andrey	11, 12
Lopera, Carlos Alberto	72	Moreno, Leonardo	98
López Baldiris, Katerine	65	Moreno, María Daniela	43
López Panqueva, Rocío	36	Moros, David	87
López, Carlos	82	Moros, Manuel	87
López, Deivis	17, 42, 87	Munevar, Esteban	20
Lopez, Paula	11, 40	Muñoz Zuluaga, Mario	32
López, Vanessa	60	Naranjo Salazar, Camilo	82
Lora Aguirre, Alejandro	14, 94, 95	Naranjo, María Paula	54
Lujan, Vanesa	105	Nassar Bechara, Ricardo	36, 43
Luna, Rubén Daniel	87	Nassar, Ricardo	44, 84
Luna-Jaspe Caina, Carlos A.	87	Neira, Andrés	98
Luque, Erika	67, 68, 96	Noya, Jairo	21, 72, 78, 85
Mahler, Manuel Alejandro	18	Nuñez, José Tomás	21, 66, 66
Malleo, Giussepe	27	Ocampo Echavarría, Carlos M.	72
Manrique, María Eugenia	29, 40	Ochoa, Juan Manuel	13
Mantilla Gaviria, Habib	12, 90	Olaya Rodríguez, Héctor G.	31
Manzano, Ramiro	50, 52, 53, 54	Oliveros Wilches, Ricardo	28, 40
Marchegiani, Giovanni	26	Ordoñez Mosquera, Juliana M.	96, 97, 103, 100
María Fernanda Mercado,	18	Ordoñez, Carlos A.	50, 52, 53, 54
Márquez Ustariz, Alfonso	16, 20	Ordoñez, Carlos Alberto	51, 53
Márquez, Jorge Adalberto	64	Orozco, Claudia	34
Martínez López, Luis Eduardo	30, 106	Ortiz Silva, Camilo	19, 30, 30
Martínez, Jorge	55	Ortiz, Douglas Omar	71, 77
Martínez, David Andrés	33	Osorio Covo, Carlos Gustavo	11, 91
Martínez, Fabio H.	77	Osorio, German	60
Martínez, Juanita	39	Osorio, Jorge Hernan	69
Martínez, Luis Eduardo	49, 95	Ospina, Laura	20
Mateus, Carolina	32, 39	Pacheco Maldonado, Javier M.	59
Mateus, Yannira	55	Pacheco, Maikel Adolfo	31, 35, 49, 59, 94, 95,
Medina, María	32		104



