

# REVISTA COLOMBIANA DE CIRUGÍA

[www.ascolcirugia.org](http://www.ascolcirugia.org) - [www.revistacirugia.org](http://www.revistacirugia.org)

VOLUMEN 34 - SUPLEMENTO · AGOSTO DE 2019

## TRABAJOS LIBRES, VIDEOS Y PÓSTERES

45 CONGRESO - SEMANA QUIRÚRGICA NACIONAL  
"EL RENACIMIENTO DE LA CIENCIA Y EL ARTE DE LA CIRUGÍA"

18 A 21 DE AGOSTO DE 2019  
CENTRO DE CONVENCIONES ÁGORA - HOTEL HILTON CORFERIAS  
BOGOTÁ, COLOMBIA





# REVISTA COLOMBIANA DE CIRUGÍA

ÓRGANO OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA

**Fundador:** MARIO RUEDA, MD, MACC (Hon) †

**Editor emérito:** JOSÉ FÉLIX PATIÑO, MD, FACS (Hon), MACC (Hon)

**Editora:** MÓNICA BEJARANO, MD, MSc, MACC

**Coeditor:** PATRIZIO PETRONE, MD, PhD, MPH, MHSA, FACS

**Editor asociado:** ROBIN GERMÁN PRIETO, MD, MACC, MACG

**Corrector de estilo:** CARLOS ARTURO HERNÁNDEZ, BA, MD, MPH

**Asistente editorial:** BEATRIZ MUÑOZ

## COMITÉ EDITORIAL

GABRIEL CARRASQUILLA-GUTIÉRREZ, MD, PhD  
Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C., Colombia

FABIÁN EMURA, MD, PhD  
Emura Foundation for Cancer Research, Bogotá, D.C., Colombia  
Universidad de la Sabana, Chía, Colombia

JAIME ESCALLÓN, MD, MSc  
University of Toronto; University Health Network & Mount Sinai  
Hospital, Toronto, Canadá

HERNEY ANDRÉS GARCÍA-PERDOMO, MD, MSc, EdD, PhD  
Hospital Universitario del Valle; Universidad del Valle, Cali, Colombia

FABIÁN MÉNDEZ-PAZ, MD, MSc, PhD  
Universidad del Valle, Cali, Colombia

DIEGO ROSSELLI-COCK, MD, MEd  
Pontificia Universidad Javeriana; Hospital San Ignacio,  
Bogotá, D.C., Colombia

ÁLVARO SANABRIA-QUIROGA, MD, MSc, PhD, FACS  
Fundación Colombiana de Cancerología-Clinica Vida, Medellín,  
Colombia

## COMITÉ CIENTÍFICO

DANIEL ANAYA-SAÉNZ, MD, PhD, FACS  
Moffitt Cancer Center, Estados Unidos

JUAN ASENSIO, MD, MSc  
Creighton University School of Medicine, Creighton University  
Medical Center, Omaha, Estados Unidos

ITALO BRAGHETTO, MD, MSc  
Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

JORGE CERVANTES, MD, MSc  
ABC Medical Center, México, D.F, México

ATTILA CSENDES, MD, MSc  
Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

RODOLFO DENNIS-VERANO, MD, MSc, PhD  
Fundación Cardioinfantil; Pontificia Universidad Javeriana;  
Hospital San Ignacio, Bogotá, D.C., Colombia

JOHN DUPERLY-SÁNCHEZ, MD, PhD  
Universidad de los Andes; Hospital Universitario Fundación Santa Fe  
de Bogotá, Bogotá, D.C., Colombia

GABRIEL HORTOBAGYI, MD, MSc  
University of Texas M.D. Anderson Cancer Center, Houston, TX,  
Estados Unidos

MARCELA GRANADOS-SÁNCHEZ, MD, FCCM, FACP  
Clínica Fundación Valle de Lili, Cali, Colombia

ÁLVARO MONCAYO-MEDINA, MD, MPH  
Universidad de los Andes, Academia Nacional de Medicina,  
Bogotá, D.C., Colombia

ENRIQUE MORENO-GONZÁLEZ, MD, MSc, PhD  
Hospital 12 de Octubre de Madrid, Madrid, España

CARLOS PELLEGRINI, MD, PhD, MSc  
Henry N. Harkins Professor of Surgery, University of Washington,  
Estados Unidos

GUSTAVO PRADILLA-ARDILA, MD, MSc  
Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia

ÁNGELA RESTREPO-MORENO, MD, PhD  
Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

MIGUEL RODRÍGUEZ-BIGAS, MD, FACS, FASCRS  
The University of Texas MD Anderson Cancer Center, Houston, TX,  
Estados Unidos

GUSTAVO VALBUENA, MD, PhD  
The University of Texas Medical Branch, Galveston, Estados Unidos

ISSN: 2011-7582

ISSN: 2619-6107 (En línea)

doi.org/10.30944/issn.2011-7582

**Indexada en:** Indexada en: SciELO Citation Index, como parte del Índice de Thompson-Reuters (antiguo ISI) ([www.scielo.org.co](http://www.scielo.org.co)), LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) ([www.lilacs.bvsalud.org/es](http://www.lilacs.bvsalud.org/es)), RedAlyC (Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal) ([www.Redalyc.org](http://www.Redalyc.org)), REDIB (Red Iberoamericana de Innovación y Conocimiento Científico) ([www.redib.org](http://www.redib.org)), Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC Data Bases), [siicsalud](http://www.siicsalud.com) ([www.siicsalud.com](http://www.siicsalud.com)), IMBIOMED ([www.imbiomed.com](http://www.imbiomed.com)).



La Revista Colombiana de Cirugía se distribuye bajo una Licencia de Atribución de Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)



## ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA

### JUNTA DIRECTIVA

2017-2019

#### Presidente

Jorge Daes, MD - Barranquilla

#### Vicepresidente

Lilian Torregrosa, MD - Bogotá, D.C.

#### Fiscal Médico

Óscar Guevara, MD - Bogotá, D.C.

#### Secretario

Alejandro Múnera, MD - Bogotá, D.C.

#### Secretario Suplente

Jorge Herrera, MD - Popayán

#### Tesorero

Arnold Barrios, MD - Bogotá, D.C.

#### Tesorero Suplente

Gabriel González, MD - Bogotá, D.C.

#### Representante del Consejo Asesor

Oswaldo Borráez, MD - Bogotá, D.C.

#### Vocales principales

Carlos Ordóñez, MD - Cali

Alberto Ángel, MD - Manizales

Jorge Bernal, MD - Medellín

Felipe Vargas, MD - Bogotá, D.C.

Roosevelt Fajardo, MD - Bogotá, D.C.

#### Vocales suplentes

Adriana Córdoba, MD - Bogotá, D.C.

Andrea López, MD - Pasto

Roy Ballestas, MD - Cartagena

Robin Prieto, MD - Bogotá, D.C.

Aníbal Pimentel, MD - Bucaramanga

#### Revisor Fiscal

Jorge Montero - Bogotá, D.C.

#### Consejo Asesor (ex presidentes)

Hernando Abaúnza, MD - Bogotá, D.C.

José Félix Patiño, MD - Bogotá, D.C.

Camilo Cabrera, MD - Bogotá, D.C.

Humberto Aristizábal, MD - Medellín

Jaime Escallón, MD - Bogotá, D.C.

Armando González, MD - Cali

Francisco Henao, MD - Bogotá, D.C.

Carlos Lerma, MD - Medellín

Julio Alberto Nieto, MD - Bogotá, D.C.

Stevenson Marulanda, MD - Bogotá, D.C.

Martiniano Jaime, MD - Medellín

Saúl Rugeles, MD - Bogotá, D.C.

Oswaldo Borráez, MD - Bogotá, D.C.

William Sánchez, MD - Bogotá, D.C.

Jesús Vásquez, MD - Medellín

#### Comité Ejecutivo

Jorge Daes, MD - Presidente

Lilian Torregrosa, MD - Vicepresidente

Óscar Guevara, MD - Fiscal Médico

Alejandro Múnera, MD - Secretario

Jorge Herrera, MD - Secretario Suplente

Arnold Barrios, MD - Tesorero

Gabriel González, MD - Tesorero Suplente

William Sánchez, MD - Director Ejecutivo

# Contenido

PRESENTACIÓN .....	5
TRABAJOS LIBRES	
Cabeza y cuello .....	7
Mama y tejidos blandos.....	II
Tórax .....	II
Pared abdominal.....	12
Endoscopia quirúrgica.....	14
Cirugía gastrointestinal .....	16
Cirugía bariátrica .....	21
Colon y recto.....	23
Hepatobiliar .....	27
Vascular .....	33
Oncología quirúrgica.....	35
Trauma .....	37
Mínimamente invasiva.....	42
Infecciones y heridas.....	47
Cirugía general.....	47
Educación .....	54
Bioética.....	55
VIDEOS	
Cabeza y cuello .....	56
Tórax .....	56
Pared abdominal.....	58
Endoscopia quirúrgica.....	59
Cirugía gastrointestinal .....	60
Cirugía bariátrica .....	64
Colon y recto.....	66
Hepatobiliar .....	67
Vascular .....	71
Oncología quirúrgica.....	71
Trauma .....	72
Mínimamente invasiva.....	73
Cirugía general.....	76

La *Revista Colombiana de Cirugía*, es el órgano oficial de la Asociación Colombiana de Cirugía, aprobada por Resolución número 003277 del 11 de septiembre de 1986 expedida por el Ministerio de Gobierno de la República de Colombia.

Las opiniones expresadas en la *Revista Colombiana de Cirugía* son responsabilidad de los autores y en nada comprometen el pensamiento de la Asociación Colombiana de Cirugía, la cual puede estar de acuerdo con dichos conceptos, o no estarlo, pero que, a la luz del mandato constitucional de la libertad de expresión, respeta en cada una de las personas. Conforme a la ley, está prohibido la reproducción total o parcial por cualquier medio mecánico o electrónico, sin permiso del Editor.

La correspondencia debe dirigirse a la Calle 100 No. 14-63, oficina 502, Bogotá, D.C., Colombia; teléfonos: 257 4560 - 257 4574501 - 611 4776

Dirección electrónica: [revista.cirugia@ascolcirugia.org](mailto:revista.cirugia@ascolcirugia.org); [info@ascolcirugia.org](mailto:info@ascolcirugia.org); URL: [www.revistacirugia.org](http://www.revistacirugia.org); [www.ascolcirugia.org](http://www.ascolcirugia.org).

Diagramación e impresión. DGP Editores SAS, Bogotá, D.C.

Impreso en Colombia.

E-PÓSTER	
Cabeza y cuello .....	77
Mama y tejidos blandos.....	78
Tórax .....	79
Pared abdominal.....	83
Endoscopia quirúrgica.....	86
Cirugía gastrointestinal .....	91
Cirugía bariátrica .....	102
Colon y recto.....	106
Hepatobiliar.....	109
Vascular .....	113
Metabolismo quirúrgico.....	122
Oncología quirúrgica.....	122
Trauma .....	126
Mínimamente invasiva.....	137
Infecciones y heridas.....	144
Cirugía general.....	145
Educación .....	174
ÍNDICE DE TÍTULOS.....	175
ÍNDICE DE AUTORES .....	187

The *Revista Colombiana de Cirugía* is the official Journal of the "Asociación Colombiana de Cirugía" (Colombian Surgical Association); it is published quarterly. Yearly subscription rate: Col. \$100.000.00. Foreign subscription US\$100.00.

Editorial correspondence should be addressed to: Revista Colombiana de Cirugía, Calle 100 No. 14-63 Of. 502. Phones 257 4560 - 257 4574501 - 611 4776, Bogotá, D.C., Colombia.

E-mail: [revista.cirugia@ascolcirugia.org](mailto:revista.cirugia@ascolcirugia.org); [info@ascolcirugia.org](mailto:info@ascolcirugia.org); [www.revistacirugia.org](http://www.revistacirugia.org); [www.ascolcirugia.org](http://www.ascolcirugia.org)

Printed in Colombia.

## Presentación

Lilian Torregrosa, MD, MA, FACS

Vicepresidente, Asociación Colombiana de Cirugía

La Junta Directiva de la Asociación Colombiana de Cirugía y el Comité Científico organizador del 45° Congreso Nacional de Cirugía extienden a todos los autores de los trabajos libres, casos clínicos y pósteres seleccionados para su presentación durante el Congreso, una felicitación por la calidad de los trabajos académicos, lo que demuestra el compromiso de los cirujanos colombianos con el desarrollo científico de la cirugía.

Ha sido una tradición de la Revista Colombiana de Cirugía, incluir en este suplemento especial del congreso, una selección de los 407 trabajos presentados durante el evento, que una vez más provienen de los veinte programas de residencia en Colombia, los más importantes grupos quirúrgicos del país y cirujanos reconocidos como líderes en su campo.

En los últimos años se ha incrementado la calidad de los trabajos presentados, así como las contribuciones de las diferentes regiones del país; los residentes y cirujanos jóvenes son responsables en parte de este impulso, que refleja su interés por pertenecer a una comunidad académica global, que a través de sus publicaciones y discusiones académicas en redes sociales y foros virtuales crece cada día más, los acerca y enriquece sus conocimientos.

La cirugía colombiana ha dado los primeros pasos para hacer parte de este movimiento y es un compromiso de la Asociación Colombiana de Cirugía impulsarlo, favoreciendo, además de los encuentros e intercambios académicos y científicos, la difusión de la producción intelectual de profesores, cirujanos y residentes de programas de cirugía general del país.

# Trabajos Libres

## CABEZA Y CUELLO

### 01 - ID1

#### Colgajo supraclavicular como opción de reconstrucción en neoplasias de cabeza y cuello. Reporte de casos

*Sebastián Martínez, Daniel Gómez, Andrey Moreno, Jonathan Liendo*

Instituto Nacional de Cancerología  
Sebastianmartinez7989@hotmail.com

**Introducción:** Durante los últimos 20 años los colgajos libres han sido el estándar de oro para reconstruir los defectos después de una resección oncológica. Estos colgajos usualmente requieren de una experticia en cirugía microvascular. Sin embargo, cada vez tenemos más pacientes con avanzada edad o que han recibido manejo con radioterapia, aumentando el riesgo de complicaciones posoperatorias, por lo que una alternativa de manejo es la rotación de colgajos, como los supraclaviculares.

**Objetivos:** Analizar la experiencia en la reconstrucción con colgajos supraclaviculares en pacientes intervenidos por diferentes neoplasias de cabeza y cuello en un centro de excelencia de manejo de cáncer

**Materiales:** Reporte de casos de pacientes intervenidos por diferentes neoplasias de cabeza y cuello, quienes requirieron resecciones amplias con defectos mayores, que fueron llevados a reconstrucción con colgajos pediculados supraclaviculares

**Resultados:** Fueron cuatro pacientes manejados por diferentes neoplasias de cabeza y cuello, los

cuales requirieron resecciones amplias, como esofagectomía, laringuectomía, hemiglosectomía o resección local amplia de piel. Todos fueron reconstruidos con colgajos supraclaviculares, con adecuados resultados postoperatorios. No se evidenciaron complicaciones postoperatorias a nivel del colgajo ni del área donante

**Conclusiones:** El colgajo supraclavicular tiene una baja tasa de complicaciones, una tasa de éxito global alta, con menor morbilidad en el área donante, lo cual lo convierte en una opción válida en el momento de realizar una reconstrucción en pacientes con resecciones oncológicas.

### 01 - ID3

#### Evaluación del hipotiroidismo después de tiroidectomía parcial. Factores de riesgo.

*Andres Chala G. Andrés Yepes*

Servicio Cabeza y Cuello, Facultad de Salud - Universidad de Caldas  
andreschalag@hotmail.com

**Introducción:** Se propone la tiroidectomía parcial por encima de la tiroidectomía total en el tratamiento de múltiples enfermedades tiroideas con el ánimo de disminuir la morbilidad de lesión del nervio laríngeo recurrente, el hipoparatiroidismo, y en especial, para disminuir la incidencia de hipotiroidismo posoperatorio. Se presume la tiroiditis como el mayor factor de riesgo para su desarrollo.

**Objetivos:** valorar el hipotiroidismo postoperatorio en pacientes previamente eutiroideos sometidos a tiroidectomía parcial e identificar sus factores de riesgo.

**Materiales:** Estudio descriptivo, observacional retrospectivo, donde se incluyeron pacientes con hipotiroidismo postoperatorio, que fueron sometidos a tiroidectomía parcial por el servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello de la Facultad de Salud de la Universidad de Caldas, diagnosticados en la consulta ambulatoria entre Enero 1 de 2017 y Enero 1 de 2018.

**Resultados:** Un total de 80 pacientes desarrollaron hipotiroidismo postoperatorio que requirió manejo médico (la mayoría a dosis de 1mcg/Kg/d). La TSH preoperatoria era normal en todos y menos en del 30% fue mayor a 2,5ng/dl. La mayoría (95%) eran mujeres, con promedio de edad 56 años. El momento de presentación fue en los tres primeros años. La patología mostró bocio en 56 (70%), adenoma en 9 (11,2%), carcinoma en 7 (8,75%) y tiroiditis en 8 (10%); solo 3 pacientes de este último grupo desarrollaron hipotiroidismo.

**Conclusiones:** La mitad de los pacientes con tiroidectomía parcial desarrollan hipotiroidismo. La tiroiditis no fue determinante en estos pacientes. El nivel de TSH preoperatoria no fue predictor de hipotiroidismo.

#### 01 - ID4

##### Experiencia institucional en cáncer de tiroides diferenciado localmente avanzado

*Joel Arevalo, Andrés Rojas, Ana María García, María Fernanda Palacio*

Clínica Las Américas, Medellín  
garciairaldano@gmail.com

**Introducción:** La mayoría de los cánceres de tiroides diferenciados (CTD) se presentan como enfermedad locoregional limitada, con excelente supervivencia a largo plazo después del tratamiento quirúrgico. Los cánceres de tiroides diferenciados localmente avanzados con extensión extratiroidea son raros y cuando se detectan, presentan un desafío quirúrgico.

**Objetivos:** Presentar nuestra experiencia institucional en el manejo de los CTD localmente avanzados.

**Materiales:** Selección de todos los pacientes con CTD operados en la Clínica Las Américas, en la ciudad de Medellín, en el año 2018.

**Resultados:** En el 2018 fueron operados 100 pacientes con CDT y 20 de ellos presentaron extensión tumoral más allá de la cápsula tiroidea, que invadió los tejidos blandos subcutáneos, el nervio laríngeo recurrente, la laringe, la tráquea o el esófago. La edad promedio fue 53,2 años (rango 17 a 79 años). El 65% de los pacientes fueron mujeres. Había antecedente de fumadores pesados en 25% y consumo de alcohol en 3%. Entre ASA I y II se encontraron el 98% de los pacientes. El 80% tenían estadio I-II y el 15% estadio IV.

**Conclusiones:** El tratamiento quirúrgico en pacientes con CTD localmente avanzado es un desafío que tiene impacto directo en la sobrevida, por este motivo se debe promover la atención en centros especializados con altos volúmenes de pacientes con este tipo de patologías.

#### 01 - ID5

##### Manejo endoscópico de las glándulas salivales

*Adonis Tupac Ramírez*

Clínica Medilaser - SURCAC  
adonistupac@gmail.com

**Introducción:** La sialoendoscopia es un procedimiento cuya finalidad es visualizar los conductos salivales y sus diferentes patologías; se utiliza como método diagnóstico de procesos inflamatorios, estenosis de los conductos y procesos obstructivos. En Colombia es un procedimiento usado hace solo un par de años.

**Objetivos:** Describir los procedimientos realizados en la ciudad de Neiva para el manejo de pacientes con patología inflamatoria y obstructiva de las glándulas salivales.

**Materiales:** En la clínica Medilaser, en la ciudad de Neiva, se realizaron bajo anestesia general sialoendoscopias, usando el sialoendoscopio versión todo en uno de Storz.

**Resultados:** Desde el año 2018 se han realizado sialoendoscopias en 9 pacientes, de los cuales 8 son mujeres y 1 hombre. Se practicaron en 3 glándulas parótidas y 6 glándulas submandibulares. SE diagnosticaron 6 pacientes con sialolitiasis y 3 pacientes con estenosis de los conductos salivales. En 3 pa-

cientes se realizó un procedimiento mixto con abordaje endooral del conducto salival y reconstrucción del conducto.

**Conclusiones:** La sialoendoscopia es un procedimiento para el manejo de patologías obstructivas y estenosis de los conductos salivales, con buenos resultados y buen pronóstico, que además evita las complicaciones de la cirugía

## 01 - ID6

### Quiste tirogloso en adultos

*Adonis Tupac Ramírez, Edovan González, María Alejandra Roa Osorio, Yurani Andrea Narvaez Lozano*  
Clínica Medilaser - SURCAC  
adonistupac@gmail.com

**Introducción:** Los quistes del conducto tirogloso (QCTG) son las anomalías congénitas más comunes del cuello y se describen ampliamente en la literatura. Se presentan en niños en el 70% de los casos, se producen en aproximadamente el 7% de la población general cuya edad media de presentación es de 40 años- En la mayoría de pacientes la patología se presenta de forma asintomática.

**Objetivos:** Caracterizar el comportamiento del quiste tirogloso en pacientes mayores de 30 años de edad, diagnosticados en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, de la ciudad de Neiva, entre los años 2012 al 2015.

**Materiales:** Estudio descriptivo, retrospectivo, en pacientes mayores de 30 años con diagnóstico de quiste del conducto tirogloso.

**Resultados:** Se incluyeron 25 pacientes que cumplían con los criterios de selección; el 60% fueron mujeres y la media de edad fue de 41 años. El síntoma más frecuente fue la presencia de masa (92% de los pacientes), la imagen diagnóstica más utilizada fue la ecografía. Todos fueron llevados a cirugía, y en 10 de estos se empleó la técnica Sistrunk.

**Conclusiones:** El diagnóstico de quiste tirogloso en adultos es frecuente y tardío.

## 01 – ID7

### Reconstrucción de cavidad oral con colgajo pediculado submandibular

*Adonis Tupac Ramírez*  
Clínica Medilaser - SURCAC  
adonistupac@gmail.com

**Introducción:** El colgajo submental o submandibular constituye una alternativa reconstructiva idónea en el territorio maxilofacial para lesiones que afectan a la mitad inferior facial o a nivel intraoral. Este presenta un pedículo vascular constante y de gran longitud, basado en la arteria submental, rama de la arteria facial, que emite de 1-4 perforantes cutáneas a nivel del vientre anterior del músculo digástrico, por lo que es de gran versatilidad por su buen color y textura y escasa morbilidad en la zona donante. Sin embargo, su uso en lesiones malignas permanece controvertido por el riesgo de trasladar enfermedad metastásica cervical a la zona receptora del colgajo.

**Objetivos:** Describir los procedimientos realizados en la ciudad de Neiva para la reconstrucción de la cavidad oral con colgajo submandibular pediculado.

**Materiales:** Se realizaron nueve procedimientos desde el año 2017, 5 en hombres y 4 en mujeres, todos los pacientes con diagnóstico de carcinoma escamocelular. Se hizo reconstrucción de lengua en 6 casos, paladar en 2 casos y labio en 1 caso.

**Resultados:** No se presentaron complicaciones intraoperatorias ni en el postoperatorio inmediato. La evolución de los pacientes ha sido adecuada, sin presentar recidivas locoregionales y con adecuado funcionamiento.

**Conclusiones:** El colgajo submandibular es una opción válida para la reconstrucción de defectos postoperatorios de la cavidad oral, pero sigue estando en discusión su uso en patología oncológica. En nuestra serie no se han presentado recidivas.