Padilla Herrera, Cristina	59	Rodríguez Cantillo, Jhonatan	91
Padua García, María Carolina	61	Rodríguez Flórez, Roberto José	49
Padua, María Carolina	55	Rodríguez Sabogal, Carlos	93
Palacios R., Oscar	24	Rodríguez, Carlos Alberto	13
Palacios Rodríguez, Helmer E.	56	Rodríguez, Carmen	21
Palacios, Oscar	24	Rodríguez, Fernando	53
Parra Puentes, Juan Sebastián	71	Rodríguez, José	58, 65
Parra, Michael W.	53, 54	Rodríguez, María Alejandra	109
Peñaloza, Camila	56	Rodríguez, María	32
Perdomo, Felipe	44	Rojas, Alexei	34
Pérez Calderón, Daniel	100	Rojas, Andrés	11, 12
Petrucci, Claudia	21	Rojas, Angélica	93
Piccolo, Roberta	26, 27	Rojas, Luis Arturo	25, 107, 108, 109
Pineda Garcés, Catalina	77	Rojas, Sandra	101, 109
Pinilla, Raúl Eduardo	28, 29, 36, 38, 40	Román, Alejandro	60
Pinto, Ernesto	43, 44, 84	Romero, July	32
Plotnikov, Sergio	21, 66, 72, 78, 79, 85	Romo Sánchez, Julián Andrés	44
Polo Pertuz, Jaider	64, 88	Rosero, Germán Antonio	35, 85, 86
Porras Bueno, Cristian	50	Rosero, Germán	71
Portillo, Sebastián	22, 23	Rubio, María Alejandra	108
Posada, José Carlos	18, 29	Rubio, Juan José	107, 108, 109, 110
Posada, Liza	57	Rueda Cadena,	Pablo A. 94
Preciado, Javier	61	Ruiz Pineda, Juan Pablo	14, 61, 94, 95
Prieto, Robín German	18	Russi, Hernando	93
Prieto, Edgar Fernando	73	Sabogal, Juan Carlos	62
Prieto, Robin	61	Sáez Martínez, Anuar Alonso	73
Puentes, Sergio Andrés	43	Said, Nadim	68
Puerto, Juliana	107	Salamanca Gallo, Edgar	105
Puerto, Leidy Juliana	25	Salamanca, William	55
Puyana, Juan Carlos	51, 52, 53	Salazar García, Andrés Felipe	16, 20
Quintero, Laura	40	Salcedo Miranda, Diego	65, 70
Ramírez Pereira, Jorge	65	Salcedo, Alexander	50, 52, 53, 54
Ramírez, Jaime Alberto	26, 47	Salvia, Roberto	26, 27
Ramírez, Juan Camilo	83, 88	Sanabria, Luis Eduardo	49
Ramírez, Judith	96	Sanchez Maldonado, William	12
Ramírez, Margarita María	49	Sánchez, Gabriel	109
Remolina, Carlos	58, 65	Sánchez, William	61, 90, 99
Rendón, Juliana	40	Sanjuan, Juan Felipe	25
Restrepo Jaramillo, Mónica	68	Sanjuan, Juan	107, 108, 109, 110
Restrepo, Camilo	22, 23	Santacoloma, Jimena	49
Restrepo, Carolina	36	Santivañez Palomino, Juan José	36, 98
Restrepo, Gustavo	107	Santos, Ana	101, 105, 107
Restrepo, Hernán	41, 42	Santos, Jorge	61
Rey, Andrés Felipe	58	Serna, Adriana	92
Rey, Andrés	90	Serna, José Julián	50, 52, 53, 54
Rey, Carlos	98	Serrano Rodríguez, Mayerlin	96, 100, 103
Rey, Mario	40	Sierra Marín, Jhonny	41,42
Ricaurte, Alberto Enrique	43	Sierra Succar, Lorena	91
Ricaurte, Alberto	44, 98	Sierra, Andrés	56
Rico Juri, Juan Manuel	76	Sierra, Daniela	79
Rivera Arbeláez, Diego	89	Sierra, Sebastián	22, 23, 56, 67
Rivera, Mónica	61	Siljic Bilicic, Ivo	33, 45, 46
Riveros, Manuel	40, 82	Solana, Belisario	105
Rodríguez Blanco, José	102	Suárez Olarte, Liliana María	33

Suárez Rodríguez, Raúl	70	Vega, Neil Valentín	14
Suárez, Liliana	17, 35, 40, 59, 82	Vega, Valentín	14, 94
Tafur, Daniela	110	Velandia, Sara Milena	13
Tarazona Bautista, Camilo	47	Velasco, Marco Antonio	109
Tarazona, Camilo	26	Velásquez, María Elena	43
Téllez, Diego Felipe	93	Vélez, Paula A.	77
Tobón Franco, Sebastián	47	Vera, Alonso	106
Toro, Juan Pablo	60, 68, 70, 75, 79, 83, 102	Vergara Suárez, Fabio	47
Torregrosa, Lilian	57	Vergara, Juliana Andrea	48
Trujillo Vidal, Jorge Hernán	69	Vergara, Fabio	26
Trujillo Zapata, Yessica A.	73, 102	Vergnaud, Jean Pierre	72
Trujillo, Yessica	97	Vidal, Jenny Marcela	51
Turca, Juan Forero	64	Vidal, Marcela	50, 52, 53, 54
Ulloa Gordon, Fernando M.	83	Viettri, Diana	21, 72, 78, 85
Upegui, Daniel	18	Villamil, Mónica L.	32
Uribe, Andrés	56	Villarreal Viana, Ricardo	35, 70, 94
Valbuena, Diego Efraín	40	Villate, Juan Pablo	92
Valderrama Alba, Juan S.	35	Villegas Bonilla, César Augusto	33
Valencia Salazar, Juan Carlos	45	Villota, Luis	101, 107
Valencia, Juan Carlos	45, 46	Yurley Milena Ramírez,	108
Valencia, Sergio Alfonso	43, 78	Zambrano, Juan Manuel	78
Valencia, Sergio	106	Zapata, Andrés	77
Vargas, Jorge	61	Zapata, Felipe	22, 23
Vargas, Luis Felipe Cabrera	11	Zuluaga Zuluaga, Mauricio	45
Vargas, Nefataly	109, 110	Zuluaga, Juan David	67
Vásconez, Judith Natalia	12, 14	Zuluaga, Mauricio	33, 45, 46
Vásquez Maya, Camilo	82	Zurita Medrano, Nayib de Jesús	39, 73, 97