**01 – ID8****Reconstrucción primaria del nervio facial con injerto del nervio grande auricular***Adonis Tupac Ramírez*

Clínica Medilaser - SURCAC

adonistupac@gmail.com

**Introducción:** El mayor riesgo de la parotidectomía es la lesión del nervio facial, con las consecuencias estéticas secundarias, catastróficas para el paciente. Poder realizar la reconstrucción primaria del nervio facial conlleva a una recuperación rápida y con buenos resultados estéticos.

**Objetivos:** Describir los procedimientos de reconstrucción primaria del nervio facial con injerto del nervio grande auricular realizados en la ciudad de Neiva desde el año 2017.

**Materiales:** Desde el año 2017, se han operado 12 pacientes, de los cuales 8 son mujeres y 4 hombres, 11 pacientes con diagnóstico de cáncer de parótida y un paciente con compromiso del nervio facial por neurofibromatosis. Se ha reconstruido en todos los pacientes las ramas labial y mandibular usando injerto de nervio gran auricular ipsilateral y con monitoria del nervio facial. La recuperación se ha medido con electromiografía a los 3 y 6 meses.

**Resultados:** Se ha obtenido reinervación en todos los pacientes, con mejoría de la neuroconducción medida con la escala de gradación de la función muscular facial de House- Brackmann.

**Conclusiones:** La reconstrucción primaria del nervio facial con injerto de nervio grande auricular es una opción apropiada con una adecuada recuperación.

**01 - ID9****Tratamiento de defectos maxilo-mandibulares usando reconstrucción 3D y placas a la medida con colgajos microvasculares : experiencia institucional de 60 casos***A Rojas, J Arévalo, S. Zuñiga, Z. Taissoun, L. Giraldo, C Duque, J. Lopera, C. Arango, A. Arango, María Fernanda Palacio, Ana María García*Instituto de Cancerología - Clínica las Américas, Medellín  
garciairaldano@gmail.com

**Introducción:** La pérdida de continuidad maxilar y/o mandibular compromete la función oral y apariencia estética, influyendo en la calidad de vida de los pacientes. El colgajo microvascular de peroné es la primera opción para la reconstrucción oromandibular en nuestro centro y en la literatura.

**Objetivos:** Este estudio descriptivo muestra nuestra experiencia en reconstrucción con colgajos microvasculares usando reconstrucción 3D y placas a la medida en el Instituto de Cancerología de la Clínica las Américas, la supervivencia, diferentes variables y complicaciones.

**Materiales:** Registro quirúrgico del servicio de cabeza y cuello entre Noviembre de 2011 y Diciembre de 2017. Se identificaron 60 pacientes con reconstrucción microvascular con colgajo de peroné, en quienes se estudiaron variables como características demográficas, indicaciones quirúrgicas, localización y extensión de defectos, radioterapia y complicaciones. Seguimiento de 1-65 meses.

**Resultados:** Un total de 60 pacientes fueron tratados, 37 con reconstrucción osteocutánea de peroné (65%) y 23 con reconstrucción con colgajo óseo de peroné (35%). Los procedimientos fueron inmediatos después de la resección del tumor, en 54 pacientes (89%) con éxito. El tiempo quirúrgico promedio fue de 420 minutos.

**Conclusiones:** El colgajo microvascular es hoy el estándar de oro para el tratamiento de pacientes con defectos severos después de la resección de tumores. La nueva era en la reconstrucción facial combina procedimientos quirúrgicos con planeación digital y tecnología CAD-CAM. Se describe el estado de arte, con altos porcentajes de éxito, mirando con optimismo el manejo contra el cáncer oral y la subsecuente reconstrucción de la estética facial.

**01 - ID10****Utilidad del colgajo de interposición muscular en la prevención del síndrome de Frey posterior a parotidectomía***Andrés Chala G., Herney Solarte*

Servicio Cabeza y Cuello Facultad de Salud - Universidad de Caldas

andreschalag@hotmail.com

**Introducción:** El síndrome de Frey se presenta hasta en 10 % de las parotidectomías. Con el fin de disminuir esta complicación se han realizado variaciones en las técnicas quirúrgicas tratando de proporcionar un colgajo más voluminoso que separe el lecho de la piel, como el colgajo de esternocleidomastoideo con el fin de proporcionar un mejor resultado estético, sin embargo, aún no se ha evaluado si puede disminuir la presencia de esta complicación.

**Objetivos:** Evaluar si disminuye la presentación del síndrome de Frey en pacientes sometidos a parotidectomía con y sin colgajo de esternocleidomastoideo.

**Materiales:** Estudio descriptivo, observacional retrospectivo que incluyó los pacientes sometidos a parotidectomía por el servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello de la Facultad de Salud de la Universidad de Caldas, desde Enero 1 de 1995 hasta Junio 1 de 2018.

**Resultados:** Del total de 389 pacientes identificados, solo 142 cumplieron criterios de inclusión, 120 pacientes sin colgajo (84,5%) y 22 (15,5%) con colgajo (realizados desde los últimos tres años). El promedio de edad fue de 49 años. Un total de 17 pacientes presentaron Síndrome de Frey clínico (11,9%) y de estos, todos tenían Parotidectomía sin colgajo. Al realizar la prueba de asociación de chi cuadrado, con un intervalo de confianza 95% con un error alfa 5, no se encuentra una p significativa para poder inferir que el colgajo previene la aparición del síndrome de Frey.

**Conclusiones:** Si bien el colgajo parece prevenir el Síndrome de Frey postoperatorio, se requieren otros estudios con mayor número de pacientes y tiempo para confirmar la hipótesis.

## MAMA Y TEJIDOS BLANDOS

### 01 - ID11

**Predictive factors for the local and distant metastasis of phyllodes tumors of the breast in patients from the South Colombian region: a nine-year period analysis**

*Justo G. Olaya, Rina Luna, Juan Sanjuan, Lucia Casanova*  
Hospital Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva - Universidad Surcolombiana - Unidad Oncológica Surcolombiana  
drjuansanjuan@gmail.com

**Introducción:** Phyllodes tumors are uncommon fibroepithelial breast tumors. They present more frequently in women between 40 to 50 years, with a variety in the range of biologic behaviors. Standard treatment is surgical management, however the factors related to recurrence remains uncertain.

**Objetivos:** The aim of this study was to evaluate clinical and surgical characteristics related to recurrences in Phyllodes tumors.

**Materiales:** Retrospective study of patients diagnosed with PTs managed in a level I teaching and referral hospital from Southern Colombia during a nine-year period. Descriptive analysis was performed, comparisons were made with Cox regression, significant p-value was <0.05, Confidence Interval estimation was 95%.

**Resultados:** A total of 61 patients were included. The median patient age was 46 years [IQR= 39 – 55 years]. The pathologic features of the tumors were most frequently classified as low grade 37 [60.7%]. The median tumor size was 7 cm [IQR= 4 - 11.5 cm]; 39 patients underwent quadrantectomy [63.9 %]. The median for recurrence was one year [IQR= 0.5 – 2 years] in nine patients [14.8%]. Distant metastasis was observed in four patients with a median diagnosis time of 9 months [IQR= 5 months – 2.5 years]. Patients with high grade tumors had a higher risk of recurrence [HR= 2.90, p=0.148] with a consistent behavior in the univariate analysis of patients who underwent mastectomy [HR= 2.90, p=0.460]

**Conclusiones:** Biological features, local wide excision, size and negative margins might explain Phyllodes tumors recurrence. Multicenter data should contribute to the lack of knowledge.

## TÓRAX

### 01 - ID12

**Succión pleural negativa en pacientes con hemo-tórax retenido: experiencia en hospital de trauma**

*Ana María García, Manuel Antonio Vargas, Carlos Meneses, David Rincón, Jose Kling*  
Hospital Meissen - Hospital Militar Central  
garciagiraldoana@gmail.com

**Introducción:** La incidencia de hemotórax post-traumático es de 25%, independientemente del mecanismo de lesión, y la tasa de hemotórax coagulado es de 2 a 20%. Entre los pacientes con traumatismo torácico, 85% requiere una toracostomía cerrada y solo el 15% requiere toracotomía o toracosopia. Existen varios factores asociados a hemotorax coagulado, pero escasa literatura sobre este tema.

**Objetivos:** Identificar factores de riesgo asociados con el desarrollo de hemotórax coagulado en pacientes con traumatismo torácico ingresados en el Hospital Meissen.

**Materiales:** Estudio retrospectivo, desde agosto del 2016 a diciembre 2018, en pacientes con un diagnóstico de trauma torácico penetrante que requirieron toracostomía como intervención inicial. El resultado medido fue presencia de hemotórax coagulado, definido como la presencia de sangre en cavidad pleural que no se pudo drenar por toracostomía.

**Resultados:** Se incluyeron 359 pacientes con trauma penetrante de tórax con hemotórax. El mecanismo fue herida por arma cortopunzante en 92% y por herida por proyectil de arma de fuego en el resto. La incidencia de hemotórax retenido postraumático fue del 10,2% y se observaron complicaciones adicionales en el 5% de los casos. El riesgo de hemotórax se asoció con: ausencia de succión pleural negativa en el período posoperatorio (chi cuadrado de Pearson 0,005), drenaje inicial de sangre (mediana 600cc - p 0,01), antecedente de cirugía de tórax (chi cuadrado de Pearson: 0.001) y necesidad de ventilación mecánica (Pearson Chi-cuadrado: 0.005).

**Conclusiones:** La ausencia de succión pleural negativa en el posoperatorio demostró asociación con hemotórax coagulado. Pero está pendiente más respaldo académico para establecer su uso rutinario.

## 01 - ID13

**Toracostomía abierta: en ocasiones la mejor opción**  
Camilo Ramírez Giraldo, Fiamma Lorena Vásquez Montañez, Mauricio Peláez

Hospital Universitario Mayor Méderi- Universidad del Rosario  
ramirezgiraldocamilo@gmail.com

**Introducción:** El tratamiento quirúrgico del empiema ha evolucionado a través de los años, teniendo como premisa el drenaje. Con los avances médicos, el abordaje videotoracoscópico es el estándar, dejando de lado otras técnicas quirúrgicas. La toracostomía abierta en pacientes con empiema en fase de organización y uniloculados puede llegar a ser la última y mejor opción para el control del foco infeccioso.

**Objetivos:** Describir 3 casos de pacientes con empiema a quienes se les realizó toracostomía abierta debido al no control del proceso infeccioso con el procedimiento previo; se encontraban en condición de fragilidad, con una morbimortalidad no aceptable con otros procedimientos.

**Materiales:** Desde el 1 de junio de 2018 al 15 de abril de 2019, a tres pacientes se les realizó una toracostomía abierta. En uno de los pacientes se manejó la herida con terapia de presión negativa, y en el resto con curaciones.

**Resultados:** De los 3 casos, 2 fueron hombres, con una media de edad de 61,6 años. Su clasificación ASA fue III en 2 pacientes y IV en otro. El tiempo medio entre el diagnóstico de la recidiva y la realización de la toracostomía abierta fue de 6,6 días. La indicación del procedimiento fue empiema en fase organizativa en todos los pacientes, con un adecuado control de la infección posterior al procedimiento. No se presentó mortalidad.

**Conclusiones:** La toracostomía abierta es una opción quirúrgica para el tratamiento de los empiemas, especialmente en pacientes mórbidos cuando otros tratamientos han fallado, con una aceptable mortalidad. Esta técnica debe estar en el arsenal terapéutico del cirujano.

## PARED ABDOMINAL

### 01 - ID14

**Experiencia inicial de herniorrafia inguinal abierta versus laparoscópica en centro asistencial de tercer nivel en centro urbano de 100.000 habitantes**

David Mauricio Duarte Barrera, Liz Yadira Perico, Fabio Enrique Hernández Cubides

Clínica de Especialistas Sogamoso  
davidduartecirugia@gmail.com

**Introducción:** Lejos de las grandes ciudades, las técnicas modernas de cirugía mínimamente invasivas se encuentran aún en período de difusión. Los beneficios de estos abordajes, aún no se han extendido universalmente ni están al alcance de todos los pacientes con patologías cuyo manejo sea factible por éstas técnicas. Nos planteamos la pregunta: ¿son reproducibles los resultados obtenidos en centros urbanos o capitales con grandes densidades poblacionales?

**Objetivos:** Evaluar el resultado inicial del abordaje laparoscópico versus abierto en hernias inguinales no complicadas en un centro asistencial de tercer nivel en una ciudad menor, en cuanto a tiempo de cirugía, tiempo de regreso a las actividades cotidianas, dolor postoperatorio en las primeras 48 horas, recidiva temprana y complicaciones.

**Materiales:** Desde Agosto de 2018 hasta Febrero de 2019, se operaron 42 pacientes con hernia inguinal no complicada, de los cuales 24 fueron intervenidos por abordaje laparoscópico (RL) por técnica TAPP, con uso de malla 3D lighth y fijadores Sorbafix, y 18 fueron intervenidos por vía abierta con técnica de Lichtenstein utilizando malla Soft lighth mesh de 10 x 15 cms de BARD.

**Resultados:** Seguimiento con media de 4 meses. El grupo de pacientes intervenidos por abordaje laparoscópico tuvo un tiempo quirúrgico de 38 minutos, tiempo de regreso a las actividades cotidianas de 10 días, dolor postoperatorio en las primeras 48 horas de 3/10, recidiva temprana de 0%, sin complicaciones. El grupo de pacientes con herniorrafia inguinal vía abierta tuvo un tiempo quirúrgico de 40 minutos, tiempo de regreso a las actividades cotidianas de 30 días, dolor postoperatorio en las primeras 48 horas de 7/10, sin recidiva temprana, con complicaciones en 5%.

**Conclusiones:** Los resultados iniciales indican que el manejo mínimamente invasivo para la corrección de hernia inguinal es factible, con resultados reproducibles en nuestro centro. Es necesario continuar con la cohorte y el seguimiento a largo plazo.

## 01 - ID15

### Fijación de malla con sutura intracorporea en herniorrafia inguinal laparoscópica

*Hernán Restrepo, Manuel Santiago Ángel, Gabriel Arroyave*  
Clínica Medellín  
arroyavegabriel@gmail.com

**Introducción:** La herniorrafia inguinal con malla es el procedimiento quirúrgico electivo más realizado en todo el mundo. Las técnicas laparoscópicas vienen en crecimiento y actualmente en países desarrollados son el procedimiento de elección en el 55% de estos pacientes.

En herniorrafia inguinal laparoscópica transabdominal preperitoneal (TAPP) se describen numerosas opciones de fijación de la prótesis a la pared, pero estos métodos generalmente son costosos y pueden dificultar el acceso de los pacientes al procedimiento laparoscópico por las aseguradoras.

**Objetivo:** Presentar nuestra técnica de fijación de malla con sutura intracorporea como alternativa costo efectiva a métodos tradicionales.

**Materiales:** Estudio descriptivo prospectivo, en pacientes sometidos a herniorrafia laparoscópica con técnica TAPP, en quienes se realizó fijación de malla con sutura intracorporea utilizando polipropileno. Recopilamos información sobre características demográficas de los pacientes, aspectos quirúrgicos, seguimiento y desenlaces posoperatorios.

**Resultados:** Se realizaron 45 herniorrafias con técnica TAPP, en 39 hombres y 6 mujeres, con una edad promedio de 54,5 años. El tiempo quirúrgico en casos unilaterales fue inferior a una hora. No se presentaron complicaciones intraoperatorias y todos los pacientes se manejaron ambulatoriamente. En el seguimiento detectamos únicamente dos complicaciones menores (hematoma) y el dolor se controló con analgésicos orales. Hasta el momento no se han detectado recidivas.

**Conclusiones:** La fijación de malla con sutura intracorporea en herniorrafia inguinal laparoscópica es una alternativa segura, viable y económica frente a otras técnicas de fijación más costosas.

**01 - ID16****Herniorrafia inguinal con malla en heridas contaminadas o sucias, a propósito de una serie de casos**

*Andrés Mendoza Zuchini, Daniel Gómez, Luis Felipe Cabrera, Mauricio Pedraza, Sebastián Sánchez, Jean Pulido Segura, Efraín Isaac*

Universidad El Bosque  
andreszuchini@hotmail.com

**Introducción:** Durante los últimos años han surgido nuevos estudios en donde se ha demostrado el bajo riesgo de infección de mallas para la reparación de hernias, por lo que se ha realizado una revisión de la literatura en base a la serie de casos en donde se repararon hernias inguinales en heridas contaminadas o sucias.

**Objetivos:** Describir los resultados clínicos quirúrgicos en los pacientes que fueron llevados a reparación de hernia inguinal con malla en heridas sucias o contaminadas.

**Materiales:** Se realizó un estudio retrospectivo observacional de los pacientes que fueron llevados a hernioplastia inguinal con malla en heridas contaminadas o sucias.

**Resultados:** Diez pacientes fueron llevados a herniorrafia inguinal con malla en heridas contaminadas e incluso sucias, con una edad media de 63,5 años (rango 56-71). En 9 casos se clasificó la herida como contaminada y en un caso como sucia por peritonitis fecal; cuatro casos requirieron resección y anastomosis. La estancia hospitalaria en promedio fue 5 días y en un paciente se desarrolló infección de sitio operatorio que resolvió con manejo médico. No hubo necesidad de reintervenciones y en un periodo de seguimiento de 18 meses no se evidenciaron recidivas.

**Conclusiones:** A pesar de no haber una recomendación para el uso de mallas en heridas sucias o contaminadas, el uso de estas parece ser seguro en este tipo de heridas, con desenlaces comparables a la herniorrafia inguinal sin malla e incluso con menos tasas de recidivas.

**ENDOSCOPIA QUIRÚRGICA****01 - ID17****Manejo endoscópico con estents metálicos cubiertos en fugas anastomóticas esofagogástricas cervicales por patología maligna**

*Rodrigo Castaño, Amy del Mar Piñeres Salazar, Ana María García, Luis J Palacios, Ricardo Jaramillo, Sandra Molina*

Instituto de Cancerología - Clínica las Américas - Hospital Pablo Tobón Uribe  
garciagiraldoana@gmail.com

**Introducción:** Las complicaciones anastomóticas postesofagectomía son frecuentes, y 5-24% son fugas anastomóticas cervicales. El uso de estents metálicos cubiertos es una terapia eficaz, pero sin literatura suficiente en anastomosis esofagogástricas cervicales.

**Objetivos:** Describirla situación clínica de una serie de casos con fugas anastomóticas cervicales tras esofagectomía por malignidad, manejados con estents metálicos cubiertos, para sugerir un algoritmo de manejo.

**Materiales:** Estudio multicéntrico en la ciudad de Medellín, desde enero de 2007, en pacientes con fugas anastomóticas cervicales posterior a esofagectomía con ascenso gástrico transhiatal al cuello por técnica de Orringer, secundario a patología oncológica, manejadas con estents metálicos cubiertos.

**Resultados:** Se han tratado un total de 22 pacientes y 26 estents metálicos cubiertos. Según clasificación Lerut para fugas anastomóticas cervicales se dividieron en: tipo I (4%) fuga subclínica, tipo II (50%) síntomas cervicales, tipo III (32%) manifestaciones respiratorias por colección pleural/mediastínica y tipo IV (8%) necrosis de la plastia. Tiempo promedio para la colocación de los estents metálicos cubiertos fue de  $14 \pm 4,3$  días posoperatorio. Tasa de éxito de cierre de fistula: 64% con remoción promedio  $56 \pm 4,8$  días. Las complicaciones fueron estenosis (30%), sangrado que requirió transfusiones (9%), hiperplasia reactiva (13%) y migración (18%). La única mortalidad fue por un evento de causa respiratoria. El seguimiento fue superior a seis meses, con promedio de  $35 \pm 29$  meses.

Flujograma propuesto:

Fuga radiologica asintomática: Tipo I: Antibiótico/observación

Drenaje en cuello/síntomas locales : EVDA/TAC: Tipo II: Drenaje cuello stent.

Drenaje cuello/torax- síntomas respiratorios: : EVDA/TAC: Tipo III: Drenaje cuello/Tx -Stent.

Sepsis/necrosis gástricas: EVDA/TAC: Tipo IV: Stent/gastrectomía.

**Conclusiones:** El uso de estents metálicos cubiertos en las fistulas en anastomosis esofagogástricas cervicales es útil, pero continúa pendiente conocer criterios de manejo estandarizados. Se propone algoritmo de diagnóstico y manejo.

#### 01 - ID18

**Manejo endoscópico de coledocolitiasis por cálculos difíciles en pacientes adulto mayor: Stent y dilataciones neumáticas. Serie de casos**

*Carlos Alberto Leal Buitrago, Andrés Mendoza Zuchini, Luis F Cabrera, Mauricio Pedraza, Jean Pulido, Sebastián Sánchez*  
Universidad El Bosque  
Mpedraza93@gmail.com

**Introducción:** El manejo endoscópico de la coledocolitiasis es en la población mayor y la CPRE en este tipo de pacientes requiere un complejo equipo interdisciplinario capaz de minimizar las complicaciones. El manejo tradicional ha sido quirúrgico, pero en los últimos años el manejo endoscópico tiene gran relevancia debido a la alta tasa de efectividad y también menores tasas de morbilidad y mortalidad.

**Objetivos:** Evaluar los desenlaces de los pacientes adultos mayores que fueron llevados a manejo endoscópico por coledocolitiasis por cálculos difíciles.

**Materiales:** Se realizó una revisión retrospectiva de la historia clínica y paraclínicos de los pacientes que fueron sometidos a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), dilatación endoscópica con balón y colocación de prótesis biliares (stent) para el tratamiento de los conductos biliares gigantes, desde el año 2015 al año 2017.

**Resultados:** Se seleccionó un total de 11 casos; en el 90% de los casos se encontró la resolución de los cálculos del conducto biliar común con este procedimiento endoscópico, sin ninguna complicación informada. Se logró disminución en el tamaño de las piedras, con un rango de 2-3 procedimientos por paciente.

**Conclusiones:** El procedimiento endoscópico con dilatación del conducto biliar y la colocación de la endoprótesis resulta eficaz en el tratamiento de los cálculos gigantes del conducto biliar común, con tasa baja de complicaciones.

#### 01 - ID19

**Retención de cápsula endoscópica, una nueva enfermedad médico quirúrgica: propuesta de algoritmo terapéutico**

*Luis Felipe Cabrera, Ricardo Villarreal, Jean André Pulido, Mauricio Pedraza, Sebastián Sánchez Susa, Laura Tatiana Padilla*

Universidad El Bosque - GICS-SICS  
japulido@unbosque.edu.co

**Introducción:** La videocápsula endoscópica (VCE) es un método no invasivo de estudio del sistema gastrointestinal. Uno de sus usos es el estudio de la hemorragia digestiva oculta. Entre sus principales complicaciones está la retención de la cápsula (RCE), que actualmente se maneja con extracción directa empleando enteroscopia de doble balón, sin embargo existen casos en donde no se logra por su localización o patologías asociadas, por lo que la intervención quirúrgica resulta el método de mayor éxito.

**Objetivos:** Evaluar los posibles manejos de retención de videocápsula endoscópica como principal complicación en un grupo de pacientes, teniendo en cuenta sus diferentes variables, para así poder llegar a un consenso y un posible algoritmo de manejo.

**Materiales:** Desde Enero de 2010 hasta Julio de 2018, se tomó la población manejados en 3 centros, con retención videocápsula, con lo que se evaluaron variables clínicas y sociodemográficas, además de una revisión crítica de la literatura.

**Resultados:** Presentamos una serie de 15 casos, encontrando que generalmente las causas de retención de la videocápsula se relacionan con una patología de base subyacente, siendo la enfermedad de Crohn y las neoplasias los principales causantes. El procedimiento quirúrgico resultó ser el principal método de resolución exitosa, permitiéndonos así sugerir un algoritmo de manejo para esta complicación.

**Conclusiones:** El manejo quirúrgico resulta ser la segunda línea terapéutica cuando la extracción de la videocápsula endoscópica retenida no es posible por endoscopia. Además, permite el manejo de enfermedades encontradas como causantes de la retención.

## CIRUGÍA GASTROINTESTINAL

### 01 - ID20

**Abordaje laparoscópico y endoscópico para el tratamiento de los tumores del estroma gastrointestinal: serie de casos**

*Manuel Cadena, Arturo Vergara, Jaime Solano, Luis Felipe Cabrera*

Fundación Santa Fe de Bogotá  
luis.felipe.cabrera@hotmail.com

**Introducción:** Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST), son los tumores mesenquimales más comunes del tracto gastrointestinal. El manejo es la cirugía con márgenes de resección negativos. Todo GIST mayor de 2 cms puede tener potencial maligno y requiere de una resección oncológica.

**Objetivos:** Mostrar el abordaje mixto (laparoscópico y endoscópico) para el manejo quirúrgico de los GIST.

**Materiales:** Estudio retrospectivo descriptivo, donde se incluyeron pacientes diagnosticados con GIST del tracto gastrointestinal superior, llevados a resección quirúrgica con un abordaje mínimamente invasivo mixto con endoscopia y laparoscopia, en la Fundación Santa Fe de Bogotá, Colombia, entre enero de 2011 y diciembre de 2018.

**Resultados:** Se identificaron 35 pacientes, con edad promedio 68.9 años, y GIST a nivel del estóma-

go en el 100%, así: 50% en curvatura mayor, 20% en unión esofagogástrica, 10% en fondo gástrico, 10% en antro y 10% en curvatura menor. El tamaño promedio del GIST fue de 3.3 cm. En todos se hizo cirugía laparoscópica y endoscópica, con un tiempo de cirugía promedio de 98.5 minutos, sangrado promedio de 30.7 cc, conversión del 2,8%, complicaciones del 2,8% (sangrado posoperatorio), necesidad de UCI en 2,8%, tolerancia a la vía oral a las 24 horas en todos los pacientes, estancia hospitalaria 1.9 días, reintervención en 2,8%, mortalidad 0%, bordes negativos 100% y clasificación patológica de los GIST en 80% de bajo riesgo.

**Conclusiones:** El manejo ideal para los tumor GIST gástricos, es el laparoscópico mixto con endoscopia intraoperatoria, con el fin de hacer resecciones más precisas sin sacrificar los bordes negativos y poder minimizar el tipo de cirugía para asegurar una resección oncológica por vía mínimamente invasiva con mínima morbilidad y sin mortalidad.

### 01 - ID21

**Escisión de lesión rectal transanal mínimamente invasiva (TAMIS) por robot: serie de casos como una alternativa para el cirujano**

*Raúl Eduardo Pinilla, Oscar Guevara, Ricardo Oliveros, Gustavo Aguirre, Juan Javier Acevedo, Juliana Restrepo, Daniel Gómez G.*

Instituto Nacional de Cancerología - Universidad El Bosque  
dagogoo5@hotmail.com

**Introducción:** La resección transanal de lesiones rectales tempranas se ha utilizado generalmente para lesiones que están cerca al margen anal, evitando cirugías de mayor complejidad. Las lesiones más altas se han comenzado a tratar por medio de la cirugía mínimamente invasiva vía transanal (TAMIS) desde el año 2009, como una alternativa de tratamiento. Sin embargo, las limitaciones de la cirugía laparoscopia y el campo reducido en el recto dieron pie a la introducción de nuevos dispositivos, como es el sistema robótico da Vinci.

**Objetivos:** Presentar la experiencia de casos de resección quirúrgica mínimamente invasiva transanal para lesiones tempranas en el Instituto Nacional de Cancerología.

**Materiales:** Se muestra la resección quirúrgica mínimamente invasiva transanal asistida por robot en 4 pacientes en el Instituto Nacional de Cancerología.

**Resultados:** Se presenta la serie de 4 pacientes con lesión temprana de recto en quienes se hizo escisión rectal transanal mínimamente invasiva asistida por robot. El tiempo promedio de cirugía fue de 177 minutos. Hubo una complicación por sangrado que se tuvo que convertir, sin embargo no aumentó la estancia hospitalaria (3 días promedio). Todas las patologías estuvieron libre de infiltración linfovascular y con bordes negativos.

**Conclusiones:** En el mundo se ha debatido el uso de estos dispositivos debido a que aún no hay una evidencia clara de seguridad y efectividad. Es por esto que presentamos una serie de cuatro casos que muestra la viabilidad del procedimiento, para contribuir a estudios futuros que puedan evaluar su eficacia.

#### 01 - ID22

##### **Esofagectomía mínimamente invasiva completamente asistida por robot: primer reporte en Colombia**

*Raúl Eduardo Pinilla, Oscar Guevara, Ricardo Oliveros, Gustavo Aguirre, Juan Javier Acevedo, Juliana Restrepo, Daniel Gómez G.*

Instituto Nacional de Cancerología - Universidad El Bosque  
dagoo05@hotmail.com

**Introducción:** La esofagectomía mínimamente invasiva tiene un alto nivel de complejidad técnica. Se cree que el sistema robótico da Vinci puede mejorar la disección quirúrgica debido a su mejor visualización y mejor maniobrabilidad, además de la comodidad para el cirujano.

**Objetivos:** Mostrar la experiencia del Instituto Nacional de Cancerología (INC) para el manejo mínimamente invasivo asistido por robot del cáncer de la unión gastroesofágica.

**Materiales:** Se evalúa una serie de casos como experiencia en el INC de cirugía mínimamente invasiva para tumores de la unión esofagogástrica previa neoadyuvancia.

**Resultados:** Se presenta la experiencia de tres pacientes con tumores de la unión esofagogástrica

clasificación Siewert II, a quienes se llevó a quimioterapia y radioterapia neoadyuvante. Se realiza en los tres casos esofagogastrectomía parcial tipo Ivor Lewis con el sistema robótico da Vinci, con un promedio de sangrado de 150cc, un tiempo quirúrgico promedio de 413 minutos y un promedio de extracción ganglionar de 16 ganglios. Se reporta en una estancia hospitalaria promedio de 12 días, con inicio a la vía oral de 6 días.

**Conclusiones:** El sistema da Vinci es una reciente tecnología que hace parte del armamentario de la cirugía mínimamente invasiva. Actualmente todavía está en estudio su eficacia oncológica y quirúrgica frente a los procedimientos abiertos. Sin embargo, se muestra una serie de tres casos del INC, con buenos resultados oncológicos.

#### 01 - ID23

##### **Experiencia de la cirugía mínimamente invasiva asistida por robot para el cáncer gástrico: serie de casos del Instituto Nacional de Cancerología**

*Raúl Eduardo Pinilla, Oscar Guevara, Ricardo Oliveros, Gustavo Aguirre, Juan Javier Acevedo, Juliana Restrepo, Wilmar Martín, Daniel Gómez G.*

Instituto Nacional de Cancerología - Universidad El Bosque  
dagoo05@hotmail.com

**Introducción:** La cirugía laparoscópica se ha venido realizando en pacientes con cáncer gástrico temprano como manejo mínimamente invasivo de la patología oncológica. Esta técnica tiene algunas limitaciones importantes por lo que sus indicaciones son específicas. Se cree que la cirugía robótica mejora estas limitantes técnicas en cuanto a resección gástrica por cáncer. Es por esto que algunos estudios han tratado de demostrar que es un procedimiento equiparable con otros procedimientos en cuanto a eficacia y resultados oncológicos.

**Objetivos:** Mostrar la experiencia de la cirugía mínimamente invasiva asistida por robot en el Instituto Nacional de Cancerología realizado por un único cirujano.

**Materiales:** Se revisaron las historias de los pacientes con cáncer sometidos a gastrectomía (parcial o total) asistida por robot, en el Instituto Nacional de Cancerología. Se evalúan las características de cada

paciente al igual que la indicación quirúrgica y las complicaciones.

**Resultados:** Esta serie de casos evalúa 14 pacientes con patología oncológica que fueron sometidos a gastrectomía asistida por robot. El 50% de los pacientes fue sometido a gastrectomía subtotal y el otro 50% a gastrectomía total. Durante la cirugía se evidenció un sangrado promedio de 210 cc, con un tiempo promedio de hospitalización de 8,2 días y un tiempo de inicio a la vía oral de 4,7 días.

**Conclusiones:** Se presenta la experiencia del Instituto Nacional de Cancerología en cirugía mínimamente invasiva por cáncer gástrico, mostrando que es una alternativa segura, con buenos resultados oncológicos.

#### 01 - ID24

##### Experiencia en cirugía colorrectal del Servicio de cirugía gastrointestinal oncológica del Hospital Pablo Tobón Uribe

*Juan Camilo Correa Cote, Fred Alexander Naranjo, Alejandro Carvajal, Alejandra Mayorga, Jaime Andrés Montoya Botero*  
Hospital Pablo Tobón Uribe  
jcccote@yahoo.com

**Introducción:** El abordaje de la patología colorrectal en un servicio especializado se ha asociado a una menor tasa de complicaciones y a una menor estancia hospitalaria.

**Objetivos:** Describir la experiencia y la curva de aprendizaje en el abordaje de la patología colorrectal del servicio de cirugía gastrointestinal oncológica del Hospital Pablo Tobón Uribe.

**Materiales:** Pacientes operados desde el primero de enero de 2017 hasta el 29 de abril de 2019 por patología colorrectal, recolectados en una base de datos prospectiva.

**Resultados:** Se registraron 104 pacientes, 54,4% de sexo masculino, el 86,5% con adenocarcinoma colónico. El 93,2% de los procedimientos fueron laparoscópicos, con una tasa de conversión del 1,9%. La hemicolectomía derecha laparoscópica representó el 43,7% y la resección anterior baja laparoscópica el 36,7%. El 79,6% tuvieron una anastomosis. El promedio de ganglios resecaos fue de 19,9 (DE 11,75). La

mediana de estancia hospitalaria fue de 4 días (RIQ 3 – 7) y la mortalidad fue de 3,9%. La tasa de complicaciones fue del 17,5%; la infección del sitio operatorio (superficial/profunda) fue de 5,8% y la tasa de filtración fue de 8,5% en el grupo de pacientes con anastomosis.

**Conclusiones:** Los resultados son similares a los reportados en la literatura, especialmente con el abordaje laparoscópico; con el tiempo se ha disminuido la duración de la cirugía gracias a su estandarización y también ha disminuido la estancia hospitalaria.

#### 01 - ID25

##### Experiencia inicial en colectomías derechas por laparoscopia de un programa de estancia corta

*Juan Camilo Correa Cote, Fred Alexander Naranjo, Alejandro Carvajal, Jaime Andres Montoya Botero*  
Hospital Pablo Tobón Uribe  
jcccote@yahoo.com

**Introducción:** El abordaje ERAS ha disminuido la estancia hospitalaria, sin incrementar las complicaciones.

**Objetivos:** Describir la experiencia inicial de la implementación de un programa de estancia corta en pacientes sometidos a hemicolectomía derecha por laparoscopia.

**Materiales:** Pacientes con hemicolectomía derecha por laparoscopia operados entre el primero de enero de 2017 y el 29 de abril de 2019. Luego del 26 de junio de 2018 se implementó un programa de estancia corta.

**Resultados:** Se identificaron 44 pacientes, 21 de ellos dentro del programa de estancia corta. El 33,3% de los pacientes del programa fueron hombres versus 52,2% en el otro grupo. La tasa de filtración de anastomosis en los pacientes del programa fue del 4,8% versus 8,7% en los otros pacientes ( $p=0.267$ ), y la tasa de infección del sitio operatorio fue de 2,3% versus 9,1% respectivamente ( $p=0.87$ ). La mediana de la estancia hospitalaria del grupo fue de 2 días versus 4 días en el grupo control

**Conclusiones:** Nuestros datos iniciales demuestran que una estancia corta de los procedimientos

minimamente invasivos es posible, sin comprometer la seguridad del paciente. Se requiere continuar investigando la seguridad del procedimiento en nuestro medio.

### 01 - ID26

#### Gastrectomía laparoscópica en pacientes con cáncer avanzado en el Hospital Universitario Erasmo Meoz de Cúcuta

*Hender Hernández, Deivis López, Guillermo Labrador, Diego Camargo*

Hospital Universitario Erasmo Meoz  
diegocamargo9@gmail.com

**Introducción:** La cirugía laparoscópica en cáncer gástrico temprano y avanzado comparada con cirugía abierta reduce el sangrado intraoperatorio, disminuye la estancia hospitalaria y la morbilidad. Los resultados oncológicos son comparables. Pocos reportes se han publicado en América Latina.

**Objetivos:** Evaluar los resultados oncológicos postoperatorios de la cirugía laparoscópica en pacientes con cáncer gástrico en el departamento de Norte de Santander, Colombia.

**Materiales:** Estudio observacional descriptivo retrospectivo, en que se incluyeron 119 pacientes que ingresaron al Hospital Universitario Erasmo Meoz con diagnóstico de cáncer gástrico y fueron llevados a gastrectomía laparoscópica. Se realizó análisis univariado con las medidas de tendencia central y distribución de acuerdo a su distribución y análisis bivariado con las pruebas de Mann Whitney y Kruskal Wallis.

**Resultados:** Un total de 119 pacientes fueron llevados a gastrectomía laparoscópica con reconstrucción en Y de Roux; 91 (76%) fueron totales y 28 (24%) subtotales. La mediana de la edad fue de 63 años (55 – 70), el 41% de los pacientes tenían comorbilidades y la conversión a cirugía abierta fue del 3%. La mediana del tiempo operatorio fue de 240 (240 – 300) minutos. Las complicaciones postoperatorias fueron del 8% y la mediana de estancia hospitalaria fue de 7 días. El 75% de los pacientes tenían una clasificación pT3-T4a y el 67% se clasificaron como adenocarcinomas difusos; se logró una mediana del conteo de ganglionar de 23 (17 – 30).

**Conclusiones:** Los resultados oncológicos reportados son satisfactorios. La tasa de complicaciones es baja y la estancia hospitalaria reportada es reducida. Son necesarios otros estudios prospectivos en nuestra región que reporten series de casos grandes

### 01 - ID27

#### Hemicolectomía derecha con resección duodenal en cancer de colon: Caso en hospital oncológico de IV Nivel en Bogotá

*Ana Deisee Bonilla, Gustavo Aguirre, Efrain Isaac*

Instituto Nacional de Cancerología  
isaacpalest@hotmail.com

**Introducción:** En compromiso del duodeno en la neoplasia maligna del colon es un evento raro y representa un desafío para los cirujanos; puede configurarse como criterio de irreseccabilidad y cambiar el pronóstico del paciente tratado. Se puede realizar la resección del colon ascendente y en este caso la resección segmentaria de la porción afectada del duodeno o pancreatoduodenectomía si es el caso, para ofrecer una opción curativa a los pacientes.

**Objetivos:** Demostrar nuestra experiencia con este caso clínico para orientar a los cirujanos a ofrecer posibilidad de cirugía curativa a los pacientes con tumores malignos del colon con extensión al duodeno.

**Materiales:** Caso clínico de un paciente de 64 años de edad, con adenocarcinoma de colon derecho con extensión a la tercera porción del duodeno y fístula coloduodenal maligna, a quien se le realizó hemicolectomía derecha y resección segmentaria de la tercera porción del duodeno con anastomosis termino-terminal, procedimiento quirúrgico realizado en un hospital oncológico de cuarto nivel de la ciudad de Bogotá.

**Resultados:** Mediante la hemicolectomía derecha con resección segmentaria de la tercera porción del duodeno se logró resección oncológica con márgenes libres en nuestro paciente, ofreciendo posibilidad de curación y aumento en la supervivencia libre de enfermedad.

**Conclusiones:** La extensión tumoral al duodeno de una neoplasia primaria del colon puede ser

resecada en su totalidad con márgenes negativos y aumentar la supervivencia libre de enfermedad de los pacientes. Existen opciones quirúrgicas para estos pacientes como son la resección segmentaria del duodeno, la pancreatoduodenectomía y los parches pediculados de ileon para cubrir defectos del duodeno, entre otras, que se deben tener en cuenta.

### 01 - ID28

#### Impacto socioeconómico en el manejo de la pancreatitis aguda severa de origen biliar

*Luis Felipe Cabrera Vargas, Luisa Hernández, Luis Miguel Marroquín, Diego Salcedo*

Hospital Cardiovascular del Niño de Cundinamarca  
dr.hermed@gmail.com

**Introducción:** La pancreatitis aguda (PA) de origen biliar es una de las enfermedades más comunes del tracto gastrointestinal. Su incidencia anual varía entre 4.0– 45.3/100.000, con un riesgo de mortalidad del 3–30%.

**Objetivos:** Demostrar si existe algún impacto en el desenlace (mortalidad) de la pancreatitis aguda severa de origen biliar según el estrato socioeconómico de los pacientes.

**Materiales:** Se realizó un estudio retrospectivo, comparativo, descriptivo, incluyendo los pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda de origen biliar severa en dos hospitales de Bogotá DC, uno de estrato socioeconómico 4-5-6 y otro de estrato 1-2-3 y se compararon las siguientes variables: edad, género, tiempo de evolución al momento de la consulta, PCR, Marshall Score, complicaciones locales, estancia en UCI, estancia hospitalaria, necesidad de manejo quirúrgico, necesidad de manejo percutáneo o endoscópico, síndrome compartimental, complicaciones y mortalidad.

**Resultados:** Los pacientes con nivel socioeconómico bajo presentaron más complicaciones en comparación con los de nivel alto, como el síndrome compartimental (35,8% vs 4,2%) y requirieron más intervenciones quirúrgicas (49,1% vs 8,3%). Se encontró una mayor mortalidad en los pacientes con estrato socioeconómico bajo (11,3%), en comparación con los de estrato socioeconómico alto (4,2%),

con una diferencia estadísticamente no significativa ( $P > 0.05$ ). Se identificó riesgo de mayor mortalidad en los pacientes de estrato bajo respecto al alto (OR 2,93 IC95% 0,56 – 15,30).

**Conclusiones:** Pareciera que el estrato socioeconómico impacta en la mortalidad de la pancreatitis aguda, posiblemente por el tiempo tardío de consulta, ya que en las dos instituciones el tratamiento fue el estandarizado según el Consenso de Atlanta de 2012; sin embargo el valor de p no fue estadísticamente significativo.

### 01 - ID29

#### Manejo inadecuado del páncreas anular. Reporte de un caso y revisión de la literatura

*Germán Mogollón, Luis Felipe Cabrera, Laura Tatiana Padilla, Jean André Pulido, Steven Aparicio, Marcia Santafé, Santiago Piñeros, Sebastián Sánchez Susa, Mauricio Pedraza Ciro*

Universidad El Bosque - Semillero de Investigación en Cirugía general y subespecialidades SICS  
Ltatianapp@gmail.com

**Introducción:** El páncreas anular es un tipo de atresia duodenal infrecuente, caracterizado por un anillo de tejido pancreático que rodea la segunda porción del duodeno, generando el 1% de las obstrucciones intestinales pediátricas; su tratamiento es quirúrgico, basado en restaurar la continuidad de tracto gastrointestinal por medio de un bypass duodenal con duodeno-duodenostomía termino-terminal en diamante tipo Kimura.

**Objetivos:** Describir un caso de manejo inicial inadecuado de páncreas anular, evaluando las posibles opciones de manejos y los procedimientos adecuados en una patología infrecuente.

**Materiales:** Se reporta el de caso de un paciente de 3 años de edad con antecedente de atresia duodenal corregida con derivación gastroentérica Billroth II en etapa neonatal; posteriormente con signos de obstrucción intestinal parcial, siendo llevado a un nuevo procedimiento quirúrgico. Se hace revisión crítica de la literatura para determinar el mejor manejo posible según el caso.

**Resultados:** Posterior a la evaluación del caso y revisión crítica de la literatura, se encuentra que el

diagnóstico principal se hace con cirugía; siendo el tratamiento ideal un bypass duodenal con duodeno-duodenostomía termino-terminal en diamante tipo Kimura, que puede ser vía abierta o laparoscópica, y no está indicada la sección el páncreas anular dadas las complicaciones secundarias.

**Conclusiones:** El manejo del páncreas anular debe ser el adecuado para el paciente, según su edad y patologías de base, para dar una resolución completa a esta patología congénita. Las imágenes diagnósticas son importantes, sin embargo la cirugía sigue siendo necesaria para confirmar el diagnóstico.

### 01 - ID30

**Resección anterior de recto mínimamente invasiva con escisión mesorrectal transanal en el Instituto Nacional de Cancerología: reporte de caso**

*Raúl Eduardo Pinilla, Oscar Guevara, Ricardo Oliveros, Gustavo Aguirre, Juan Javier Acevedo, Juliana Restrepo, Daniel Gómez G.*

Instituto Nacional de Cancerología - Universidad El Bosque  
dagogo05@hotmail.com

**Introducción:** La escisión total del mesorrecto vía transanal se introdujo dentro la cirugía mínimamente invasiva como una alternativa de tratamiento para tumores que son técnicamente difíciles de resear, manteniendo una resección oncológica adecuada y preservación de esfínter.

**Objetivos:** Presentar el caso de una resección anterior baja de recto por laparoscopia con escisión total del mesorrecto vía transanal.

**Materiales:** Se presenta un reporte de caso exitoso del Instituto Nacional de Cancerología de un paciente con cáncer de recto a quien se le practicó resección quirúrgica y escisión total del mesorrecto vía transanal.

**Resultados:** Hombre de 64 años de edad, con diagnóstico de adenocarcinoma de recto medio estadio IV por compromiso hepático, quien fue sometido a neoadyuvancia con quimioterapia y radioterapia, donde se evidencia regresión de la lesión hepáticas y la lesión rectal. Fue llevado entonces a resección anterior baja de recto por laparoscopia y escisión to-

tal de mesorrecto vía transanal. No se evidenciaron complicaciones durante el procedimiento ni durante el postoperatorio.

**Conclusiones:** La escisión total de mesorrecto vía transanal es una alternativa de tratamiento mínimamente invasivo, que aumenta las posibilidades de resección oncológica y preservación de esfínter.

## CIRUGÍA BARIÁTRICA

### 01 - ID31

**Cirugía bariátrica de revisión en el Hospital Universitario San Ignacio**

*Rami Mikler, Ricardo Metke*

Hospital Universitario San Ignacio

Metke88@gmail.com

**Introducción:** La cirugía bariátrica es un procedimiento que se practica cada vez con más frecuencia dado el aumento de la obesidad en la población general (con una prevalencia de 36.4% en Norte Americana en 2014). Así mismo, con el pasar del tiempo las técnicas quirúrgicas para el manejo de esta condición han cambiado dado el mayor estudio de las mismas, que evidencian mayor eficacia a largo plazo de una sobre otra. Dado la evidencia de fracaso terapéutico de algunas técnicas utilizadas previamente, en la actualidad se considera la conversión/revisión de procedimientos quirúrgicos previos como una nueva estrategia quirúrgica que cada día se vuelve más presente.

**Objetivos:** Presentar el cambio en los últimos años de los procedimientos bariátricos en el hospital universitario San Ignacio en la ciudad de Bogotá, acorde a los cambios reportados en la literatura mundial y mostrar la tasa de cirugías de conversión/revisión en nuestra institución.