# ÍNDICE DE TÍTULOS

## Trabajos Libres

### CABEZA Y CUELLO

Ácido Tranexámico local en vaciamiento ganglionar (Reporte preliminar) ..... 12

Comparación entre la eficacia de la energía mecánica ultrasónica y la energía eléctrica monopolar en el abordaje quirúrgico de la glándula tiroides en la E.S.E. H.U.C. .... 11

Evaluación de la experiencia inicial en disección radical de cuello por incisión de espacios mínimos ..... 12

Reconstrucción esofágica avanzada, en un hospital de cuarto nivel en Bogotá, D.C. Serie de casos y revisión de la literatura ..... 11

### TÓRAX

Pectus excavatum: reparación con la técnica de Nuss, serie de 54 casos..... 13

### PARED ABDOMINAL

Cierre de heridas asistido por vacío, asociado a malla de tracción como opción de manejo de eventraciones post incisionales ..... 15

Fijación de prótesis en herniorrafia inguinal: ¿Hemos evolucionado? ..... 14

Presentación de técnica innovadora para reparación de hernias inguinales sin tensión ..... 15

Reparo de la hernia ventral extraperitoneal por laparoscopia: Experiencia de dos instituciones de tercer nivel, Bogotá, Colombia. 2015-2017 ..... 14

### GASTROINTESTINAL Y ENDOSCOPIA

Cecectomía en el manejo del muñon apendicular.. 19

Duplicaciones del tracto gastrointestinal ..... 18

Gastrectomía laparoscópica en cáncer gástrico. Hospital El Tunal ..... 19

Gastrectomía laparoscópica en el manejo del cáncer gástrico en el Hospital Universitario Erasmo Meoz, Cúcuta ..... 17

Gastrectomía total, crisis de un paradigma ..... 17

Manejo médico del “body packer” en el hospital universitario del caribe. Cartagena. 2014-2016 ..... 18

Migración de malla a la unión gastroesofágica: una complicación infrecuente de la reparación de la hernia hiatal gigante ..... 16

### BARIÁTRICA

Cirugía bariátrica robótica, experiencia inicial ..... 21

Hallazgos radiológicos anormales post Cirugía bariátrica. Experiencia en la Fundación Valle del Lili, Cali...20

Protocolo de manejo del paciente obeso y su efecto en los resultados clínicos de pacientes llevados a cirugía bariátrica y metabólica ..... 20

Volumetría gástrica 3D y su correlación con pérdida de peso después de gastrectomía vertical ..... 21

### HEPATOBILIAR

Análisis comparativo en 100 hepatectomías: laparoscópicas versus abiertas ..... 24

Análisis de mortalidad y desenlaces perioperatorios en 285 resecciones pancreáticas en el Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín ..... 30

Colecistectomía laparoscópica, experiencia en Clínica CES como centro de referencia ..... 23

Colecistectomía por laparoscopia: experiencias adquiridas ..... 27

Colecistectomía subtotal: una alternativa en el manejo de la colecistectomía difícil ..... 22

## COLON Y RECTO

Complicaciones de las ostomías realizadas en pacientes del IDC Las Américas ..... 32

Diabetes mellitus posterior a pancreatomectomía distal: las enfermedades malignas se correlacionan con mayor incidencia y presentación temprana. .... 27

Diagnóstico de la apendicitis y su variación en el tiempo ..... 32

Evaluación del manejo de la coledocolitiasis con o sin colelitiasis asociado realizando CPRE previo a colecistectomía por laparoscopia en una misma hospitalización ..... 28