**Materiales:** Se trata de un estudio observacional retrospectivo de los últimos 5 años en el hospital universitario San Ignacio. Se hace una revisión de los procedimientos realizados en este tiempo y del seguimiento.

**Resultados:** Se presentó un 8% de cirugía de conversión aproximadamente, con una tasa de complicaciones pequeña y una reganacia de peso baja.

**Conclusiones:** En el hospital universitario San Ignacio en la ciudad de Bogotá se realiza una cantidad elevada de procedimientos bariátricos, con complicaciones y seguimiento con buenos resultados generales. Así mismo, la cirugía de conversión es una técnica cada vez más presente, con una tasa de complicaciones baja y un seguimiento con resultados satisfactorios.

### 01 - ID32

#### La sobresutura del remanente gástrico reduce las complicaciones independientemente del IMC en bypass gástrico

*Guillermo Borjas, Ali Urdaneta, Néstor Sánchez, María González, Eduardo Ramos*

Centro Clínico La Sagrada Familia  
drguillermoborjas@hotmail.com

**Introducción:** El grapado mediante autosuturas en cirugía bariátrica es una condición obligatoria para poder desarrollar este tipo de procedimientos garantizando viabilidad técnica en procedimientos complejos, con efectos mortales en el paciente si llegase a fallar (reportado en 0,5 a 6%), incluyendo fugas de la anastomosis gastro-yeyunal, fistulas gastro-gástricas, sangrado intra y extraluminal, con alto grado de morbi-mortalidad (30%). Ante tales fallas se han desarrollado técnicas como el clipaje selectivo de línea de grapado, uso de pegas biológicas y la sutura de la línea de grapado, sea transfixiante total o por imbrincamiento de la misma.

**Objetivos:** Demostrar que la sobresutura del remanente gástrico es técnicamente viable en pacientes obesos con cualquier IMC y además disminuye posibles complicaciones.

**Materiales:** En esta investigación se presenta la técnica de sutura del remanente gástrico en la ejecución de bypass gástrico laparoscópico, utilizando sutura sintética no absorbible tipo Polipropileno (Prolene®), exponiendo viabilidad de la técnica, tiempo quirúrgico, beneficios y complicaciones. Se tuvo como población 100 sujetos (Grupo A) a quienes se les suturó el remanente gástrico y se comparó con un grupo control de 100 sujetos (Grupo B) con similitudes de edad, género, e IMC con un rango de 30 a 85.

**Resultados:** Se reportó incremento gradual del tiempo quirúrgico proporcional al incremento del IMC no significativo. En el grupo de intervención (A) se reportó en 0% reintervención, en 1% necesidad de hemoderivados, en 2% melenas y gasto del dren de 78cc en promedio, mientras en el grupo control (B) se reportó en 1% reintervención, en 3% necesidad de hemoderivados, en 14% melenas y gasto del dren de 245cc en promedio. No hubo mortalidad en ningún grupo.

**Conclusiones:** Se concluye que la sobresutura del remanente gástrico en cirugía bariátrica es técnicamente viable, independientemente del IMC del paciente, y está asociado a disminución de complicaciones. Por otra parte, el tiempo quirúrgico se incrementa con este procedimiento, sin ser estadísticamente significativo.

### 01 - ID33

#### Retracción hepática asistida con imanes en cirugía bariátrica

*Andrés Hanssen, Sergio Plotnikov, Geylor Acosta, Diego Hansen, Rafael Hanssen*

Universidad Metropolitana de Barranquilla - Universidad Central de Venezuela - BronxCare Health System NY  
anhanssen@gmail.com

**Introducción:** La retracción hepática es crucial en la mayoría de las operaciones bariátricas laparoscópicas. Presentamos nuestra experiencia inicial al usar la retracción magnética en cirugía bariátrica.

**Objetivos:** Evaluar la factibilidad de utilizar separación hepática asistida con imanes en cirugía bariátrica.

**Materiales:** Cincuenta pacientes se sometieron a procedimientos bariátricos utilizando un dispositivo magnético para retraer el hígado, 36 procedimientos fueron gastrectomías en manga (17 puertos múltiples, 9 puertos únicos y 10 puertos reducidos) y 14 fueron bypass multipuerto. El tiempo empleado en la exposición con el sistema magnético se comparó con el requerido para colocar un retractor de Nathanson en cincuenta procedimientos multipuerto. Se utilizó la prueba t para comparar los tiempos en ambos grupos,

**Resultados:** La retracción hepática fue satisfactoria en el 68% de los pacientes, en 32% se requirió un retractor de Nathanson. El tiempo promedio para la instalación del dispositivo magnético fue de 289,28 segundos  $\pm$  36,79. El tiempo promedio para la instalación del Nathanson fue de 206,28  $\pm$  19,51 segundos ( $p < 0.01$ ). El IMC medio en el grupo de retracción magnética fue de 44 kg/m<sup>2</sup> (rango 30-48) y en el grupo de Nathanson fue de 48 kg/m<sup>2</sup> (rango 34,9-52,6).

**Conclusiones:** La retracción hepática asistida con imanes durante procedimientos bariátricos es factible en muchos casos. La instalación de retracción magnética consume más tiempo que la de un retractor de Nathanson, pero parece ser útil en procedimientos de puertos únicos o reducidos. Se requiere de imanes más potentes en pacientes con hígados pesados o paredes abdominales gruesas.

#### 01 - ID34

##### **Trombosis esplénica y porto mesentérica posterior a cirugía bariátrica en el manejo de la obesidad mórbida: Reporte de un caso**

Rubén Luna, Carlos Luna Jaspe, Álvaro Sánchez, Jessica Solano

Fundación Clínica Shaio  
Appaloosa1991@gmail.com

**Introducción:** La trombosis esplénica y porto mesentérica es una complicación poco común luego de la cirugía bariátrica, con sintomatología inespecífica y con un alto índice de mortalidad. Presentamos el caso de una paciente en su postoperatorio de cirugía bariátrica quien consulta por dolor abdominal y episodios eméticos, se confirma diagnóstico por tomografía de trombosis aguda venosa en la confluente esplenoportal, venas mesentéricas y sus afluentes, con adecuada evolución y egreso sin requerimiento de tratamiento quirúrgico.

**Objetivos:** Presentar caso de trombosis aguda venosa esplenoportal y mesentérica, con adecuada evolución clínica, sin requerimiento de tratamiento quirúrgico, en paciente con postoperatorio de cirugía bariátrica tipo manga gástrica.

**Materiales:** Mujer de 33 años de edad, con índice de masa corporal de 35,26 kg/m<sup>2</sup>, sin antecedentes

patológicos de importancia, en quien se realiza cirugía bariátrica sin complicaciones. Ingresó a los 12 días del postoperatorio con cuadro de dolor abdominal de intensidad 10/10 en escala análoga de dolor, asociado a múltiples episodios eméticos, estable hemodinámicamente. Se realiza angiotac donde se evidencia defecto de llenado de aproximadamente un 90% en la porta, ligero aumento de diámetro de vena mesentérica y sus ramas.

**Resultados:** Paciente con trombosis esplénica y porto mesentérica manejada con anticoagulación con warfarina y vigilancia clínica por una semana, sin complicaciones, sin requerimiento de tratamiento quirúrgico, y la paciente evoluciona favorablemente.

**Conclusiones:** La trombosis esplénica y porto mesentérica es una patología poco frecuente, pero es necesario tenerla en cuenta en pacientes en postoperatorio de manga gástrica, lo que implica un alto índice de sospecha para su pronto diagnóstico y oportuno tratamiento.

## COLON Y RECTO

#### 01 - ID35

##### **Enfermedad diverticular: enfoque diagnóstico, terapéutico y resultados clínicos del Centro Médico Imbanaco en Cali**

Laureano Quintero, Angela González-Orjuela, Mónica Morales, Alejandro De La Torre

Centro Médico Imbanaco

laureano.quintero@imbanaco.com.co; guiasclinicas@imbanaco.com.co; monica.morales@imbanaco.com.co; alejandro.delatorre@imbanaco.com.co

**Introducción:** La enfermedad diverticular es una patología con prevalencia de 10% en adultos mayores de 50 años, cuya fisiopatología es multifactorial, tiene amplio espectro de presentación clínica y complicaciones asociadas.

**Objetivos:** Describir el abordaje diagnóstico, terapéutico y los resultados clínicos en pacientes que ingresan por diverticulitis al servicio de urgencias del Centro Médico Imbanaco en la ciudad de Cali.

**Materiales:** Estudio observacional retrospectivo de pacientes que consultaron a urgencias del Centro Médico Imbanaco, entre 2013-2018. Se clasificó la severidad de la enfermedad con la escala de Hinchey modificada.

**Resultados:** Se presentaron 801 episodios, correspondientes a 693 pacientes, 414 mujeres (60%), edad promedio de  $62 \pm 34$  años. En 95 % de los episodios consultaron por dolor abdominal (686 localizado y 77 generalizado), el 75% de localización izquierda. El 14% de los pacientes presentaron entre 2 y 3 episodios de diverticulitis. Según la escala de Hinchey, 23 % fueron estadio 0; 71% estadio Ia; 6% estadio superior a Ib. En 99 % de los episodios se realizó TAC abdominal contrastado, los hallazgos se distribuyeron: 73% cambios de grasa pericólica y 66% engrosamiento de la pared del colon, 57,5% presentaron los dos simultáneamente. Recibieron antibiótico el 70%, Ertapenem en 81% y Metronidazol intravenoso en 13%. El 4% requirieron cirugía (30 de urgencia) y la mortalidad fue 0,62%.

**Conclusiones:** La población más frecuentemente afectada son mujeres mayores de 50 años de edad. La presentación clínica fue dolor abdominal localizado en el lado izquierdo. Los hallazgos imagenológicos más frecuentes fueron los cambios en la grasa pericólica y el engrosamiento de la pared del colon. Solo 1 de cada 9 pacientes requirió cirugía de urgencia.

## 01 - ID36

### Evaluación de la respuesta patológica al tratamiento neoadyuvante en cáncer de recto. Experiencia del Instituto de Cancerología “Las Américas” durante el período 2011-2018

Luis J. Palacios-Fuenmayor, Sebastián Grisales-Cajales, Castaño-Llano Rodrigo, Carlos Serna, Ana M Naranjo-Isaza, David Mosquera, Lina Arbeláez, Lucy Sánchez, Gómez-Wolf, Héctor García

Instituto de Cancerología las Américas

ljp2511@gmail.com

**Introducción:** El cáncer de recto es una enfermedad frecuente en el mundo. En Colombia según datos de GLOBOCAN para el 2018 se estimaron 2,922 casos nuevos. En el Instituto de Cancerología Las Américas, en el periodo 2011-2017, el cáncer de recto

ha estado entre el séptimo y noveno motivo de consultas nuevas por cáncer.

**Objetivos:** Describir el grado de respuesta patológica del tratamiento neoadyuvante en pacientes con cáncer de recto localmente avanzado, atendidos en el Instituto de Cancerología Las Américas, entre 2011 y 2018.

**Materiales:** Estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, donde fueron incluidos pacientes mayores de 18 años con cáncer de recto localmente avanzado (estadio T3, T4 y/o compromiso ganglionar tumoral), que hayan recibido quimioterapia y/o radioterapia neoadyuvante y hayan sido operados en la institución.

**Resultados:** Se incluyeron 152 pacientes en el estudio. La respuesta patológica completa al tratamiento neoadyuvante se logró en 17% pacientes. La edad media fue 59 años (DE 12,8). La mediana de seguimiento fue de 33,3 meses (RIQ 20-45). La supervivencia global a 5 años fue 51,2% (IC95% 38,6-62,4), las curvas de Kaplan-Meier muestran una mejor supervivencia global para quienes tuvieron respuesta completa ( $p < 0.05$ )

**Conclusiones:** Nuestro estudio demostró una tasa de respuesta patológica completa al tratamiento neoadyuvante en cáncer de recto, similar a otros estudios publicados. En los pacientes que tuvieron respuesta patológica completa se evidenció una mejoría estadísticamente significativa en la supervivencia global y libre de enfermedad.

## 01 - ID37

### Genética en cáncer colorrectal

Jessica J Lyons-Molano; Luis Eduardo Martínez López

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

Jessicamdlyons@gmail.com; lemartinez@fucsulud.edu.co

**Introducción:** La prevalencia de cáncer de colon ha aumentado hasta casi duplicar los casos diagnosticados en los 90`s. Aunque los factores de riesgo son conocidos y modificables, los síntomas son inespecíficos, no hay conocimiento de la predisposición genética y el desconocimiento de los tamizajes existentes para su diagnóstico precoz por parte de los galenos, llevan a que persistan tasas de

mortalidad elevadas, ocupando el tercer lugar de mortalidad por cáncer. La predisposición genética del cáncer colorrectal incluye antecedente personal o familiar de síndromes como poliposis adenomatosa familiar (PAF), síndrome de Peutz-Jeguer y síndrome de Lynch, pero en la actualidad, un diagnóstico precoz para brindar prevención o tratamientos específicos, es posible gracias a tamizajes genéticos aprobados por SGSS. Las tres vías que se alteran generando inestabilidad genómica asociada a cáncer colorrectal, la vía supresora, la vía mutadora y la vía de metilación del ADN, involucran genes que han demostrado presencia importante de mutaciones en estudios de individuos con cáncer colorrectal o familiares en primer grado con antecedente de este tipo de cáncer o de algún síndrome de predisposición. Los genes más estudiados, que pueden incluso diagnosticar la presencia o el riesgo de padecer este tipo de cáncer son: APC, DCC, TP53, K-RAS y CTNNB1. Tamizajes que incluyen la realización de NGS, PCRrt, o estudios de la expresión de micro-ARN usándolos como biomarcadores, son capaces de proveer un diagnóstico temprano, conduciendo a un tratamiento eficaz e incluso a tomar medidas de prevención en las familias con predisposición.

**Objetivos:** Incentivar a los cirujanos para realizar diagnósticos tempranos a pacientes y familiares con predisposición de cáncer de colon mediante tamizaje.

**Materiales:** Bases de datos con estudios de la genética del cáncer de colon y recto, estudios en Latinoamérica y Colombia de cáncer de colon y recto en los últimos 10 años y de los genes asociados.

**Resultados:** Se espera que los galenos se motiven y sean realizados los tamizajes, llevando a un diagnóstico precoz de cáncer de colon y recto, que conduzcan a un tratamiento adecuado y conductas a seguir para la prevención en casos de sospecha.

**Conclusiones:** Los genes más estudiados que pueden incluso diagnosticar la presencia o el riesgo de padecer este tipo de cáncer son: APC, DCC, TP53, K-RAS y CTNNB1. Tamizajes que incluyen la realización de NGS, PCRrt, o estudios de la expresión de micro-ARN usándolos como biomarcadores, son capaces de proveer un diagnóstico temprano, con-

duciendo a un tratamiento eficaz e incluso a tomar medidas de prevención en las familias con predisposición.

## 01 - ID38

### **Pesquisa de cáncer colorectal en pacientes con sangre oculta en heces fecales positiva.**

*José Fernández Sotolongo, Abelardo Hernández Barvo, Gloria Astencio Rodríguez, Lissette Castro Álvarez, Yosvani Josué Ortiz Montero, Lorenzo Santaló Rodríguez*

Hospital Universitario "General Calixto García", La Habana-Cuba

jose.fernandez@infomed.sld.cu

**Introducción:** El cáncer colorrectal constituye un problema de salud de magnitud a nivel mundial y en Cuba. Existe consenso mundial en el uso de la determinación de sangre oculta en heces fecales para la pesquisa de cáncer de colon. El Centro de Inmunoensayo introdujo en marzo de 2013 la prueba inmunológica rápida con alto grado de sensibilidad de sangre oculta en heces fecales (SUMASOHF), para el diagnóstico temprano y seguimiento de desórdenes gastrointestinales que provocan sangrado.

**Objetivos:** Identificar la presencia de cáncer colorrectal en los pacientes con SUMASOHF positivo.

**Materiales:** Se realizó una investigación descriptiva, transversal y de base hospitalaria. El universo estuvo constituido por 1026 pacientes atendidos en el servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario "General Calixto García", remitidos de la atención primaria de salud con prueba de SUMASOHF positiva en el periodo Enero de 2016 a Diciembre de 2018. Estos pacientes constituyeron la unidad de análisis, se les realizó SUMASOHF confirmatorio, hemograma, pruebas de coagulación, ultrasonido abdominal, panendoscopia y colonoscopia. La información se obtuvo de las hojas de cargo y de las historias clínicas. En el procesamiento y análisis estadístico se utilizó el paquete SPSS versión 11.5 a través del cual se obtuvieron las frecuencias absolutas y porcentajes.

**Resultado:** Se identificó en el 10,23% de los pacientes una lesión preneoplásica y en el 10,52% un cáncer colorrectal, predominando la variedad histológica de adenocarcinoma.

**Conclusiones:** El SUMASOHF no sustituye otros procedimientos diagnósticos como la colonoscopia o los estudios imagenológicos en la pesquisa de cáncer colorrectal. El resultado positivo de SUMASOHF solo debe ser utilizado para pesquisas preliminares o como ayuda para el diagnóstico.

### 01 - ID39

#### **Pólipos de colon: hallazgos endoscópicos y su importancia para una buena práctica clínica**

*Carlos Martínez Jaramillo, Nairo Javier Senejoa Núñez, Heinz Ibáñez Varela, Luis Francisco Miranda Ruiz, Roberto José Rodríguez Flórez, María Camila Rubio Rubiano*

Hospital Militar Central - Universidad Militar Nueva Granada

Coloproctologiahomic@gmail.com

**Introducción:** La mayoría de los pólipos colorrectales presentan una histología benigna, sin embargo, cerca del 90% de los cáncer colorrectal tienen origen a partir de la secuencia adenoma carcinoma.

La probabilidad de que un pólipo se convierta en cáncer varía dependiendo de diferentes características como el tamaño, forma, patrón glandular, número de pólipos y tipo histológico. Existen algunas características endoscópicas vinculadas con la probabilidad de malignidad de los pólipos. La realización de una colonoscopia de alta calidad, así como una adecuada interpretación de los hallazgos endoscópicos e histológicos, permiten diagnosticar y tratar de forma temprana lesiones potencialmente malignas.

**Objetivos:** Caracterizar las variables sociodemográficas y hallazgos endoscópicos de los pacientes a quienes se documenta pólipos colorrectales.

**Materiales:** Estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo de los pacientes en los que se documentó la presencia de pólipos en la colonoscopia realizada en el servicio de coloproctología del Hospital Militar Central en la ciudad de Bogotá, en el año 2018.

**Resultados:** Se realizaron 2120 colonoscopias en el año 2018, en las que se encontraron 712 pólipos; el promedio de edad fue de 64.6 años. La principal indicación de la colonoscopia fue tamizaje (56%). La morfología principal de los pólipos documentados

fue planos (41,7%). El tipo histológico más frecuente fueron los pólipo adenomatosos (52,3%), seguido por pólipos hiperplásicos (38,6%); solo 0,8 % fueron adenocarcinomas.

**Conclusiones:** Los pólipos representan un hallazgo frecuente en las colonoscopias realizadas en la población adulta. La detección temprana y una adecuada interpretación de los resultados permiten una idónea planeación en el manejo y disminución de incidencia de cáncer colorrectal.

### 01 - ID40

#### **Risk factors for prolonged postoperative ileus in colorectal surgery: A systematic review and meta-analysis**

*Andrea Carolina Quiroga Centeno, Kihara Alejandra Jerez Torra, Pedro Antonio Martín Mojica, Sergio Andrés Castañeda Alfonso, María Emma Castillo, Oscar Fernando Calvo Corredor, Sergio Alejandro Gómez Ochoa.*

Universidad Industrial de Santander - Hospital Universitario de Santander.

Caroline\_aqc@hotmail.com

**Introducción:** Prolonged postoperative ileus (PPOI) represents a frequent complication following colorectal surgery, affecting approximately 10%–15% of the patients who undergo these procedures.

**Objetivos:** To evaluate the perioperative risk factors for prolonged postoperative ileus development in colorectal surgery.

**Materiales:** Study conducted in accordance with the PRISMA Statement. Pubmed, Embase, Scielo and LILACS databases were searched from January 1980 to November 2018 for studies that evaluated primary clinical data regarding the analysis of risk factors for PPOI after colorectal surgery. Heterogeneity was assessed with the I<sup>2</sup> measure of inconsistency. The Newcastle–Ottawa scale was used for bias assessment within studies, and the Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) approach was used for quality assessment of evidence on outcome levels.

**Resultados:** From the 64 studies included, 42 were evaluated in the meta-analysis comprising 29,736 patients that underwent colorectal surgery (51.84%

males; mean age 62 years), from which 2844 (9.56%) developed prolonged postoperative ileus. Significant risk factors for prolonged postoperative ileus development were male sex (OR 1.43; 95%CI 1.25-1.63), age (MD 3.17; 95%CI 1.63-4.71), cardiac comorbidities (OR 1.54; 95%CI 1.19-2.00), previous abdominal surgery (OR 1.44; 95%CI 1.19, 1.75), laparotomy (OR 2.47; 95%CI 1.77-3.44) and ostomy creation (OR 1.44; 95%CI 1.04-1.98). Included studies evidenced a moderate heterogeneity. The quality of evidence was regarded as very low-moderate according to the GRADE approach.

**Conclusiones:** Multiple factors, including demographic characteristics, past medical history and surgical approach, can increase the risk of developing prolonged postoperative ileus in colorectal surgery patients. The awareness of these will allow a more accurate assessment of prolonged postoperative ileus risk in order to take measures to decrease its impact in this population.

#### 01 - ID41

##### **Trombectomía más fleboextracción: una técnica alternativa en el manejo de la enfermedad hemorroidal externa trombosada**

*Carlos Martínez Jaramillo, Nairo Javier Senejoa Núñez, Heinz Ibáñez Varela, Luis Francisco Miranda Ruiz, Roberto José Rodríguez Florez, Laura Daniela Ramírez Melo*

Hospital Militar Central - Universidad Militar Nueva Granada  
coloproctologiahomic@gmail.com

**Introducción:** La enfermedad hemorroidal se considera uno de los trastornos benignos perianales de mayor frecuencia, siendo la enfermedad hemorroidal externa (EHE) la más evidente. Las hemorroides se clasifican como internas o externas según su origen. La EHE se manifiesta con sensación de masa anal dolorosa, que puede complicarse con necrosis o trombosis. En la fase aguda del EHE (menos de 3 días), el coágulo puede drenarse bajo anestesia local, teniendo complicaciones tempranas, principalmente sangrado y dolor, con una tasa de recidiva a 24 meses que oscila entre 22-33%. Como alternativa a la terapia convencional, se propone la técnica de trombectomía más fleboextracción, procedimiento estándar y eficaz para el manejo del EHE en el servicio de Coloproctología del Hospital Militar Central.

**Objetivos:** Caracterizar las variables sociodemográficas de los pacientes con Enfermedad hemorroidal.

Evaluar los resultados de la técnica de trombectomía más fleboextracción como alternativa en el manejo de la enfermedad hemorroidal externa.

**Materiales:** Estudio observacional, cuantitativo, retrospectivo, transversal y descriptivo, de los pacientes que consultaron y se sometieron a la trombectomía más fleboextracción para el manejo de la enfermedad hemorroidal externa en el servicio de Coloproctología del Hospital Militar Central, del año 2014 al 2016.

**Resultados:** En ese periodo, 198 pacientes consultan por hemorroides externas sintomáticas, 61% eran hombres. En 75 pacientes (37,8%) se encontraban trombosadas; de estas se dio manejo quirúrgico con fleboextracción al 41,3 %. Hubo recurrencia de 3 casos (9,6%), todos después de 36 meses.

**Conclusiones:** Los pacientes quienes se realiza fleboextracción presentan menor tasa de complicaciones como re-trombosis hemorroidal, dolor postoperatorio y sangrado.

## HEPATOBIILIAR

#### 01 - ID42

##### **Abordaje percutáneo como tratamiento de la disrupción del ducto del páncreas**

*Carlos Priarone, Jesús Díaz Realpe, Dhayra K. Barreto, Valentina Patiño Pérez*

Universidad del Cauca  
priaronecarlos@hotmail.com

**Introducción:** La disrupción del ducto del páncreas es una discontinuidad del ducto pancreático principal. Esta se puede desarrollar hasta en un 40% de las pancreatitis necrosantes, por lo cual es importante un manejo mini-invasivo como opción terapéutica para el tratamiento de la DPS.

**Objetivos:** Evaluar los resultados del abordaje percutáneo con apoyo endoscópico, como opción terapéutica de la disrupción del ducto del páncreas.

**Materiales:** Serie de casos de 6 pacientes con diagnóstico de disrupción del ducto del páncreas entre el 2015 y 2018. Todos presentaron necrosis pancreática infectada como complicación local de la pancreatitis. El abordaje utilizado para el tratamiento inicial se realizó mediante un drenaje percutáneo transgástrico guiado por imágenes. Para el manejo de la DPS se colocaron diferentes tipos de catéteres percutáneos o estents, con el apoyo de la fluoroscopia y endoscopia.

**Resultados:** Los 6 pacientes identificados presentaron un promedio de edad de 41,8 años y 5 fueron hombres (83,3%). Los diferentes tipos de prótesis utilizadas fueron: un catéter percutáneo invertido, dos estents biliares doble J, dos internalizaciones de catéter percutáneo transgástrico y un catéter doble J. Un paciente presentó migración de la prótesis que no requirió nueva intervención y otro desarrolló un absceso peri-pancreático con necesidad de drenaje percutáneo. Todos los pacientes resolvieron la DPS sin necesidad de procedimientos mayores. No se registró mortalidad.

**Conclusiones:** La disrupción del ducto del páncreas es una entidad que no tiene un protocolo establecido para su tratamiento. Una alternativa efectiva y segura es el abordaje percutáneo transgástrico, con el apoyo de la endoscopia.

### 01 - ID43

**ALPPS y MINIALPPS: Alternativas entre las técnicas de hipertrofia hepática. Presentación de dos casos en patología hepática de origen no colorrectal**

*Fabio Vergara Suárez, Jaime Ramírez Arbelaez, Luis Barrera, Mauricio Duque Villalobos, Camilo Tarazona Bautista, Mauricio Corrales.*

IPS Universitaria - Servicios de Salud de la Universidad de Antioquia

Fabiovergara14@gmail.com

**Introducción:** Las resecciones hepáticas son el tratamiento de elección para la mayoría de los tumores hepáticos. Gracias a la regeneración hepática, han ido apareciendo diversos procedimientos para estimular la hipertrofia hepática en casos en los que se requiera. Entre ellos se encuentra el ALPPS (Associating Liver Partition and Portal Vein Ligation for Staged Hepatectomy) y una versión más reciente que

se denomina MiniALPPS. El objetivo primordial de estas dos técnicas es lograr hipertrofias más rápidas.

**Objetivos:** Presentar dos casos realizados con cada una de estas técnicas en indicaciones diferentes a metástasis de tumores colorrectales.

**Materiales:** ALPPS: Varón de 65 años, con hallazgo de masa hepática gigante en lóbulo derecho y parte del segmento IV, probable HCC sobre hígado no cirrótico. Se realiza volumetría hepática, dado el remanente hepático insuficiente.

MINIALPPS: Mujer de 52 años, antecedente de resección de sarcoma retroperitoneal. Presenta recaída hepática con metástasis bilobulares de rápida progresión. Las lesiones más grandes en lóbulo derecho y segmento IV y una subcapsular en sector lateral izquierdo. Se calcula volumetría hepática para hepatectomía derecha extendida, con remanente insuficiente.

**Resultados:** ALPPS: El primer tiempo se realizó mediante técnica laparoscópica, realizando ligadura portal derecha y la transección hepática. A los 10 días se realizó nueva tomografía de abdomen para valorar la hipertrofia. Se logra un remanente hepático de casi 40%. Se procede entonces al segundo tiempo del ALPPS, esta vez con abordaje abierto. Se completa la transección hepática con ligadura de arteria hepática derecha, control de conducto biliar derecho y sección de vena hepática derecha.

MINIALPPS: En el primer tiempo se realiza metastasectomía de la lesión del sector lateral, ligadura combinado con embolización portal derecha intraoperatoria y transección de 3cms de profundidad de parénquima hepático. A los 9 días nueva tomografía evidencia hipertrofia compensadora para un remanente de casi 40%. Es llevada a un segundo tiempo, donde se completa la hepatectomía derecha extendida.

**Conclusiones:** El ALPPS y el MINIALPPS son una alternativa en el arsenal del tratamiento de tumores hepáticos donde el remanente es insuficiente, con indicaciones muy precisas en donde se requiere una hipertrofia rápida por la biología tumoral, o en casos donde la hipertrofia con la embolización portal no es suficiente.

**01 - ID44****Cirugía de Frey en el manejo de pancreatolitiasis. Experiencia de un centro de cirugía hepatobiliar en Bogotá, Colombia**

*Juan Carlos Sabogal, Felipe Cortes, Sebastián Díaz, Asdhar Toro*

Hospital Universitario Mayor Méderi  
felipe.c23@hotmail.com

**Introducción:** La pancreatolitiasis representa menos del 5 % de la pancreatitis crónica. La opción quirúrgica está reservada para pacientes con contraindicación o recidiva en manejos endoscópicos. La cirugía de Frey al ser un procedimiento combinado de resección y drenaje evidencia buenos resultados en términos de recurrencia. Este escrito describe la experiencia del manejo de la pancreatolitiasis mediante la cirugía de Frey realizadas entre el año 2015 y abril de 2019 por el grupo cirugía hepatobiliar en el Hospital Universitario Mayor Mederi.

**Objetivos:** Describir la experiencia de la cirugía de Frey en el manejo de pancreatolitiasis entre el año 2015 y abril de 2019

**Materiales:** Serie de casos de pacientes manejados mediante cirugía de Frey para pancreatolitiasis entre el año 2015 y abril de 2019.

**Resultados:** En estos cinco años se practicaron cinco cirugías de Frey, cuatro casos fueron hombres. El promedio de edad fue de 42,8 años. La estancia postoperatoria fue 7,8 días, ninguno requirió manejo en UCI. Dos pacientes presentaron complicaciones Clavien Dindo: I y IIIa, este último requiriendo drenaje de colección intra-abdominal. No se presentaron muertes. Se tiene seguimiento de 4 pacientes sin recurrencia de pancreatolitiasis hasta la fecha.

**Conclusiones:** La cirugía de Frey en este caso fue una alternativa viable y segura para el manejo de la pancreatolitiasis. Los resultados de esta experiencia son comparables con la literatura mundial en términos de la caracterización demográfica, recurrencia, resolución del dolor a corto plazo y tasa de complicaciones. Se requieren otros estudios clínicos en nuestro medio para poder comparar alternativas de manejo de esta patología.

**01 - ID45****Cirugía de hígado preservadora de parénquima por laparoscopia**

*Oscar Palacios R., Ossian Fuentes D., Diego Dávila M.*

Clínica CES Medellín - Universidad Militar Nueva Granada  
ossianfuentes@gmail.com

**Introducción:** La resección hepática continúa siendo la estrategia terapéutica de elección en el tratamiento de entidades como las metástasis de cáncer colorrectal. La implementación de procedimientos conservadores de parénquima permiten la inclusión de pacientes con remanente hepático limítrofe y realización de re-hepatectomías en casos de recurrencia, conservando los beneficios oncológicos.

**Objetivos:** Evaluar desenlaces en pacientes sometidos a cirugía preservadora de hígado vía laparoscópica en la Clínica CES en la ciudad de Medellín.

**Materiales:** Se seleccionaron los pacientes sometidos a resecciones hepáticas laparoscópicas en la Clínica CES de Medellín, durante el periodo comprendido entre el año 2012 y abril de 2019. Se analizaron variables demográficas y desenlaces perioperatorios incluyendo complicaciones y estado de la resección.

**Resultados:** De 42 pacientes sometidos a cirugía preservadora de hígado vía laparoscópica, 28 (66,6%) tuvieron como diagnóstico metástasis de cáncer colorrectal, en 34 (80,9%) se obtuvieron resecciones R0 y solo 2 presentaron complicaciones perioperatorias, sin mortalidad a 90 días.

**Conclusiones:** La cirugía preservadora de parénquima hepático permite una recuperación acelerada del paciente con disminución de complicaciones perioperatorias y estancia hospitalaria.

**01 - ID46****Drenaje biliar percutáneo para estenosis benignas y malignas de la vía biliar, experiencia en centro universitario de tercer nivel**

*Carlos Priarone, Jesús Anibal Ladrón Guevara, Jaime Alberto Vargas Salinas, Jorge David Tascón Realpe*

Universidad del Cauca  
priaronecarlos@hotmail.com

**Introducción:** El drenaje biliar percutáneo transparietohepático se utiliza para la descompresión

de una vía biliar obstruida dentro del manejo terapéutico de enfermos graves, a veces inoperables. Este procedimiento puede ser temporal o definitivo, de acuerdo con la patología de cada paciente.

**Objetivos:** Analizar la tasa de éxito, morbilidad y mortalidad del drenaje biliar percutáneo, para compararlo con las guías internacionales de calidad.

**Materiales:** Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo, entre abril de 2015 y octubre de 2017. Los procedimientos fueron realizados bajo guía fluoroscópica y ecográfica.

**Resultados:** Fueron en 36 pacientes, predominando el género femenino con 19 pacientes (52,8%). Se realizaron 49 drenajes biliares, a través de la colocación de catéteres o de estents biliares metálicos. El 91,8% de los drenajes biliares fueron realizados en patologías malignas irresecables, donde el colangiocarcinoma fue la más frecuente, seguido por cáncer de páncreas. Dentro de las etiologías benignas, la más frecuente fue la coledocolitiasis con 3 casos. En 24 pacientes (66,6%) se realizó drenaje biliar percutáneo transparietohepático posterior a CPRE fallidos y en todos los casos se logró la colocación del catéter biliar. Se presentaron complicaciones menores en 5 pacientes (10,2%) y mayores en 4 pacientes (8,1%). No hay mortalidad secundaria a los procedimientos.

**Conclusiones:** El drenaje biliar percutáneo transparietohepático es una técnica efectiva, segura y con baja morbilidad en manos entrenadas. Ante el fallo terapéutico del CPRE, se encontró que el drenaje biliar percutáneo transparietohepático se pudo realizar en el 100 % de los casos.

#### 01 - ID47

##### Estrategias no quirúrgicas para disminuir la incidencia de complicaciones posteriores a duodenopancreatectomía cefálica

Juan Pablo Aristizabal, Oscar Palacios R., José Julián Estrada, Ossian Fuentes D., Diego Dávila M.  
Clínica CES, Medellín. Universidad Militar Nueva Granada  
ossianfuentes@gmail.com

**Introducción:** El retraso en el vaciamiento gástrico (DGE) y la fístula pancreática postoperatoria (POPF) siguen siendo complicaciones frecuentes de

la duodenopancreatectomía, a pesar del desarrollo y depuración de técnicas quirúrgicas. Consideramos que la implementación de protocolos de recuperación rápida pueden influir en el desarrollo de estas entidades.

**Objetivos:** Evaluar si la implementación de la estrategia ERAS y restricción de líquidos perioperatorios disminuye la incidencia de POPF y retraso en el vaciamiento gástrico en pacientes fueron sometidos a duodenopancreatectomía.

**Materiales:** Un total de 67 pacientes fueron sometidos a duodenopancreatectomía durante el periodo comprendido entre los años 2012 y 2017, divididos en dos grupos, uno con cuidados convencionales, otro con las directrices establecidas por el protocolo ERAS. Se realizó un análisis univariado y bivariado con pruebas paramétricas y no paramétricas.

**Resultados:** El grupo ERAS incluyó 46 pacientes (68,7%), de los cuales 7 (15,2%) presentaron fístula pancreática postoperatoria. Solo 2 pacientes en el grupo ERAS y 6 el grupo convencional presentaron retraso en el vaciamiento gástrico ( $p=0.009$ ; OR 0.11; IC95%= 0.02-0.62). El grupo ERAS tuvo menor sangrado intraoperatorio y requerimiento de líquidos intravenosos.

**Conclusiones:** La implementación del protocolo ERAS en pacientes fueron sometidos a duodenopancreatectomía presenta una disminución del sangrado intraoperatorio, requerimiento de líquidos intravenosos, transfusión y retraso en el vaciamiento gástrico. Sin embargo éste grupo no presentó una disminución significativa en la incidencia de fístula pancreática postoperatoria.

#### 01 - ID48

##### Evaluación de la supervivencia a largo plazo en pacientes sometidos a resección radical de cáncer de páncreas

Sergio Hoyos, Jaime Chávez, Álvaro Andrés Duarte  
Hospital Pablo Tobón Uribe  
alvaro.andres.duarte@gmail.com

**Introducción:** El cáncer de páncreas es una enfermedad devastadora, con un pronóstico sombrío a corto plazo y expectativas de supervivencia a 5 años con

manejo radical que no van más allá del 15% en la mayoría de los grupos. Son muchos los factores asociados a una peor sobrevida después de manejo radical, como la diferenciación tumoral, el tamaño tumoral, el compromiso ganglionar o micro vascular.

**Objetivos:** El objetivo de este trabajo es describir los resultados con el manejo radical del cáncer de páncreas y tratar de establecer cuáles son los factores pronóstico asociados a una mejor sobrevida

**Materiales:** Es un estudio descriptivo retrospectivo, usando una base de datos prospectiva, de los pacientes operados con intención curativa con diagnóstico de cáncer de páncreas, en el Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín, desde febrero de 2006 hasta diciembre de 2016.

**Resultados:** Se realizaron 340 resecciones pancreáticas y en 110 pacientes el diagnóstico fue cáncer de páncreas. El 50,4% de los casos correspondió a mujeres, la edad mediana de todos los pacientes fue de 62 años, la mortalidad postoperatoria a 30 días fue de 4,8%. El seguimiento de la cohorte ha sido de 100 meses, con una supervivencia a uno, dos y cinco años de 66,3%, 32,9% y 12% respectivamente

**Conclusiones:** A pesar del manejo radical, el pronóstico a largo plazo del cáncer de páncreas es desalentador y en nuestra serie está asociado a las variables descritas en la literatura

## 01 - ID49

### Laparoscopic cholecystectomy and common bile duct exploration using choledochotomy and primary closure following failed ERCP: Multicentric comparative study 3-port versus multiport

*Daniel Gomez, Luis F Cabrera, Andrés Mendoza Zuchini, Ricardo Villarreal, Mauricio Pedraza, Jean Pulido Segura, Sebastián Sánchez*

Universidad El Bosque  
andreszuchini@hotmail.com

**Introduction:** Laparoscopic surgery has changed in the way surgeons manage these patients, offering better results including quicker recovery and fewer complications using minimally invasive techniques, especially in common bile duct (CBD) surgery. Not

only can laparoscopic techniques be applied to elective surgery but also emergencies and those following failed endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP).

**Objectives:** To compare laparoscopic common bile duct exploration with primary closure using a 3-port vs multi-port approach.

**Materials:** A multicentric comparative study of patients who underwent laparoscopic gallbladder removal along with CBD exploration with primary closure following failed ERCP to extract CBD stones, in five centers between 2013 and 2017 with follow up of 1-year.

**Results:** A total of 197 patients were taken to laparoscopic gallbladder removal along with CBD exploration with primary closure, 104 patients via three-port technique and 93 patients via multiport. 100% of the patients had previously failed ERCP. Average surgical time of 106 minutes on three-port approach vs 123 minutes on multi-port. Only in the multi-port technique we had an average conversion of 2%. Equal operating bleeding average. Mean hospital stay of 2.5 days, less for the three-port approach vs multi-port in 5 to 7 days. There was a need of re-intervention in 1% of the patients that underwent three-port exploration.

**Conclusions:** Postoperative pain, use of an additional port, complication rates, operation time and cost of 3-port technique were similar to those of conventional approach. Large randomized controlled trials are needed to examine the true benefits of 3-port technique.

## 01 - ID50

### Simplified laparoscopic bile duct reconstruction: novel surgical approach for bile duct injury

*Daniel Gomez, Luis F Cabrera, Ricardo Villarreal, Mauricio Pedraza, Jean Pulido, Sebastián Sánchez, Andrés Mendoza*

Centro Policlínico Olaya  
Vesaliuso216@yahoo.com

**Introduction:** Bile duct injury (BDI) is a devastating complication following a cholecystectomy. Laparoscopic management has become a mainstay

approach because of the advantages offered to patients. Nevertheless outcomes following repair are influenced by center, surgeon experience and the type of reconstruction.

**Objectives:** To present the experience in the management of BDI with a simplified laparoscopic technique.

**Materials:** Retrospective review of patients with CBDI managed at a referral center from January 2013 to June 2019 with novel modified and simplified laparoscopic technique for a hepatic duct jejunostomy with a Roux en Y reconstruction.

**Results:** Twenty patients underwent surgical biliary reconstruction. Average surgery time was 139 minutes, average intraoperative bleeding was 15 cc, none required re-intervention, there were no mortalities, and mean hospital stay was 5 days. No patients required ICU admission, no patients had postoperative bile leaks, none were converted to open surgery and all patients had oral feeding and adequate tolerance at POP 2. Long-term follow-up showed no bile stenosis at 1 year following surgery.

**Conclusions:** This simplified laparoscopic approach to bile duct reconstruction with Roux en Y anastomosis seems to be an effective, seemingly safe alternative to bile duct surgery offering patients a quicker surgery time and with fewer complications.

## 01 - ID51

**Trends and outcomes of pancreaticoduodenectomy for periampullary tumors: a single center study of 14 consecutive cases.**

*Sonia Carrero, Hender Hernandez, Guillermo Labrador, Olarte O, Pedro Martin M.*

Hospital Universitario Erasmo Meoz  
drmartinmojica@gmail.com

**Introduction:** Pancreaticoduodenectomy is one of the most complex abdominal procedures. However, mortality and morbidity has decreased in the literature.

**Aim:** To describe oncologic outcomes in 14 consecutive pancreaticoduodenectomies for periampullary tumors.

**Methods:** A case series of patients who underwent to pancreaticoduodenectomy for periampullary tumor from August 2017 to December 2018. We selected patients with resectable neoplasm to undergo surgical treatment.

**Results:** A total of 14 consecutive patients underwent pancreaticoduodenectomy, Fifty seven percent were males. The median age was 63 (52 – 67). The most common tumor was pancreatic head (n=5, 29%) followed by periampullary (n=2, 14%). The median operating time was 390 (360 – 420) minutes. Two patients developed ileus. The median number of lymph nodes was 6 (4-9). The median of tumoral size was 400 (200 – 825) mm. Adenocarcinoma was the most common pathological diagnosis (n=12, 86%).

**Conclusions:** Pancreaticoduodenectomy is a safe procedure when is performed at centers with experience in patients with resectable periampullary tumors.

## 01 - ID52

**Validación del score de fistula pancreática**

*Álvaro Andrés Duarte, Sergio Hoyos, Jaime Chávez*

Hospital Pablo Tobón Uribe

alvaro.andres.duarte@gmail.com

**Introducción:** La fistula pancreática posterior a una pancreatoduodenectomía es la complicación con mayor morbimortalidad asociada a esta cirugía. Actualmente hay un score predictor para esta complicación basada en 4 factores de riesgo que subdividen los pacientes en 3 grupos (alto-moderado-nulo/bajo) permitiendo tomar medidas intra y posoperatorias para prevenir y disminuir la injuria de esta complicación.

**Objetivos:** Validar el SCORE mundial de fistula pancreática con nuestra experiencia en pancreatoduodenectomía y su utilidad clínica en la práctica diaria.

**Materiales:** Es un estudio descriptivo retrospectivo, usando una base de datos prospectiva, de los pacientes operados de pancreatoduodenectomía con intención curativa en el Hospital Pablo Tobón Uribe

de la ciudad de Medellín, desde febrero de 2006 hasta diciembre de 2018, usando las variables descritas para el SCORE de fistula y aplicando la definición mundialmente aceptada de fistula pancreática en sus tres estados (A, B y C) por la ISGPS.

**Resultados:** Se incluyeron 203 pacientes (93% por patologías malignas), con una incidencia global de 37,4% (76 pacientes) de fistula pancreática, 27% clínicamente significativa (tipo B y C). Aquellos con riesgo alto (31 pacientes) tuvieron 74% fistula, riesgo moderado (101 pacientes) 43% de fistula y riesgo nulo-bajo (71 pacientes) 12,6% de fistula, lo cual es consistente con el SCORE y estadísticamente significativo a medida que este es menor.

**Conclusiones:** Nuestro estudio valida la utilización del SCORE como herramienta útil y práctica en la predicción de fistula pancreática permitiendo instaurar medidas tempranas para su manejo en pro de disminuir la morbimortalidad tan importante asociada a esta.

## VASCULAR

### 01 - ID53

#### Abordaje quirúrgico de paciente con aneurisma de aorta abdominal roto

*Jorge Adalberto Márquez, Jaider Polo, Julián Jiménez*  
Hospital San José Sede Centro - FUCS  
jepolo@fucsalud.edu.co

**Introducción:** La definición más aceptada de un aneurisma de aorta abdominal (AAA) se basa en el diámetro del abdomen de la Aorta: diámetro aórtico abdominal de 3,0 cm o más, que generalmente es más de 2 desviaciones estándar por encima de la diámetro medio para hombres y mujeres, y se considera aneurismático. El AAA se puede definir como un diámetro aórtico abdominal de 3,0 cm o más, ya sea en la parte anterior-posterior o transversal. La ruptura del aneurisma de AAA continúa siendo una emergencia quirúrgica y un desafío para el cirujano vascular.

**Objetivos:** Identificar las opciones quirúrgicas en el aneurisma de aorta abdominal roto. Reconocer los signos clínicos y hemodinámicos de un aneuris-

ma de aorta abdominal roto. Comparar los diferentes manejos quirúrgicos en el aneurisma de aorta abdominal roto.

**Materiales:** Se realizó una revisión bibliográfica y comparación en cuanto a reporte de manejo quirúrgico y abordajes en aneurisma de aorta abdominal roto. Adicionalmente se realizó un estudio de 2 cohortes de paciente con AAA, una de ellas abordada mediante tratamiento quirúrgico abierto y otra tratada mediante EVAR.

**Resultados:** Los estudios que comparan ambos abordajes no han demostrado diferencias significativas en la tasas de complicaciones posoperatorias, ni en las estancias hospitalarias. No obstante, las complicaciones difieren de las que suceden en una reparación electiva del aneurisma de la aorta abdominal, con la falla renal aguda como la más frecuente.

**Conclusiones:** Las diferencias en el manejo de aneurisma roto de aorta abdominal no son estadísticamente significativas, aunque hay relevancia clínica a favor del tratamiento con EVAR.