Experiencia inicial de la colangiopancreatoscopia directa en el Instituto Nacional de Cancerología y Clínica del Country ..... 29

Experiencia temprana de resecciones hepáticas laparoscópicas y aplicación del índice de dificultad en el Instituto Nacional De Cancerología de Bogotá, D.C. Colombia ..... 28

Incidencia de falla anastomótica en anastomosis de intestino delgado, colon y/o recto: estudio de cohorte prospectiva en el Hospital de San José y Hospital Infantil Universitario de San José, Bogotá, D.C. .... 31

Lesiones de vía biliar en hospital universitario de III nivel ..... 22

Litotripsia electrohidráulica por coledocoscopia vía laparoscópica para cálculos gigantes. Hospital el Tunal, Bogotá ..... 30

Manejo quirúrgico de las estenosis de las hepaticoyeyunostomias: 7 años de experiencia de un centro de IV nivel de atención en Medellín, Colombia ..... 25

Necrosectomía abierta en pancreatitis aguda necrotizante: experiencia en un hospital de cuarto nivel .... 25

Pancreatoduodenectomía por laparoscopia. Experiencia en el Hospital El Tunal ..... 30

Pancreatogastrostomía versus pancreatoyeyunostomía con ducto mucoso para cirugía de Whipple: experiencia en un centro ..... 24

Reexaminando la microbiología de la Apendicitis complicada en Cali ..... 33

Revaloración de la clasificación de la hemorragia postpancreatomectomía: ¿Necesitamos redefinir los sangrados de grado A y B? ..... 26

## ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA

Características de los pacientes con Cáncer del tubo digestivo de 15 a 50 años del Hospital Universitario San José, Popayán, del año 2010 al 2015 ..... 34

Citorreducción completa y quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (hipec): experiencia del Hospital Infantil Universitario de San José, Bogotá, D.C. .... 35

Degastrogastrectomias: experiencia en el Instituto Nacional de Cancerología ..... 36

Experiencia en el manejo con quimioterapia neoadyuvante de cáncer gástrico avanzado con células de anillo de sello versus cáncer gástrico sin célula en anillo de sello. Clínica universitaria, Colombia. 2010-2016 .. 33

Experiencia y comparación de dos centros de referencia en el manejo de cáncer gástrico en Bogotá ..... 35

Factores de riesgo para márgenes de resección positivos en cáncer de páncreas ..... 37

Resección hepática en metástasis de cáncer colorectal, análisis de supervivencia de una cohorte de pacientes en el hospital Pablo Tobón Uribe. Medellín, Colombia.... 37

Tumores primarios del apéndice cecal en pacientes apendicectomizados: incidencia en 5 años en el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá ..... 36

## CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA

Cirugía cooperativa: Resecciones laparo-endoscópicas..... 38

Cirugía mínimamente invasiva en el Hospital Universitario Erasmo Meoz, Cúcuta ..... 42

Colecistectomía Clip-Less, será posible reemplazar la ligadura con grapas? ..... 45

Dolor posoperatorio en herniorrafia inguinal por laparoscopia con malla (malla de autofijación contra fijación con tackers) en la fundación Santafé de Bogotá en el año 2016. .... 44

Experiencia de esplenectomía por laparoscopia en el Instituto Nacional de Cancerología durante 5 años . 39

Experiencia de gastrectomía laparoscópica en Clínica Universitaria Colombia. 2012-2017 ..... 40

Experiencia inicial en el tratamiento de la peritonitis generalizada por laparoscopia ..... 42

Hernia del hiato de Winslow: manejo laparoscópico 38

Herniorrafia inguinal por laparoscopia con malla de autofijación, seguimiento a 4 años ..... 43

Herniorrafia inguinal por laparoscopia, nuestros primeros 300 casos ..... 46

Manejo de la colecistitis aguda complicada..... 39

Manejo laparoscópico del síndrome de ligamento arcuato ..... 41

Seguridad y desenlaces perioperatorios en pacientes llevados a apendicectomía por laparoscopia: es seguro el manejo ambulatorio? ..... 43