### 01 - ID54

#### Endarterectomía carotídea en pacientes con estenosis carotídea: un procedimiento seguro en pacientes mayores - Un estudio retrospectivo en el Hospital Universitario Mayor Méderi

*Viviana Orozco Martin, Sebastián Valenzuela, Vladimir Barón,*  
*Guillermo León Oliveros, Ruddy Anselmo Guzmán*  
Universidad del Rosario  
vivianaorozcomartin@gmail.com

**Introducción:** La enfermedad carotídea causa el 30% de los accidentes cerebrovasculares (ACV). La endarterectomía carotídea (EC) sigue siendo el manejo estándar cuando está indicada. Estudios muestran que la población octogenaria tiene menos tasas de sobrevida y mayor riesgo de complicaciones neurológicas.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio es evaluar y comparar los desenlaces en los pacientes llevados a EC mayores de 75 años comparados con los menores.

**Materiales:** Estudio retrospectivo de dos años en el Hospital Universitario Mayor Mederi, recolectando todos los pacientes que fueron llevados a EC. Se

dividieron en dos grupos, mayores de 75 años y menores. Se tomaron variables demográficas, clínicas, asociadas al procedimiento y desenlaces de interés como complicaciones en la hospitalización y en el seguimiento a 30 y 90 días. Se realizó un análisis univariado para ambos grupos.

**Resultados:** Hubo un total de 100 pacientes, 46% fueron menores de 75 años y 54% mayores. El material para el parche más usado fue Dacron (89%), seguido por el PTFE (11%). El tiempo operatorio fue similar en ambos grupos, al igual que el sangrado. La mortalidad en los menores de 75 años fue del 2% vs 0% en el otro grupo. Se presentó 4% de complicaciones neurológicas y 2% de re-estenosis en el grupo de los pacientes menores, a los 30 días, sin diferencia con respecto al grupo de los mayores ( $p < 0.0001$ ).

**Conclusiones:** La EC sigue siendo un procedimiento seguro en pacientes mayores a 75 años con una tasa de mortalidad y complicaciones similar. Reportamos menos eventos neurológicos que los mencionados en la literatura

## 01 - ID55

### Procedimiento de NAIS (neoaortoiliac system): reporte de 3 casos.

Leonardo Jose Randial, César Jimenez, Manuel Hosman, Iván Silva, Martín Contreras, Paula Vélez, Mario Bravo  
Hospital Universitario Clínica San Rafael  
lrandialp@yahoo.es

**Introducción:** La infección aórtica, tanto protésica como primaria, es rara, pero cuando se presenta conllevan un riesgo alto de mortalidad y representa para los cirujanos un reto diagnóstico y quirúrgico. La piedra angular del manejo es la resección del tejido infectado (prótesis o aorta nativa), la administración de antibióticos de amplio espectro y la revascularización, para evitar amputaciones. La técnica de reconstrucción aórtica con venas femoropoplíteas es el manejo de primera línea. Se presentan 3 casos de éxito quirúrgico.

**Objetivos:** Presentar la experiencia en manejo quirúrgico de infección aórtica, tanto protésica como primaria, en el Hospital Universitario Clínica San Rafael en la ciudad de Bogotá.

**Materiales:** Reporte de 3 casos de pacientes atendidos entre los años 2015-2018 en el Hospital Universitario Clínica San Rafael y revisión de la literatura.

**Resultados:** Se hicieron 3 procedimientos con técnica de NAIS (neoaortoiliac system) en pacientes edad con promedio de 67 años, múltiples comorbilidades (2 HTA, 2 DM2 y 2 con ex tabaquismo pesado), dos con cirugías aórticas previas (un injerto aorto-bifemoral, un injerto aorto-femoral) y otro con aneurisma infeccioso. Se realizaron 3 diferentes configuraciones: un aorto- bifemoral, un aorto-biiliaco y un aorto-femoral, todos con vena femoropoplíteica. Se presentó una mortalidad perioperatoria, no directamente relacionada con la cirugía.

**Conclusiones:** El uso de la reconstrucción in situ con venas autólogas (procedimiento de NAIS) de la infección aórtica, protésica o primaria, corresponde el tratamiento estándar.

Requiere un manejo multidisciplinario dado la coexistencia frecuente de múltiples comorbilidades.

Se debe realizar en centros de alta experiencia debido a la dificultad técnica que corresponde al procedimiento de NAIS.

## 01 - ID56

### Serie de casos y revisión de la literatura en osificación heterotópica mesentérica

M Alfonso, J Peña, J Naranjo, Alberto Roa, M Pacheco  
Universidad del Rosario  
martha.alfonsog@gmail.com

**Introducción:** La osificación heterotópica mesentérica, también conocida como mesenteritis osificante, es una lesión inusual en donde hay formación de hueso en un tejido que normalmente no se osifica, afectando el mesenterio y/o el epiplón. Se ha establecido una relación con antecedentes quirúrgicos, de trauma o infección. Su fisiopatología no está claramente descrita.

**Objetivos:** Describir una serie de casos de pacientes con osificación heterotópica mesentérica y realizar una extensa revisión de la literatura.

**Materiales:** Reporte de cuatro casos clínicos basado en la revisión de historia clínica, imágenes diag-

nósticas, hallazgos intraoperatorios y patológicos en el Hospital de Kennedy, en la ciudad de Bogotá

**Resultados:** Los 4 pacientes eran hombres entre 18 y 49 años de edad, tres con antecedente de trauma penetrante abdominal y un paciente con antecedente de laparotomía con drenaje de peritonitis por perforación intestinal no asociada a trauma. Todos fueron llevados a reintervenciones quirúrgicas, en las cuales, se documentó la presencia de calcificaciones intraabdominales con compromiso del mesenterio intestinal, requiriendo resección de las mismas y confirmando su diagnóstico por medio de estudios histopatológicos.

**Conclusiones:** Se han descrito varias hipótesis sobre la patogénesis de esta entidad, sin embargo, no hay una explicación molecular concluyente. Su presentación clínica es variable y debe tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial en los pacientes con episodios de dolor abdominal quirúrgico. Su manejo implica una intervención quirúrgica, al igual que el manejo médico para prevenir su recurrencia.

## ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA

### 01 - ID57

**Caracterización de pacientes con tumores neuroendocrinos en un hospital de referencia de alta complejidad**

*Natalia Flórez, Juan Camilo Pérez, Alvaro Turizo, Diana Cuesta*  
Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín  
alvaro2014@hotmail.com

**Introducción:** Los tumores neuroendocrinos comprenden un amplio grupo de tumores, siendo de mayor frecuencia los del tracto gastrointestinal, pulmones, timo y páncreas. Ocurren con baja frecuencia y cursan con un comportamiento biológico variable.

**Objetivos:** El objetivo del presente estudio fue describir las características demográficas y clínicas de los pacientes con tumores neuroendocrinos en un hospital de alta complejidad.

**Materiales:** Estudio descriptivo con revisión de historias clínicas correspondientes a pacientes con tumor neuroendocrino, cuya muestra histológica

fue analizada en el Departamento de Patología del Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín entre 2010-2015. Se describen frecuencias de localización, grado de diferenciación y perfil de inmuno-histoquímica.

**Resultados:** Se revisaron III historias clínicas, encontrando mayor proporción de hombres afectados (51,5%), con una mediana de edad al diagnóstico de 48 años. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (38,6%), hipotiroidismo (15,8%) y diabetes mellitus (11,9%). El antecedente de neoplasia estuvo presente en 13,9%. Un 59,4% de las muestras fueron tumores primarios, 34,8% localizados en páncreas. El hígado fue el órgano metastásico más afectado, 73,3%. Los tumores neuroendocrinos gastroenteropancreáticos se clasificaron en 27% grado 1, 36% grado 2 y 27,9% grado 3 y los tumores pulmonares 3,6% en grado bajo/intermedio y 5,4% en alto grado. Los marcadores tumorales con mayor positividad fueron 97,2% sinaptofisina, 95% citoqueratinas AE1/AE3, 91,3% CD56 y 87,8% cromogranina.

**Conclusiones:** Los tumores neuroendocrinos tienen características clínicas e histopatológicas diversas. Conocer el perfil de los pacientes afectados brinda una aproximación de la epidemiología local para futuras investigaciones.

### 01 - ID58

**Frecuencia de complicaciones, recidiva, infertilidad y muerte en pacientes con endometriosis de la pared abdominal en el Hospital de San José en Bogotá, Colombia**

*Maikel Adolfo Pacheco, Henry Octavio Rodríguez Daza, Paola Iglesias Fandiño, Rogers Leonardo Baquero García, Gabriel Eduardo Castellanos, Mauricio Gonzales Dorado*  
Fundación Universitaria Ciencias de la Salud - Hospital San José  
rlbaquero@fucsalud.edu.co

**Introducción:** La endometriosis de la pared abdominal es poco frecuente, con una incidencia de 0,03% a 3,5%, y suele confundirse fácilmente con otras patologías al generar cuadros crónicos altamente sintomáticos y connotaciones estéticas dadas por el compromiso de la pared abdominal.

**Objetivos:** Describir la frecuencia de desenlaces (complicaciones, recidiva, infertilidad y muerte) en

pacientes con endometriosis de la pared abdominal entre el 1 enero del 2010 y el 31 de diciembre del 2018 en el Hospital de San José, en Bogotá, Colombia.

**Metodología:** Se realizó un estudio observacional, de tipo cohorte descriptiva, donde se incluyeron todas las pacientes que consultaron a los servicios de cirugía general y ginecología, con diagnóstico histopatológico de endometriosis de la pared abdominal.

**Resultados:** Se encontraron 30 pacientes en edad reproductiva, 29 pacientes con antecedente de cesárea y una paciente con una herniorrafia umbilical. Las complicaciones en su gran mayoría, fueron complicaciones menores relacionadas a la técnica de resección local ampliada; en uno de los casos se presentó eventración e infección del sitio operatorio superficial. No hubo abscesos, recidivas, alteración de la fertilidad, ni mortalidad.

**Conclusiones:** La endometriosis de la cicatriz de la cesárea es una patología propia de pacientes en edad reproductiva. Su diagnóstico es un reto debido al poco conocimiento, por lo que se hace imprescindible la realización de una historia clínica y examen físico completos, en búsqueda de masas de la pared abdominal en relación con el antecedente quirúrgico de manipulación de la cavidad abdominal y/o pélvico, asociado a dolor, con un valor predictivo positivo del 40%.

### 01 - ID59

#### Frecuencia de complicaciones, recidiva, infertilidad y muerte en pacientes con endometriosis de la pared abdominal en el Hospital de San José en Bogotá, Colombia

*Maikel Adolfo Pacheco, Henry Octavio Rodríguez Daza, Paola Iglesias Fandiño, Rogers Leonardo Baquero García, Gabriel Eduardo Castellanos, Mauricio Gonzales Dorado*  
Fundación Universitaria Ciencias de la Salud - Hospital San José  
rlbaquero@fucsalud.edu.co

**Introducción:** La endometriosis de la pared abdominal es poco frecuente, con una incidencia de 0,03% a 3,5%, y suele confundirse fácilmente con otras patologías al generar cuadros crónicos altamente sintomáticos y connotaciones estéticas dadas por el compromiso de la pared abdominal.

**Objetivos:** Describir la frecuencia de desenlaces (complicaciones, recidiva, infertilidad y muerte) en pacientes con endometriosis de la pared abdominal entre el 1 enero del 2010 y el 31 de diciembre del 2018 en el Hospital de San José, en Bogotá, Colombia.

**Metodología:** Se realizó un estudio observacional, de tipo cohorte descriptiva, donde se incluyeron todas las pacientes que consultaron a los servicios de cirugía general y ginecología, con diagnóstico histopatológico de endometriosis de la pared abdominal.

**Resultados:** Se encontraron 30 pacientes en edad reproductiva, 29 pacientes con antecedente de cesárea y una paciente con una herniorrafia umbilical. Las complicaciones en su gran mayoría, fueron complicaciones menores relacionadas a la técnica de resección local ampliada; en uno de los casos se presentó eventración e infección del sitio operatorio superficial. No hubo abscesos, recidivas, alteración de la fertilidad, ni mortalidad.

**Conclusiones:** La endometriosis de la cicatriz de la cesárea es una patología propia de pacientes en edad reproductiva. Su diagnóstico es un reto debido al poco conocimiento, por lo que se hace imprescindible la realización de una historia clínica y examen físico completos, en búsqueda de masas de la pared abdominal en relación con el antecedente quirúrgico de manipulación de la cavidad abdominal y/o pélvico, asociado a dolor, con un valor predictivo positivo del 40%.

### 03 - ID338

#### Infiltración linfovascular como factor predictor de metástasis ganglionares en adenocarcinoma gástrico

*Tatiana Barragán, William Sánchez*  
Hospital Militar Central, Bogotá

**Introducción:** Las metástasis ganglionares (MG) son el principal factor pronóstico en cáncer gástrico. Actualmente numerosos factores predictores moleculares y genéticos se estudian para predecir las MG con el inconveniente de requerir alta tecnología para su análisis. La ILV se identifica bajo visión directa en estudio de patología convencional y es fácil de analizar y reproducir.

**Objetivo:** Determinar el valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) de la ILV en relación con la presencia de metástasis ganglionares en adenocarcinoma gástrico.

**Materiales:** Estudio prospectivo en 100 pacientes consecutivos (Febrero 2016-Septiembre 2017) sometidos a gastrectomía con disección ganglionar DII por adenocarcinoma gástrico, en los que se evaluó la presencia de la ILV y la correlación con la presencia de metástasis ganglionares (MG). Se analizó el VPP y VPN y se hizo análisis estadístico con el programa SPSS aplicando la prueba de chi cuadrada con valor P significativo: >0.05.

**Resultado:** Se excluyeron 8 pacientes del análisis final (2 tumor neuroendocrino, 4 QtRt Neoadyuvante, 2 no información de ILV). Fueron 63 hombres (68%) y 29 Mujeres (32%). Edad de 26-87 años (promedio 65). Gastrectomía total 62(67%), Subtotal 30(33%). Promedio de GL analizados 25. MG en 59 pacientes (64%). ILV (+) 60/92 (65.3%). VPP de ILV para MG: 52/59 (88.1%) p=0.0005. VPN de ILV para MG: 25/32 (78.1%) P=0.005.

**Conclusiones:** La ILV es un factor predictor confiable del estado ganglionar en el adenocarcinoma gástrico, es simple y fácil de analizar bajo patología convencional y su resultado puede ser determinante en la selección terapéutica de los pacientes con adenocarcinoma gástrico.

## TRAUMA

### 01 - ID60

**Association between nationwide peace negotiations and mortality among antipersonnel landmine victims in Colombia**

*Ramiro Manzano-Nunez, Angie Otalvaro-Pechene, Claudia P. Orlas, Manuel Benitez, Juan C. Puyana, Sandra Carvajal, Carlos Ordoñez, Fernando Rosso, Alberto F. García*

Fundación Valle del Lili

Ramiro.manzano@correounivalle.edu.co

**Introduction:** We hypothesized that peace negotiations between the government and FARC influenced pre-hospital care for victims of landmines by improving extraction and transport times from “peaceful combat arenas”.

**Objectives:** We aim to examine the association of peace negotiations and mortality among landmine victims in Colombia.

**Materials:** For this study, we used the “Colombian Victims of Antipersonnel Mines Injuries registry” (MAP/MUSE database) data from 2002 to 2018. We classified 2002- 2012 as the pre-negotiation period, 2014-2018 as the peace negotiations period, and 2013 as a washout year. Multivariable logistic regression models adjusted by sex, age group, race, active duty soldier state, rural area, and geographic department’s case volume were used to examine the associations between peace negotiation and mortality.

**Results:** A total of 10,306 landmine injury cases were registered. Of these, 1180 (11.4%) occurred in the peace-negotiation period. Mortality was significantly lower during the period of peace negotiations. After adjusting for sex, age group, race, active duty soldier state, rural area, and geographic departments case volume we found that the period of peace negotiation was associated with lower risk-adjusted odds of mortality after suffering a landmine injury (OR= 0.62, 95%CI, 0.5- 66 0.7; p<0.001).

**Conclusions:** We found an association between the period of peace negotiation and a lower likelihood of mortality among victims of antipersonnel landmines. Although we cannot establish a strong causal relationship between peace and lower odds of mortality, these results should inform policymakers about the potentially beneficial effects of peace on individual health outcomes.

### 01 - ID61

**Caracterización de pacientes con trauma esplénico atendidos en un hospital de tercer nivel entre enero de 2000 y diciembre de 2017**

*Gabriela Evers, Rolando Medina, Juan Sanjuan, Sebastián Serrano, María Alejandra Rodríguez, Luis Gabriel Sánchez*

Universidad Surcolombiana - Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo

gabriela\_evers@msn.com

**Introducción:** La lesión esplénica (46%) generalmente se acompaña de otra lesión visceral concomitante, con una alta tasa de morbimortalidad. La evolución de las técnicas para el abordaje de estas

lesiones incluye procedimientos quirúrgicos, intervencionistas y el manejo expectante.

**Objetivos:** Describir el manejo de los pacientes con trauma esplénico atendidos en el Hospital Universitario de Neiva entre enero de 2000 y diciembre de 2017.

**Materiales:** Cohorte única retrospectiva observacional. Se incluyeron pacientes mayores de 13 años con trauma esplénico. Se describieron las características relacionadas al proceso de atención.

**Resultados:** Se identificaron 116 pacientes con trauma esplénico, la edad promedio fue de 26 años, el 85,2% eran hombres. Se identificaron lesiones concomitantes en el 75,9% de los pacientes, los más frecuentes fueron: diafragma (31,0%), hígado (17,2%) y riñón (11,2%). Los mecanismos de lesión más frecuentes fueron herida por arma corto punzante (29,3%), heridas por proyectil de arma de fuego (22,4%) y accidentes de tránsito (22,4%). La severidad fue clasificada como grado V en el 24,1% de los pacientes y grado I en el 23,3%. Se realizó esplenectomía total en el 39,7% de los pacientes y en 15,2% se hizo manejo conservador. La mortalidad fue del 4,3%, tres casos en el postoperatorio inmediato (menor de 24 horas) y dos en la primera semana postoperatoria.

**Conclusiones:** El manejo conservador de las lesiones esplénicas de bajo grado es una estrategia segura y efectiva, con una tasa de fracaso menor al 5%. El abordaje quirúrgico se reserva para lesiones con mayor severidad y su relación con otros órganos lesionados, con una mayor morbimortalidad (63%).

## 01 - ID62

### Delaying intubation until operating room arrival reduces transfusion needs

Ramiro Manzano-Nunez, Manuel Benitez, Maria P. Naranjo, Angie Otalvaro-Pechene, Claudia P. Orlas, Juan C. Puyana, Sandra Carvajal, Carlos Ordoñez, Alberto F. García

Fundación Valle del Lili

Ramiro.manzano@correounivalle.edu.co

**Introduction:** Post intubation hypotension occurs in hypovolemic trauma patients.

**Objectives:** We compared emergency department intubation (EDI) to operating room intubation (ORI) in trauma patients requiring surgery hypothesizing ORI could improve outcomes.

**Materials:** Retrospective analysis performed between December 2014 and January 2018 of all adult torso trauma patients who underwent surgery. ERI patients were propensity score (PS) matched to ORI patients based on age, severity of brain and chest injuries (AIS>3), blunt trauma and the presence of tachypnea. The PS estimated the probability that a patient would have had ERI given baseline characteristics. The primary outcome was in-hospital mortality examined using multivariable logistic regression (MLR). The secondary outcome was the amount of packed red blood cells transfused in the first six hours after arrival which was assessed by multivariable quantile regression (MQR).

**Results:** A total of 323 patients were included. ERI and ORI patients were similar after matching. In non-matched cohorts, mortality was significantly higher in the ERI group (43,1% vs. 10,2%;  $p<0.001$ ); however, in-hospital mortality was not significantly different after PS matching (EDI: 43,1% vs. ORI: 25,8%;  $p=0.051$ ). MLR controlling for hypotension, units of PRBCs at six hours, need of aortic occlusion, and ISS showed no significant differences in the odds of death with ERI (OR 2.49, 95%CI 0.89-6.97). MQR adjusted by hypotension, penetrating trauma and heart rate>120 showed that ERI was associated with a greater need for PRBC transfusion (coef: 2, 95%CI 0.51-3.4).

**Conclusions:** Delaying intubation until immediate hemorrhage control may reduce the need for PRBCs transfusion.

## 01 - ID63

### El volumen del hemo-pericardio como un indicador del grado de lesión en el trauma cardiaco penetrante

Mario Alain Herrera Tobón, Orlando Bejarano, Daniela Sandoval

Universidad del Valle - Hospital Universitario del Valle

mario.herrera@correounivalle.edu.co

**Introducción:** El manejo del trauma cardiaco ha cambiado con el tiempo, principalmente en el grupo de pacientes estables. Actualmente en el trauma penetrante cardiaco y en el trauma cardiaco cerrado con hemo-pericardio positivo y sin evidencia de sangrado activo se propone manejo conservador y la mortalidad en las lesiones grado I-II es del 2,5%.

**Objetivos:** El objetivo es identificar si el volumen del hemo-pericardio es un indicador del grado de lesión en el trauma cardiaco penetrante

**Materiales:** Se realizó un estudio retrospectivo en una cohorte prospectiva. Se identificaron todos los pacientes que presentaron trauma cardiaco penetrante entre julio de 2016 y diciembre de 2017. El trauma cardiaco se categorizó en dos subgrupos: lesiones Grado I vs Grado II o más. Las variables categóricas se compararon con chi cuadrado o test de Fisher, las variables continuas con medianas o medias según si la distribución normal o no. La capacidad discriminatoria del grado de lesión conforme la presencia o no de hemo-pericardio se evalúa con el estimado de área bajo la curva (AUC)

**Resultados:** Se incluyeron 42 sujetos, todos hombres, edad promedio de 27,5 años (RIQ: 24,5-34,3). El 83,3% (35/42) fueron lesiones secundarias a heridas por arma corto-punzante. El 40,5% (17/42) ingresaron con una presión arterial sistólica menor de 90 mm de Hg. La ecografía fue negativa en 14,3% (6/42). El volumen del hemo-pericardio tuvo una mediana 150 ml (RIQ: 30-300). Se presentaron 30 (71,4%) pacientes con lesiones cardiacas grado II o más y 12 pacientes (28,6%) con lesiones grado I ( $p=0.009$ ). La cuantificación del hemo-pericardio en lesiones cardiacas grado II o más fue mayor (mediana 250 ml [RIQ 50-375] vs 80 ml [RIQ II-148],  $p=0.011$ ). La presencia del hemo-pericardio discrimina en un 75,3% las lesiones grado II o más de las lesiones grado I [AUC 0.753 IC95% 0.6 – 0.9]. Comparado con las lesiones Grado I, la mortalidad por trauma penetrante cardiaco Grado II o más se incrementa (OR: 2.33 IC95% 1.07-5.10,  $p=0.033$ ).

**Conclusiones:** En trauma cardiaco penetrante el volumen de hemo-pericardio es menor en lesiones de pericardio. La capacidad del volumen de hemo-

pericardio para discriminar lesiones Grado I vs Grado II o más fue alta (75,3%). Los pacientes con lesiones Grado II o más tienen mayor probabilidad de morir, comparado con los pacientes con lesiones Grado I (OR=2.33).

## 01 - ID64

### Embolización mesentérica por traumatismo abdominal contuso: Reporte de un caso

Álvaro Sánchez, Rubén Luna, Iván Martín, Pablo García.

Fundación Clínica Shaio

appaloosa1991@gmail.com

**Introducción:** El sangrado mesentérico por trauma abdominal contuso tiene baja prevalencia, aún así infiere un alto riesgo de mortalidad y exigencia al momento de confrontarlo. Presentamos el caso de una paciente con traumatismo abdominal contuso hemodinamicamente estable, con descenso progresivo de hemoglobina, quién recibió tratamiento con embolización selectiva, con adecuada evolución, mantenimiento de niveles de hemoglobina y egreso hospitalario sin requerimiento quirúrgico.