Tratamiento de fistulas enterovaginales y enterovesicales por laparoscopia ..... 45

Tratamiento de la obstrucción intestinal por laparoscopia ..... 41

Ventana pericárdica mínimamente invasiva: en que vamos después de 8 años? ..... 46

**TRASPLANTE**

Solución a la primera barrera inmune en xenotrasplantes ..... 47

Trasplante de riñón derecho sin alargamiento de la vena renal por cavoplastia, no esta asociado a una mayor incidencia de trombosis venosa ..... 47

**TRAUMA**

¿Sutura manual versus mecánica para anastomosis intestinal en trauma? Experiencia y manejo en el Hospital Universitario de Neiva ..... 49

Angioembolización para el manejo del trauma renal, serie de casos..... 48

Balón aórtico de Resucitación Endovascular (REBOA) o clampeo de la aorta por toracotomía de resucitación en pacientes con hemorragia no compresible del torso: Un meta-análisis de estudios observacionales ..... 54

Cirugía de rescate: Desarrollando un nuevo paradigma en cirugía de trauma y emergencia ..... 50

Complicaciones secundarias al uso del balón de resucitación endovascular de la aorta (REBOA) ..... 52

Determinantes del fracaso en el manejo no operatorio del trauma hepático cerrado ..... 52

La hora de oro en la cirugía de control de daños en pacientes con trauma penetrante del torso ..... 53

La progresión hacia una resucitación hemostática completa y temprana en pacientes con trauma penetrante del torso. .... 54

Manejo de los pacientes con trauma penetrante de cuello en dos hospitales de Bogotá, Colombia ..... 48

Morbimortalidad asociada al hemotórax secundario a trauma penetrante en centro de cuarto nivel, Bucaramanga, Colombia ..... 50

Reparo primario o reparo primario diferido en lesiones intestinales penetrantes ..... 51

Uso del balón de resucitación endovascular de la aorta (REBOA) en shock hemorrágico asociado a trauma penetrante abdominal ..... 53

**EDUCACIÓN Y BIOÉTICA**

Experiencia en entrenamiento laparoscópico para programas de residencia medicoquirúrgicas, con énfasis en cirugía general ..... 55

¿Ha cambiado la percepción de las cirujanas colombianas en relación a su ejercicio en los últimos 10 años?..... 57

Herramienta dirigida a residentes del área quirúrgica como método para mejorar el seguimiento del desempeño guiado por metas. .... 56

Sistema de registro digital de procedimientos de residentes de cirugía general ..... 56

## Casos Clínicos

### CABEZA Y CUELLO

Divertículo de Killian-Jamieson. Reporte de caso .. 58

### TÓRAX

Manejo con terapia asistida al vacío de mediastinitis en el período posoperatorio cardíaco..... 58

### PARED ABDOMINAL

Reconstrucción de pared abdominal en pacientes con restitución intestinal ..... 59

### GASTROINTESTINAL Y ENDOSCOPIA

Tumores gástricos inusuales: tumor glómico, schwannoma, leiomioma y cistoadenoma de páncreas ectópico ..... 59

### BARIÁTRICA

Nesidioblastosis del adulto luego de baipás gástrico..60

### HEPATOBILIAR

Peliosis hepática del lóbulo izquierdo con hemoperitoneo masivo (caso excepcional) ..... 61

### METABOLISMO QUIRÚRGICO

Manejo no quirúrgico de una fistula compleja ..... 61

### ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA

Carcinoma de células de Merkel con compromiso de la vía biliar ..... 62

Resección multivisceral por un equipo multidisciplinario en un paciente con adenocarcinoma de colon: estándar de manejo ..... 62

### CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA

Esofagectomía con ascenso gástrico e intervención en el píloro: continúa la controversia..... 63

### TRAUMA

Efecto Macklin como causa de neumomediastino en un paciente con trauma cerrado de tórax. Reporte de un caso ..... 63

Fistula aortoesofágica secundaria a pseudoaneurisma traumático de aorta torácica. Reporte de caso ..... 64

## Videos

### TÓRAX

Enucleación robótica de leiomioma esofágico ..... 65

Herniorrafia diafragmática por videotoracosopia .. 65

### PARED ABDOMINAL

Colectomía izquierda y reconstrucción de pared abdominal con cierre primario de defecto y separación de componentes por vía endoscópica ..... 68