**Objetivos:** Presentar un caso de embolización mesentérica por traumatismo abdominal contuso con descenso progresivo de hemoglobina, con evolución favorable sin necesidad de realizar laparotomía.

**Materiales:** Paciente femenina de 20 años de edad, quien ingresa por traumatismo abdominal cerrado por accidente de tránsito al ser colisionada por conductor de bicicleta, sufriendo traumatismo en hemiabdomen derecho. En urgencias presenta descenso de 2gr de hemoglobina, FAST con resultado negativo, por lo que se toma tomografía abdominal contrastada que muestra hematoma en flanco derecho de 42 x 10 x 64 mm, con compresión sobre asas intestinales. Se indica angiografía y embolización de ramas colaterales de la arteria mesentérica superior que irrigan el hematoma por radiología intervencionista.

**Resultados:** Paciente con sangrado mesentérico y disminución de hemoglobina manejada con embolización mesentérica, presentando adecuada evolución con estabilización de los valores de hemoglobina y egreso al octavo día de estancia hospitalaria, sin necesidad de cirugía.

**Conclusiones:** El traumatismo abdominal contuso con trauma mesentérico es un reto diagnóstico para el cirujano. Durante muchos años el tratamiento de elección fue el control de daño mediante laparotomía exploratoria, hoy en día tenemos la embolización arterial como una terapia efectiva y prometedora en casos de sangrado mesentérico.

### 01 - ID65

**En pacientes con trauma de tórax sin evidencia radiológica de lesión pleural ¿Es suficiente la ecografía pleural a las 6 horas para descartar necesidad de intervención?**

*Arevalo Orlando, González Jairo, Caycedo Diego, González Adolfo*

Hospital Universitario del Valle Evaristo García  
ofagi15@hotmail.com

**Introducción:** El espacio pleural no resuelto se define como la ocupación de aire y/o líquido en esta área anatómica.

**Objetivos:** Describir una serie de pacientes con traumatismo penetrante de tórax, sin lesión pleural evidente en la radiografía inicial, en quienes la ecografía se usó para detectar lesiones pleurales 6 horas después de su ingreso.

**Materiales:** Realizamos un estudio observacional de 64 pacientes con trauma penetrante en tórax con radiografía inicial sin lesión pleural y con control ecográfico y/o radiológico a las 6 horas posterior a su ingreso. Se excluyeron pacientes que ingresaron con lesión pleural y aquellos que consultaron después de 6 horas del trauma. La demografía, las características de la lesión, la información clínica y quirúrgica se recopilaron prospectivamente durante la hospitalización.

**Resultados:** Todos los 64 pacientes se manejaron inicialmente de forma conservadora sin drenaje torácico, en 45 se encontró que la radiografía y ecografía de control a las 6 horas fue normal. A 12 pacientes (19 %) solo se realizó control ecográfico, con hallazgo normal. En 6 pacientes (9%) con control radiográfico normal, la ecografía mostró espacio pleural no resuelto: 2 con neumotórax y 4 con hemotórax. Tres requirieron toracostomía, uno por neumotórax

y dos por hemotórax. En un caso la radiografía y la ecografía de control mostraron hemo-neumotórax que no requirió toracostomía.

**Conclusiones:** La ecografía en trauma puede sustituir la radiografía de tórax en la evaluación del paciente traumatizado con lesión penetrante de tórax, ya que es un estudio sencillo, económico, no invasivo y con buen rendimiento diagnóstico.

### 01 - ID66

**Factores pronósticos para pérdida de extremidad con trauma arterial periférico en un hospital de Colombia**

*Héctor Conrado Jiménez, Carlos Mauricio Martínez, Edwin Romero, Rolando Medina, Wilmer Botache, Juan Sanjuan, Adriana Morales, Alejandra Durán, Jhon Salamanca*  
Universidad Surcolombiana - Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo  
carlitos220792@gmail.com

**Introducción:** El trauma vascular es un evento de baja frecuencia, con alta morbimortalidad que afecta la población joven; que requiere en general un manejo quirúrgico. Se asocia a complicaciones que van desde la reintervención quirúrgica hasta la amputación de la extremidad, influenciado por variables asociadas del trauma como a la atención hospitalaria.

**Objetivos:** Determinar los factores de riesgo relacionados con amputación, en pacientes con trauma arterial periférico, atendidos un Hospital de III nivel en Huila, Colombia, entre los años 2014 y 2017.

**Materiales:** Estudio observacional, analítico, de corte retrospectivo, con pacientes mayores de 13 años con trauma arterial periférico.

**Resultados:** Se incluyeron 79 pacientes con una incidencia del 1,56%, 89% hombres, con promedio de edad de 28,5 años. La principal comorbilidad fue la farmacodependencia (8,8%). El MESS (Mangled extremity severity) promedio fue de 5,27 puntos y un tiempo crítico de isquemia de extremidad mayor a 6 horas en el 38%. El mayor compromiso fue de miembros superiores, secundario a heridas por arma cortopunzante. La lesión predominante fue la transección arterial. Las principales complicaciones posquirúrgicas fueron la trombosis del vaso (21,5%) y

la amputación en el 13,9%. Factores de riesgo asociados a amputación se determinaron la edad mayor de 20 años, estancia hospitalaria mayor de 7 días, MESS mayor de 7 puntos y que presentaran como complicación quirúrgica la trombosis arterial y finalmente requirieron reintervención quirúrgica

**Conclusiones:** El trauma arterial periférico es una patología con gran repercusión socioeconómica y secuelas funcionales. Es necesario la atención oportuna con tratamiento de las variables relacionadas con mal pronóstico, con el fin de disminuir las tasas de morbilidad.

### 01 - ID67

#### Factors associated with a history of interpersonal violence and injury among homeless persons in Colombia

*Ramiro Manzano-Nunez, Maria P. Naranjo, Angie Otalvaro-Pechene, Claudia P. Orlas, Manuel Benitez, Juan C. Puyana, Sandra Carvajal, Carlos Ordoñez, Fernando Rosso, Alberto F. García*

Fundación Valle del Lili

Ramiro.manzano@correounivalle.edu.co

**Introduction:** With more than 400,000 and 600,000 homeless individuals living in Europe and the United States, homelessness is a growing global public health concern. This concern is of greater magnitude in low- and middle-income countries due to its even higher prevalence. While some research has been performed on the association of homelessness and the likelihood of traumatic injuries, there still very little understanding of the complex interrelationship between factors which influence the occurrence of violent injury in homeless populations.

**Objectives:** This study aimed to estimate the prevalence and factors associated with violent injury (VI) among persons experiencing homelessness in the capital city of Colombia a middle-income country

**Materials:** We used the 2017 City of Bogotá Census of People Living on the Street database. VI was defined as either suffering self-directed or interpersonal violence. Multivariable logistic regression (MLR) was used to identify independent risk factors of VI.

**Results:** Of 9,538 homeless persons, 6865 (72%) participants were included in the analysis. VI was identified in 13.8%. MLR found that sleeping on the street, having diabetes or infectious diseases, drug abuse, alcohol misuse, being a victim of forced labor, police misconduct or gang threats and reporting mental or emotional problems were independently associated with higher risk-adjusted odds of VI. In contrast, older age and being enrolled in a job training program were both associated with lower odds of experiencing VI.

**Conclusions:** These results should underpin the development of strategic interventions to reduce the risk of violent injury among the homeless population.

### 01 - ID68

#### Lesiones vasculares de guerra en Colombia: últimos 20 años

*Ana María García, Jorge Andrés Gutiérrez, Edwin Villamil*

Hospital Militar Central

garciagiraldoana@gmail.com, ja.gutierrez82@gmail.com, edwinv71@hotmail.com

**Introducción:** El manejo de lesiones durante la guerra ha conducido a avances en diagnóstico y tratamiento del trauma vascular. La caracterización de las heridas vasculares en combate y los efectos en salud del conflicto armado colombiano son escasas.

**Objetivos:** Proporcionar una revisión de la experiencia del Hospital Militar Central, en la ciudad de Bogotá, sobre los patrones de lesiones y las estrategias de manejo contemporáneas utilizadas en los pacientes con lesiones vasculares militares modernas.

**Materiales:** Desde enero 1999 hasta febrero 2019 fueron recolectados pacientes registrados con diagnóstico de trauma vascular de guerra según ICD-9/10, que fueron atendidos en el Hospital Militar Central por el servicio de cirugía vascular/angiología y cirugía general.

**Resultados:** Un total de 243 pacientes, entre quienes el mecanismo más frecuente de trauma vascular fueron heridas por proyectil de arma de fuego (62%), seguido por fragmentación y minas antipersona. La distribución fue en extremidades inferiores (62%),

superiores (22%), cabeza-cuello (5%) y tórax (5%). Las lesiones arteriales fueron más frecuentes que las venosas, en orden de frecuencia, poplítea, femoral superficial y humeral. El procedimiento de reparación con injerto con safena invertida fue el tipo de reparo más utilizado, con prótesis vasculares y procedimientos endovasculares entre los principales. Las complicaciones neurológicas fueron más frecuentes en heridas por proyectil de arma de fuego y de fragmentación, pero las infecciosas fueron más frecuentes en lesiones por mina antipersona. La tasa de amputación fue más alta en mina antipersona (15%). La tasa de mortalidad fue 4%.

**Conclusiones:** Estudio pionero en la descripción del trauma vascular de guerra en Colombia. Resultados son similares a lo reportado en la literatura de países como Irak y Afganistán, en cuanto a compromiso anatómico vascular, el tipo de reparo vascular usado y la tasa de amputación.

#### 01 - ID69

##### **Resección anterior baja laparoscópica de emergencia en lesiones rectales por aire comprimido**

*Daniel Gómez, Luis Cabrera, Pedraza Mauricio, Sánchez Sebastián, Pulido Jean, Andres Mendoza*

Universidad El Bosque  
Mpedraza93@gmail.com

**Introducción:** La primera lesión neumática del colon fue descrita por Stone en 1904 y tuvo como resultado el fallecimiento del paciente; desde entonces se han publicado diversos casos de estas raras lesiones colorrectales. Actualmente la industria ha creado numerosos elementos que utilizan aire comprimido y se sabe que en el siglo XX diferentes artículos con esta tecnología están al alcance de todo el mundo.

**Objetivos:** Evaluar el desenlace de un paciente con lesión por aire comprimido a nivel rectal, manejado vía laparoscopia.

**Materiales:** Se realizó una revisión de la literatura y retrospectiva de la historia clínica y paraclínicos de un paciente que sufrió una lesión por aire comprimido a nivel rectal, a quien se le dio manejo con cirugía mínimamente invasiva.

**Resultados:** Se presenta un paciente con traumatismo colorrectal a nivel de la unión rectosigmoidea, tratada con drenaje laparoscópico de cuatro cuadrantes de peritonitis fecal y resección anterior baja con una colostomía in situ tipo Hartman. El curso postoperatorio fue favorable sin ninguna infección de la herida o sepsis intraabdominal. Evolución posterior adecuada, con cierre de la colostomía programado de manera electiva.

**Conclusiones:** El advenimiento de nuevas tecnologías y crecimiento de la industria farmacéutica ha traído un nuevo reto quirúrgico para los cirujanos de hoy en día; la lesión colónica por aire comprimido resulta un mecanismo de lesión que puede comprometer la vida del paciente.

## MÍNIMAMENTE INVASIVA

#### 01 - ID70

##### **Adrenalectomía mínimamente invasiva (laparoscópica y retroperitoneoscopia). Revisión de casos.**

*Fernando Arias Amézquita, Aura Milena Velandia Osorio, Jorge Luis Gómez Mayorga, Natalia Cortes Murqueitio, Alexandra Bastidas, Camilo Cetares, Sergio Cáceres, Alma Burbano*  
Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá  
am.velandia11@uniandes.edu.co

**Introducción:** Las masas adrenales son encontradas frecuentemente de forma incidental y, en menor medida, en cuadros de origen endocrino con hipertensión arterial refractaria al tratamiento, hipocalcemia u otras alteraciones asociadas al exceso de mineralocorticoides, hormonas sexuales o glucocorticoides.

**Objetivos:** Describir la experiencia de nuestro grupo en el manejo de masas adrenales intervenidas por cirugía de mínima invasión, entre los años 2009 y 2019.

**Materiales:** Se revisaron las historias clínicas de pacientes a quienes se les realizó adrenalectomía por laparoscopia o retroperitoneoscopia.

**Resultados:** Se encontraron 19 pacientes a quienes se practicó adrenalectomías, de estas: 10 fueron mediante retroperitoneoscopia por puerto único, 4 por retroperitoneoscopia multipuerto, 5 mediante lapa-

roscopia multipuerto y 2 mediante técnica asistida por robot: 1 retroperitoneoscopia y 1 laparoscopia. Histológicamente se evidenció: 8 adenomas corticales, 4 con hiperplasia cortical adrenal, 1 con hiperplasia medular adrenal, 2 quistes adrenales endoteliales, 2 de origen metastásico (1 con tumor primario en pulmón y 1 con tumor primario en riñón ipsilateral) y 1 feocromocitoma como parte del síndrome MEN2A. Únicamente, dos masas adrenales fueron bilaterales, las demás unilaterales. El tiempo promedio de hospitalización fue 3,42 días y el quirúrgico promedio fue 180,5 minutos en retroperitoneoscopia puerto único y 189 minutos en laparoscopia multipuerto. Durante los procedimientos no hubo ninguna complicación transoperatoria.

**Conclusiones:** El abordaje mínimamente invasivo es seguro y permite una recuperación rápida. Es recomendable el manejo multidisciplinario de las masas adrenales. La vía de acceso por retroperitoneoscopia tiene ventajas en la recuperación y en la simplicidad del abordaje.

## 01 - ID71

### Colecistectomía por laparoscopia, del multipuerto al puerto único. Serie de 489 casos

*Fernando Arias Amézquita, Jorge Luis Gómez Mayorga, Natalia Cortés Murgueitio, Alexandra Bastidas, Camilo Cétares, Sergio Cáceres, Alma Burbano*

Fundación Santa Fe de Bogotá  
fernando.ariasmd@gmail.com

**Introducción:** La colelitiasis es una enfermedad prevalente del tracto gastrointestinal, con datos reportados entre el 5 y 22% de la población. Existen múltiples alternativas para realizar la técnica quirúrgica, entre ellas, las de menor invasión como el abordaje multipuerto y puerto único, descritas y aplicadas en el mundo.

**Objetivos:** Describir el manejo mínimamente invasivo multipuerto y puerto único de colecistectomía laparoscópica, analizando desenlaces de seguridad y estancia hospitalaria y proponiendo una clasificación basada en tiempo operatorio

**Materiales:** Se revisaron historias clínicas de forma retrospectiva de pacientes operados entre el 2008 y el 2019, consignándolas en una base de datos con

variables demográficas, clínicas y de seguimiento. Análisis de datos con SPSS®

**Resultados:** Se realizaron 489 colecistectomías, 67,4% realizadas por puerto único. El 80,5% presentaban por lo menos una comorbilidad, siendo la más común hipertensión arterial. La tasa de conversión de cirugía laparoscópica a laparotomía fue de 0%, hubo un caso de conversión de cirugía laparoscópica por único puerto a multipuerto por dificultad técnica; 97 procedimientos tuvieron un tiempo quirúrgico mayor o igual a 120 minutos. De éstos, 87,62% presentaban por lo menos una comorbilidad; el 56,7% se realizaron por puerto único y el 52,5% se realizaron como procedimiento de urgencia. En 8% de los pacientes se presentaron complicaciones.

**Conclusiones:** Las colecistectomías por laparoscopia, independientemente del tipo de abordaje, son seguras de realizar, tanto de urgencia como programadas, si se lleva a cabo un proceso de selección riguroso de pacientes y es realizado por un equipo con experiencia en la técnica y en el manejo de la patología en pacientes complicados.

## 01 - ID72

### Evaluación del manejo mínimamente invasivo para la acalasia: ¿es importante la longitud de la miotomía?

*Andrés Velásquez Hoyos, Rogelio Matallana Jaramillo, Gonzalo Andrés Gómez Quiceno*

Universidad CES  
andresvelasquezhoyos@gmail.com

**Introducción:** La acalasia es una enfermedad poco frecuente, donde la miotomía de Heller por laparoscopia se ha convertido en el manejo preferido debido al éxito y bajas tasas de complicaciones, morbilidad y mortalidad.

**Objetivos:** Describir las características demográficas de pacientes con acalasia sometidos a cirugía mínimamente invasiva, evaluar las complicaciones, identificar posibles factores de riesgo para estas y determinar la tasa de satisfacción.

**Materiales:** Se hizo una revisión retrospectiva de 75 casos con acalasia sometidos a miotomía de Heller laparoscópica en la clínica CES de Medellín,

desde el año 2006 al año 2018. Se describe su demografía, complicaciones perioperatorias y factores de riesgo asociados.

**Resultados:** La edad promedio fue de 41,5 años, con predominio del sexo femenino (57,9%). La disfagia fue el principal síntoma reportado (98,6%). El 15,1% recibió manejo endoscópico prequirúrgico. La principal complicación fue la perforación de la mucosa, con una incidencia del 18,4%, la cual se detectó y resolvió intraoperatoriamente. Aunque se encontró una asociación entre la longitud de la miotomía distal por encima de 4 cm y el riesgo de perforación mucosa, no se encontró morbilidad relevante o mortalidad asociada. Se describe una satisfacción del 91,5%.

**Conclusiones:** La miotomía de Heller para el tratamiento de la acalasia es un procedimiento bien tolerado, con baja tasa de complicaciones. En este estudio, la longitud de la miotomía distal estuvo relacionada con la tasa de perforación mucosa intraoperatoria, sin encontrar una asociación con morbilidad o mortalidad. Se considera necesario la realización de estudios adicionales para evaluar el impacto clínico de esta asociación.

### 01 - ID73

#### Experiencia inicial de apendicectomía laparoscópica en centro asistencial de tercer nivel en un centro urbano de 100.000 habitantes

*David Mauricio Duarte Barrera, Liz Yadira Perico, Fabio Enrique Hernández Cubides*

Clínica de Especialistas Sogamoso  
davidduartecirugia@gmail.com

**Introducción:** Lejos de las grandes ciudades, las técnicas mínimamente invasivas se encuentran aún en período de difusión. Los beneficios de éstos abordajes en patologías con manejo tradicional abierto, aún no se han extendido universalmente ni están al alcance de todos los pacientes. Nos planteamos la pregunta: ¿son reproducibles los resultados obtenidos en centros urbanos o capitales con grandes densidades poblacionales?

**Objetivos:** Evaluar el resultado inicial del manejo de la apendicitis aguda no complicada por abordaje

laparoscópico en un centro asistencial correspondiente a una ciudad menor, en cuanto a tiempo de cirugía, tiempo de regreso a las actividades cotidianas, dolor postoperatorio en las primeras 48 horas y complicaciones.

**Materiales:** Desde Agosto de 2018 hasta Marzo de 2019, 32 pacientes con apendicitis aguda no complicada fueron intervenidos por abordaje laparoscópico, sin uso de tecnologías de laparoscopia avanzada.

**Resultados:** Con un seguimiento medio de 28 días, se obtuvo un tiempo de cirugía de 35 minutos, tiempo de regreso a las actividades cotidianas de 7 días, dolor postoperatorio en las primeras 48 horas de 3/10 en la escala, y complicaciones de 0%.

**Conclusiones:** Los resultados iniciales indican que el manejo mínimamente invasivo de la apendicectomía laparoscópica en nuestro centro reproduce los resultados de manejo de esta patología en centros con mayor experiencia. Es necesario continuar con la cohorte y lograr una muestra mayor de pacientes con un seguimiento mayor para fortalecer ésta afirmación.

### 01 - ID74

#### Gastrectomía laparoscópica para manejo de cáncer gástrico avanzado: experiencia en un centro en Colombia.

*Fernando Arias Amézquita, Alexandra Bastidas Santacruz, Natalia Cortés Murqueitio, Jorge Gómez Mayorga, Camilo Cétares Salas, Sergio Cáceres Maldonado*

Fundación Santa Fe de Bogotá - Universidad de los Andes  
fariasoo@hotmail.com

**Introducción:** La gastrectomía mínimamente invasiva es una técnica disponible y aprobada para manejar tumores gástricos avanzados, con resultados oncológicos satisfactorios si se realiza en centros con experiencia. Tradicionalmente, la mayoría de estudios sobre ésta técnica provienen de paoriente, siendo escasos los que exponen el estado de arte en occidente.

**Objetivos:** Describir la experiencia y resultados oncológicos de la gastrectomía laparoscópica como parte del manejo de pacientes con tumores gástricos avanzados.

**Materiales:** Se incluyeron todos los pacientes con cáncer gástrico sometidos a gastrectomía laparoscópica por un mismo equipo quirúrgico. Se evaluaron variables sociodemográficas, perioperatorias, oncológicas y supervivencia. El tipo de resección gástrica se determinó según características tumorales. Para el análisis se utilizó IBM® SPSS® Statistics.

**Resultados:** Se realizaron 39 procedimientos de gastrectomía mínimamente invasiva, dos fueron asistidos por robot. Los promedios de edad, tiempo operatorio y estancia hospitalaria fueron 65 años, 524 minutos y 122 horas, respectivamente. Ocurrieron 9 complicaciones, dos requirieron reintervención y un paciente falleció. Hubo una conversión a cirugía abierta. El número promedio de ganglios resecaados fue 29; 20,5% casos tuvieron márgenes positivos. La supervivencia fue satisfactoria en todos los grupos.

**Conclusiones:** En los últimos años, las opciones quirúrgicas para tratar el cáncer gástrico avanzado han evolucionado significativamente, en parte por la contribución de la neoadyuvancia. La gastrectomía laparoscópica debe considerarse en casos bien seleccionados, ya que ha demostrado buenos resultados oncológicos, menores riesgos asociados al procedimiento y menores reintervenciones. La cirugía robótica y la quimioterapia hipertérmica intraperitoneal también hacen parte de nuestras alternativas terapéuticas, y son procedimientos que requieren ser realizados por un equipo quirúrgico con experiencia.

#### 01 - ID75

##### Laparoscopic common bile duct exploration with primary closure after failed endoscopic retrograde cholangiopancreatography without intraoperative cholangiography: A case series

*Daniel Gomez, Luis F Cabrera, Ricardo Villarreal, Mauricio Pedraza, Jean Pulido, Sebastian Sánchez, Andres Mendoza*

Centro Policlínico Olaya  
Mpedraza93@gmail.com

**Introduction:** Despite the effectiveness of laparoscopic common bile duct (CBD) surgery, no case series details the use and advantages of laparoscopic CBD exploration (LCBDE) without intraoperative cholangiography.

**Objectives:** We present a case series of our experience with this technique for the management of CBDS using a three-port laparoscopic technique.

**Materials:** A descriptive retrospective observational case series detailing our success with LCBDE in managing CBD stones using a three-port laparoscopic technique without intraoperative cholangiography at our institution in Bogota, Colombia, over the period between February 2013 and November 2018.

**Results:** A total of 182 patients underwent LCBDE with choledochotomy and primary duct closure. A biliary fistula was reported, managed with a stent. One stone recurrence reported two years after surgery, re explored by the same approach without complications, 3 T-tubes were placed in bile duct less than 8 mm of diameter. No conversions occurred. Surgery duration averaged 85 minutes, intraoperative bleeding averaged 15 cc, no mortalities occurred, and no patients required additional surgery or intensive care unit admission. Average hospital stay was five days.