Corrección laparoscópica de hernia hiatal gigante .. 66

Hernia ventral aguda con obstrucción intestinal: aproximación laparoscópica..... 68

Herniorrafia de Spiegel por laparoscopia..... 67

Modelo de entrenamiento para hernioplastia inguinal laparoscópica..... 66

Técnica TAR, Liberación de transversal abdominal..... 67

### GASTROINTESTINAL Y ENDOSCOPIA

Corrección de vólvulos gástrico y hernia hiatal con manga (sleeve) gástrica laparoscópica .....69

Esofagectomía mas ascenso gástrico laparoscópico para acalasia terminal en paciente con síndrome triple A .70

Esofagectomía mínimamente invasiva (técnica de McKeown) en un hospital de IV nivel como centro de referencia .....71

Miotomía de Heller por laparoscopia, técnica y manejo de perforación esofágica .....71

Resección laparoscópica de GIST gástrico con asistencia endoscópica .....69

## **BARIÁTRICA**

Baipás gástrico con sistema da Vinci Xi ..... 72

Reintervención en manga (*sleeve*) gástrica en paciente con reganancia de peso y síntomas de reflujo gastroesofágico ..... 72

## **HEPATOBILIAR**

Colecistectomía en *situs inversus* incidental ..... 73

Manejo quirúrgico tradicional del pseudoquiste pancreático en el siglo XXI, reporte de un caso ..... 73

## **ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA**

Esofagectomía en tres campos y ascenso gástrico por mínima invasión ..... 74

Feocromocitoma, reporte de un caso ..... 77

Gastrectomía radical laparoscópica con disección ganglionar D2 ..... 78

Gastrectomía total extendida por GIST gigante de la unión esofagogástrica ..... 75

GIST gástrico: resección trans-gástrica laparoscópica ..... 77

Manejo laparoscópico de feocromocitoma de la glándula suprarrenal derecha ..... 78

Resección anterior baja del recto vía transanal (TaTME)..... 76

Resección total de mesorrecto por vía transanal (TaTME) ..... 75

Tumor sólido pseudopapilar de páncreas. Tratamiento laparoscópico. .... 76

## **CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA**

Pancreatectomía distal con preservación de bazo por laparoscopia ..... 79

Colecistectomía laparoscópica híbrida NOTES transvaginal asistida con imanes ..... 79

Desbridamiento de necrosis pancreática video asistida por vía retroperitoneal ..... 80

Control de daños laparoscópico en paciente con hernia paraesofágica tipo IV secundaria a esofagectomía por mínima invasión ..... 80

Adrenalectomía retroperitoneal laparoscópica por hiperaldosteronismo primario. Experiencia en Fundación Valle del Lili ..... 81

Cuatro técnicas quirúrgicas de esofagoyeyunostomía en gastrectomía total laparoscópica ..... 82

Técnicas mínimamente invasivas para las anastomosis esófago-yeyunales ..... 82

Incisión de relajación en diafragma mas parche de fascia lata en hernia hiatal recurrente ..... 83

Quiste esplénico no parasitario. Presentación de un caso ..... 83

Manejo de la hernia paraesofagica aguda en paciente con antecedente de intervención ..... 84

Adrenalectomía derecha por laparoscopia ..... 84

Cirugía de Ivor Lewis mínimamente invasivo, anastomosis latero-lateral por toracoscopia ..... 85

Esofagectomía transhiatal laparoscópica ..... 85

Pancreatectomía distal con preservación del bazo por vía mínimamente invasiva ..... 86

Resección de insulinoma por laparoscopia asistida por robot ..... 86

Método pedagógico. Colecistectomía laparoscópica ..... 87

Reconstrucción laparoscópica de lesión de la vía biliar ..... 87

Gastroplastia de Collis-Nissen por laparoscopia ... 88

## **TRAUMA**

Herida toracoabdominal izquierda. Tratamiento por laparoscopia ..... 89

## **Pósteres**

### **CABEZA Y CUELLO**

Factores asociados a la incidencia de recidiva cervical en pacientes con carcinoma bien diferenciado de la glándula tiroides en la E.S.E. Hospital Universitario del Caribe ..... 91

Resección en bloque de Schwannoma tipo C del hipogloso y reconstrucción con el asa del hipogloso: Caso excepcional ..... 90

Síndrome de Eagle: presentación de casos y revisión de la literatura ..... 90

## **TÓRAX**

Osteosíntesis de columna dentro de la vía aérea inferior ..... 92

Secuestro pulmonar extralobar: diagnóstico y tratamiento por toracoscopia ..... 93

Tumor fibroso solitario de la pleura: un caso de hipoglicemia sintomática ..... 93

Uso de dos tubos en T para tratamiento de perforaciones del esófago de diagnóstico tardío ..... 91

## **PARED ABDOMINAL**

Apendicitis aguda dentro de saco crural derecho encarcelado ..... 96

Aproximación del manejo de abdomen abierto con malla de tracción y sistema de presión negativa 98

Hernia abdominal gigante con pérdida de domicilio y eventración gigante de la pared abdominal..... 95

Leiomioma pediculado encarcelado en hernia umbilical: diagnóstico inusual de abdomen agudo durante la gestación ..... 97

Manejo de hernia poco frecuente: reporte de caso de hernia de Grynfelt..... 95

Manejo de la terapia VeraFlo® en abdomen abierto en un Hospital en Bogotá. .... 96

Masa inguinal como presentación de apendicitis: Hernia de Amyand? ..... 97

Reconstrucción de pared abdominal compleja en dos etapas: presentación de 4 casos clínicos ..... 94

Reconstrucción de pared abdominal compleja en pacientes con carcinomatosis ..... 94

## **GASTROINTESTINAL Y ENDOSCOPIA**

Enteroscopia intraoperatoria transumbilical para el control de sangrado intestinal oculto recurrente por lipoma submucoso ileal ..... 99

Fistula colecistoduodenal como complicación inusual de ulcera duodenal perforada. .... 100

Infarto esplénico: Causa inusual de abdomen agudo en drepanocitosis ..... 101

Manejo de la ingesta de cuerpos extraños en el hospital universitario Mederi: reporte de un caso ..... 98

Rara presentación de obstrucción intestinal aguda por intususcepción ileocólica secundaria a mucocele apendicular ..... 100

## **COLON Y RECTO**

Documentación de GIST en colon descendente, reporte de un caso ..... 101

Hemicolectomía derecha laparoscópica por cistadenoma mucinoso del apéndice ..... 102

## **HEPATOBILIAR**

Técnica y uso de cianoacrilato para el tratamiento de fistula hepatopulmonar ..... 102

Tumor solido pseudopapilar de páncreas: Un tumor pancreático infrecuente ..... 103

## **ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA**

El papel del cirujano en el manejo del cáncer de ovario ..... 104

Linfoma de Burkitt de intestino grueso ..... 104

Localización atípica de tumor del estroma gastrointestinal: Reporte de caso de GIST pancreático ..... 105

## **CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA**

Experiencia en el Hospital Universitario San Ignacio del reparo de hernia diafragmática congénita por laparoscopia en paciente pediátrico ..... 105

## **TRASPLANTES**

Prevalencia de variaciones de la arteria hepática en receptores y donantes de trasplante de hígado de un Hospital Universitario de Cuarto Nivel en Colombia... 106

## **TRAUMA**

Estado funcional de los pacientes con trauma craneoencefálico críticamente enfermos ..... 108



Estado nutricional de pacientes con trauma que requieren soporte nutricional en un hospital nivel III del suroccidente colombiano .....	107
Factores de riesgo relacionados al uso del Catéter Venoso Central (CVC) en un hospital de referencia en el surcolombiano .....	110
Hernia traumática de pared abdominal antero-lateral: ¿Cómo y cuándo reparar? .....	107
Manejo por toracoscopia de hemotórax masivo secundario a lesión de arteria intercostal .....	106
Mortalidad en el trauma de grandes vasos abdominales. Experiencia de un hospital de referencia del sur colombiano .....	109
Trauma hepático: Experiencia de una institución nivel III del surcolombiano .....	109