**Conclusions:** A laparoscopic approach to complex CBD stone with primary closure after failed ERCP is safe and effective, moreover, experienced hands offers advantages over open surgery and endoscopic techniques.

#### 01 - ID76

##### Manejo laparoscópico del síndrome de Mirizzi tipo V sin íleo biliar

*Daniel Gómez, Luis Felipe Cabrera, Mauricio Pedraza, Jean Pulido, Sebastián Sánchez, Andrés Mendoza, Diego Salcedo y Manuel Arrieta*

Centro Policlínico del Olaya  
Luis.felipe.cabrera@hotmail.com

**Introducción:** El manejo mínimamente invasivo de las patologías biliares benignas tiene múltiples beneficios, tales como una menor hospitalización y un menor dolor posoperatorio. Sin embargo, cuando éste se aplica al síndrome de Mirizzi, las tasas de conversión se disparan, variando desde un 11,1% hasta un 80%, por lo cual algunos expertos recomiendan solo abordar por vía laparoscópica el síndrome de Mirizzi tipo I, por la inflamación severa y distorsión anatómica con aumento de lesión de vía biliar.

**Objetivos:** Demostrar que el abordaje laparoscópico para el manejo del síndrome de Mirizzi tipo V sin íleo biliar es factible.

**Materiales:** Estudio retrospectivo descriptivo en un solo centro clínico de alto volumen para patología biliar benigna de alta complejidad, incluyendo los pacientes llevados a manejo laparoscópico con síndrome de Mirizzi V sin íleo biliar, evaluando los desenlaces intraoperatorios y posoperatorios de los pacientes.

**Resultados:** Se incluyeron 16 pacientes en quienes se practicó colecistectomía y resección de la fistula bilio-entérica por laparoscopia; no se requirieron conversiones. El tiempo quirúrgico promedio fue de 92 minutos y el sangrado de 25 cc; no hubo complicaciones, reintervenciones, fistulas, ni necesidad de UCI; la estancia hospitalaria promedio fue de 3,5 días y no hubo mortalidad.

**Conclusiones:** El manejo laparoscópico del síndrome de Mirizzi tipo V sin íleo biliar es factible en centros de alto de volumen y en manos expertas, con resultados favorables para el paciente y disminuyendo los costos hospitalarios, sin embargo, la evidencia en la literatura es mínima y se requieren más estudios para establecer si este es el manejo ideal.

#### 01 - ID77

##### Manejo quirúrgico de la coledocolitiasis por vía laparoscópica, 17 años de experiencia.

*Camilo Ortiz Silva, Néstor Muñoz*

Hospital el Tunal, Bogotá

camiloortizsilva@gmail.com

**Introducción:** El manejo quirúrgico de la coledocolitiasis por vía laparoscopia en nuestro medio aún no ha sido ampliamente adoptado. El entrenamiento y la falta de recursos impiden su aplicación en muchas de las instituciones del país.

**Objetivos:** Presentar la experiencia de 17 años del manejo quirúrgico de la coledocolitiasis por laparoscopia, con todos los recursos técnicos disponibles, en una institución pública de Bogotá, Colombia.

**Materiales:** Se presenta la serie de casos de pacientes con coledocolitiasis tratados quirúrgicamen-

te mediante exploración de la vía biliar por laparoscopia, en el hospital el Tunal de la ciudad de Bogotá, entre el año 2002 y 2019.

**Resultados:** Todos los pacientes con coledocolitiasis tratados con exploración de vía biliar por vía laparoscópica, requieren coledocoscopia flexible o rígida, extracción de los cálculos con catéter Fogarty biliar, o exploración con pinzas Randall. En los cálculos gigantes distales hubo necesidad de realizar litotripsia electrohidráulica guiada por coledocoscopia A todos los paciente se les realizó cierre primario del colédoco.

**Conclusiones:** La exploración de la vía biliar por laparoscopia para el manejo de la coledocolitiasis es un método seguro, eficaz, y eficiente. Es necesario contar con todos los recursos tecnológicos para su aplicación en forma rutinaria.

#### 01 - ID78

##### Single-port versus multiport laparoscopic surgery for multiple adhesive small bowel obstruction in South America: Results of a comparative multicentric study

*Daniel Gómez, Andres Mendoza Zuchini, Luis F Cabrera, Ricardo Villarreal, Mauricio Pedraza, Jean Pulido, Sebastián Sánchez*

Centro Policlínico Olaya

andreszuchini@hotmail.com

**Introducción:** Laparoscopic adhesiolysis for adhesive small bowel obstruction (aSBO) is becoming more common, yet might increase the risk of bowel injury given the distended and/or potentially compromised small bowel. However, it remains a great challenge to the surgeons, entails a highly complex interdisciplinary team, capable of adequately treating the patient within a sphere of the least complications as possible.

**Objetivos:** To compare the management of multiple adhesive small bowel obstruction (MASBO) with the laparoscopic approach of multi-port vs single-port.

**Materiales:** We present a comparative study of patients with postoperative MASBO treated with single-port versus multi-port laparoscopic surgery in two centers.

**Resultados:** A total of 68 patients were taken to laparoscopic MASBO management, 27 patients via SILS and 41 patients via multi-port. 100% of the cases had multiple ASBO and it was more severe on multi-port group. Average surgical time of 148.3 minutes, vs SILS in 38.3 minutes. Laparoscopic intestinal resection in 4.4% of patients, all via multi-port with intracorporeal anastomosis. Mean hospital stay of 5.2 days, less for the SILS approach vs multi-port in 2.2 days.

**Conclusiones:** The single-port and the multi-port laparoscopic surgery are feasible, and safe for the MASBO in experienced hands, both techniques are valid and depend on the degree of severity. The surgical time increased in the multiport group was due to the need for intestinal resection and intracorporeal anastomosis and the severity of the ASBO. Patient selection and surgical judgment appear to be the most important factors for a successful outcome.

## INFECCIONES Y HERIDAS

### 01 - ID79

**Experiencia inicial en el uso de terapia de presión negativa en abdomen abierto en centro asistencial de tercer nivel en centro urbano de 100.000 habitantes**

*David Mauricio Duarte Barrera, Liz Yadira Perico, Fabio Enrique Hernández Cubides*

Clínica de Especialistas Sogamoso  
davidduartecirugia@gmail.com

**Introducción:** Lejos de las grandes ciudades, las técnicas modernas de manejo de abdomen abierto se encuentran aún en período de difusión. Los beneficios de estas tecnologías, aún no se han extendido universalmente ni están al alcance de todos los pacientes. Nos planteamos la pregunta: ¿son reproducibles los resultados obtenidos en centros urbanos o capitales con grandes densidades poblacionales?

**Objetivos:** Evaluar el resultado inicial del manejo del abdomen abierto con uso de terapia de presión negativa en pacientes con peritonitis severa, con indicación de manejo de abdomen abierto, en un centro asistencial correspondiente a una ciudad menor,

en cuanto a tiempo de hospitalización (TH), regreso a las actividades cotidianas (TRT), posibilidad de cierre (PCF), sobrevivencia a 90 días, (90DS), mortalidad (M), y complicaciones (COMP).

**Materiales:** Desde Agosto de 2018 hasta Febrero de 2019, 17 pacientes con peritonitis severa e indicación de manejo de abdomen abierto fueron intervenidos y manejados con terapia de presión negativa abdominal, con manejo conjunto y multidisciplinario.

**Resultados:** Se obtuvo una media de tiempo de hospitalización de 65 días, regreso a las actividades cotidianas a los 67 días, posibilidad de cierre del 60%, sobrevivencia a 90 días de 77%, mortalidad de 23%, y complicaciones en 76%.

**Conclusiones:** Los resultados iniciales indican que el uso de la terapia de presión negativa para el manejo de peritonitis severa y abdomen abierto en nuestro centro reproduce los resultados de manejo de esta patología en centros con mayor experiencia. Es necesario continuar con la cohorte y el seguimiento a largo plazo dada la variabilidad de las etiologías y características de la población estudiada.

## CIRUGÍA GENERAL

### 01 - ID80

**Apendicectomía en tercer trimestre de embarazo y desenlaces del parto: Un análisis propensity score en un estudio de cohortes de 6 años usando datos administrativos de reclamaciones**

*Kennedy Arévalo, Giancarlo Buitrago, Juan Sebastián Moyano, Rubén Caycedo, Hernando Gaitán*

Universidad Nacional de Colombia  
karevalop@unal.edu.co

**Introducción:** Existe poca evidencia acerca de los desenlaces al momento del parto asociados a la apendicectomía en los diferentes trimestres embarazo.

**Objetivos:** Evaluar desenlaces en el momento del parto comparando la apendicectomía realizada en el tercer trimestre con los demás trimestres.

**Materiales:** Fue un estudio de cohorte retrospectivo hecho con bases de datos de pacientes que

pertenecen al régimen contributivo. Los desenlaces fueron parto pretérmino, Apgar al minuto 1 y 5, peso al nacimiento menor a 1750gr, Apgar a 5 minutos menor de 7 y edad gestacional menor a 33 semanas. Un análisis Propensity Score Matching (PSM) fue usado para balancear las características basales. Se usó una regresión de Poisson para estimar de RR y diferencia de medias comparando el tercer trimestre con los demás trimestres en la muestra emparejada.

**Resultados:** Fueron llevadas a apendicectomía 507 mujeres embarazadas, 417 (16,6%) en el tercer trimestre. La tasa de parto pretérmino fue de 11,8%, la media de peso al nacer fue 3048 gramos  $\pm$  11,05. El Apgar al minuto fue de  $8,27 \pm 0,89$  y a los 5 minutos de  $9,51 \pm 0,75$ . Luego del PSM, se encontró en tercer trimestre un riesgo de 1.646 [IC95% 1.118;2.423] de presentar parto pretérmino, 3.429 [IC95% 1.363;8.625] edad gestacional menor de 33 semanas, y 2.083 [IC95% 1.056;4.109] de peso menor a 1750gr. Una diferencia de media -0.247 [IC95% -0.382;-0.112] en Apgar al primer minuto, y de -0.168 [IC95% -0.276;-0.060] en Apgar a los 5 minutos. No hubo diferencias en peso al nacer y Apgar menor de 7.

**Conclusiones:** Las mujeres colombianas llevadas a apendicectomía durante el tercer trimestre tienen peores desenlaces al momento del parto cuando se comparan con otros trimestres.

## 01 - ID82

### Colecistectomía por laparoscopia: interrupción de una eventual evolución maligna de lesiones preneoplásicas incidentales de la vesícula biliar

Stefania Fierro, Roosevelt Fajardo, María E. Velásquez

Fundación Santa Fe de Bogotá

s.fierro358@uniandes.edu.co

**Introducción:** El cáncer de vesícula biliar es una patología poco frecuente que se ha asociado con inflamación crónica y coledocistitis. Es 3 veces más común en mujeres y representa una entidad maligna con mal pronóstico, con una tasa de supervivencia a 5 años inferior al 5%.

**Objetivo:** Determinar la incidencia de lesiones preneoplásicas en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica para el tratamiento de la coledocistitis y la coledocistitis.

**Materiales:** Se realizó una revisión retrospectiva de las historias clínicas de pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica durante un período de tres años en un hospital de cuarto nivel en Bogotá, Colombia. Se evaluaron los hallazgos ecográficos, las descripciones quirúrgicas y los informes de patología. El diagnóstico se realizó mediante la confirmación histológica de lesiones precancerosas.

**Resultados:** De los 867 pacientes que se sometieron a cirugía durante el período de estudio, se encontró que 8 (0,92%) estaban afectados por metaplasia de la vesícula biliar, representados por 4 casos de metaplasia intestinal, 3 pilórica y 1 antral. Encontramos 4 casos (0,46%) de displasia de bajo grado y un caso (0,11%) de displasia de alto grado. Ninguno de nuestros pacientes tuvo adenocarcinoma de vesícula biliar. Solo uno de los pacientes afectados por lesión preneoplásica era hombre y los demás casos eran mujeres. La edad media de las mujeres afectadas fue de 67 años.

**Conclusiones:** Encontramos una menor incidencia de lesiones preneoplásicas en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica de lo que se ha descrito anteriormente en la literatura mundial. Todas las personas con diagnóstico de coledocistitis y coledocistitis deben ser tratadas dado que la colecistectomía por enfermedad benigna representa una interrupción de la eventual evolución maligna.

## 01 - ID83

### Experiencia en el manejo quirúrgico de la necrosis pancreática infectada en el Hospital Universitario Mayor Méderi entre 2014-2019: ¿Procalcitonina es predictor de mortalidad?

Carlos E. Rey, María C. Parra, Pablo Gonzalez, Felipe Castillo, Mónica Parrado, Fernando Molano, Alberto Ricaurte, Andrés Isaza Restrepo

Universidad el Rosario - Hospital Universitario Mayor Méderi

Carlosrey991@gmail.com

**Introducción:** La necrosis pancreática infectada presenta altos índices de mortalidad, sin embargo, el abordaje laparoscópico y mínimamente invasivo precisa mejores resultados en el manejo de estos pacientes. En Latinoamérica no existen estudios sobre

ésta patología por lo que no conocemos datos epidemiológicos de la misma.

**Objetivos:** Describir la experiencia en el manejo quirúrgico de pacientes con necrosis pancreática infectada, resultados postoperatorios, características demográficas, clínicas, imaginológicas y quirúrgicas de la población del Hospital Universitario Mayor Méderi.

**Materiales:** Se solicitó al servicio de cirugía general del HUM la base de datos de los procedimientos quirúrgicos realizados a los pacientes entre los años 2014-2019, seleccionando todos los pacientes que presentaron necrosis pancreática infectada. Se utilizó un enfoque cuantitativo para describir las proporciones de las características demográficas, clínicas, imaginológicas y quirúrgicas de éstos pacientes.

**Resultados:** En Hospital Universitario Mayor Méderi la prevalencia de necrosis pancreática infectada en el periodo evaluado fue de 9,3%. Se recolectaron 30 pacientes con una mediana de edad de 71 años, encontrando mayor incidencia en población masculina, con 70% de los pacientes. El 83% de nuestros pacientes fueron manejados por vía abierta, con 48% de mortalidad no mayor a 30 días. Encontramos una mejoría en la falla orgánica postoperatoria en abordajes laparoscópicos del 20% versus 4% vía abierta, en cuanto a estancia hospitalaria, con el abordaje laparoscópico fue 30% menor que con el abierto.

**Conclusiones:** La necrosis pancreática infectada sigue siendo un reto quirúrgico. Evidenciamos que el manejo laparoscópico reduce la estancia hospitalaria general y en UCI posoperatoria, así como la mortalidad en comparación con el manejo abierto. La procalcitonina podría tener capacidad predictiva de mortalidad, sin embargo faltan estudios prospectivos.

## 01 - ID84

### Implementación del programa de apendicectomía ambulatoria en un hospital universitario de alta complejidad

Alfonso Márquez, Lilian Torregrosa Almonacid, Jesús David Rosso Bayona

Pontificia Universidad Javeriana  
jrosso@javeriana.edu.co

**Introducción:** La apendicitis aguda es el tercer motivo de consulta más frecuente en nuestro servicio de urgencias. Aproximadamente 5,2% de los postoperatorios presentan alguna morbilidad.

En el Hospital San Ignacio en la ciudad de Bogotá se instauró un protocolo para el manejo ambulatorio de apendicitis aguda no complicada tomando como referencia guías avaladas internacionalmente

**Objetivos:** Comprobar la seguridad del protocolo de apendicectomía ambulatoria en pacientes con apendicitis aguda no complicada en la población del Hospital Universitario San Ignacio.

**Materiales:** Estudio descriptivo de tipo prospectivo. Pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda no complicada llevados a cirugía entre octubre 2017 y Septiembre 2018.

**Criterios de inclusión:** mayores de 15 años, ASA I-2, residencia en Bogotá, signos vitales normales, dolor controlado, tolera vía oral en recuperación. **Criterios de exclusión:** embarazo.

Análisis univariado de datos consolidados, calculando frecuencia de complicaciones al ser manejado ambulatoriamente.

**Resultados:** En el Hospital San Ignacio en el transcurso del 1 año se realizaron 285 apendicectomías por apendicitis aguda no complicada. De estos, no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre mujeres y hombres, con mediana para la edad de 28 años. Se presentaron complicaciones en 4,2% de los pacientes y reingresos por dolor mal controlado del 2,11%, valores inferiores a los reportados en la literatura.

**Conclusiones:** Los pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda no complicada llevados a apendicectomía por laparoscopia o abierta en el Hospital Universitario San Ignacio no presentan aumento de la morbilidad ni mortalidad, ni presentan mayor

reingreso por urgencias por mal control del dolor con el uso del protocolo institucional de manejo postoperatorio de forma ambulatoria.

### 01 - ID85

#### **Infección del sitio operatorio en una cohorte de pacientes sometidos a laparotomías exploratorias de urgencia en la clínica CES de Medellín**

*Carolina Guzmán Arango, Juan Santiago Molina Velásquez, Laura Paredes Minotas, Mariana Ramírez Ceballos, Camilo Restrepo Gómez, Carlos Andrés Calle.*

Universidad CES  
marianarceballos@gmail.com

**Introducción:** La laparotomía es un componente crucial del armamento quirúrgico del cirujano general. Son muchas las indicaciones específicas para realizar una laparotomía exploratoria, y se pueden resumir en neumoperitoneo, hemoperitoneo, contaminación intraperitoneal, obstrucción intestinal, isquemia y precisión diagnóstica. Este procedimiento adquiere los riesgos de cualquier cirugía urgente o emergente.

La infección de sitio operatorio, se define como aquella ocurre después de una cirugía, en la región del cuerpo intervenida, siendo uno de los desenlaces principales después de una laparotomía exploratoria y la complicación de las infecciones asociadas a la atención en salud más común entre los servicios quirúrgicos, que genera un impacto directo en la mortalidad, morbilidad, estancia hospitalaria y costos al sistema de salud.

Se desconoce el comportamiento de los pacientes sometidos a laparotomía exploratoria desde el punto de vista de la infección de sitio operatorio, por lo cual se evaluará dicha cohorte.

**Objetivos:** Describir el comportamiento de la infección de sitio operatorio en una cohorte de pacientes sometidos a laparotomía urgente en la clínica CES de Medellín.

**Materiales:** Seguimiento a una cohorte de pacientes sometidos a laparotomía exploratoria entre enero de 2017 y junio de 2018, evaluando la frecuencia

de infección de sitio operatorio y las características preoperatorias e intraoperatorias, analizando su posible asociación.

**Resultados:** Se revisaron 186 historias clínicas de pacientes sometidos a laparotomía exploratoria entre las fechas descritas, se evalúa la frecuencia de infección de sitio operatorio y se evaluaron las variables preoperatorias e intraoperatorias, como diabetes mellitus, obesidad, inmunosupresión, uso de antibiótico profiláctico y clasificación de la herida quirúrgica, entre otros encontrados en la literatura con asociación a la infección.

**Conclusiones:** La incidencia de infección de sitio operatorio es de 29.7%, siendo alta en comparación con lo descrito en la literatura. El 51% de estas son profundas. En nuestra cohorte, se encontró asociación con infección de sitio operatorio entre los pacientes mayores a 65 años, obesos y reintervenidos. Se requiere nuevos estudios, donde se defina y complete el tamaño de muestra, siendo este un estudio preliminar, para realizar un estudio de casos y controles.

### 01 - ID86

#### **Manejo de fístulas gastrointestinales con colgajo de recto abdominal**

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

**Introducción:** Las fístulas gastrointestinales postoperatorias representan un verdadero desafío en la práctica diaria considerando su alta morbimortalidad y el difícil manejo que suponen estas.

**Objetivos:** Presentar la experiencia de manejo de fístulas gastrointestinales con colgajo pediculado de recto abdominal.

**Materiales:** Serie de casos de pacientes con fístulas gastrointestinales postoperatorias manejadas con colgajo de recto abdominal pediculado en el hospital el Tunal en la ciudad de Bogotá, entre el año 2015 y 2019.

**Resultados:** Los casos tratados con terapia de colgajo pediculado de recto abdominal mostraron el

cierre de la fistula entre 22 y 48 días, logrando el control completo de las fistulas

**Conclusiones:** El uso del colgajo de recto abdominal en el manejo de fistula gastrointestinales es un buen recurso para enfrentar esta difícil patología.

### 01 - ID87

#### Manejo quirúrgico de la colecistitis aguda moderada y severa, no basado en las Guías de Tokyo 2013, en un hospital de cuarto nivel en Bogotá, Colombia

*Gabriel Eduardo Herrera Almario, Francisco Javier Díaz Cuervo, Manuel Enrique Cadena Gutiérrez, Carlos Felipe Perdomo Orozco, Roosevelt Fajardo Gómez, Luis Felipe Cabrera Vargas, Carolina Restrepo Bonilla*

Fundación Santa Fe de Bogotá  
luis.felipe.cabrera@hotmail.com

**Introducción:** La colecistitis aguda es una emergencia quirúrgica frecuente, con una incidencia de 10-15% en EE.UU, cuyo principal manejo es la colecistectomía laparoscópica. En nuestro medio, se encuentra una prevalencia del 8,6% en la población masculina. Sin embargo, existe controversia sobre el tiempo de la cirugía: las Guías de Tokyo 2013 proponen una colecistectomía diferida para colecistitis agudas grados II y III para disminuir la morbimortalidad.

**Objetivos:** Determinar la incidencia de complicaciones y mortalidad perioperatoria en pacientes con colecistitis aguda Tokyo II y III llevados a colecistectomía laparoscópica temprana.

**Materiales:** Estudio observacional, descriptivo y prospectivo en pacientes mayores de 15 años, con diagnóstico de colecistitis aguda según los criterios de las guías de Tokyo 2013, que fueron llevados a colecistectomía laparoscópica desde el 1 enero de 2017 hasta el 31 de junio de 2018. Se excluyeron pacientes con colecistitis aguda acalculosa y pacientes remitidos de otras instituciones.

**Resultados:** Se realizaron en total 193 colecistectomías laparoscópicas, la mayoría en mujeres (57%); de éstas, 53 fueron colecistectomías tempranas por colecistitis agudas grado II y III. No hubo aumento en las complicaciones intraoperatorias (sangrado,

lesión vascular, lesión de víscera hueca, otras) ni postoperatorias (reingreso en los primeros 30 días, infección, mortalidad) en estos pacientes.

**Conclusiones:** La colecistectomía laparoscópica temprana en pacientes con colecistitis aguda moderada y severa no aumenta las complicaciones ni la mortalidad perioperatoria, contrario a lo planteado en las Guías de Tokyo que hasta su actualización del 2018, sugerían el manejo quirúrgico diferido para estos pacientes.

### 01 - ID89

#### Rendimiento de escalas de trauma en accidentes de tránsito en un hospital de alta complejidad para predecir mortalidad

*Hanier Agudelo Ledesma, Natalie Valencia Amaya, Laura Ruiz Mazuera, Karla Bravo Realpe, Alexei Rojas Díaz*  
Universidad del Cauca - Hospital Universitario San José  
hagudelo@unicauca.edu.co

**Introducción:** Los accidentes de tránsito en el mundo viene en incremento y cada vez más se convierte en un reto diagnóstico la predicción de mortalidad con escalas anatómicas y fisiológicas de trauma. Las escalas de puntuación de trauma son la piedra angular de la epidemiología del trauma.

**Objetivos:** El objetivo principal de este estudio fue examinar los resultados y el rendimiento de las puntuaciones ISS, NISS y RTS con variables subyacentes e independientes para identificar el mejor sistema de puntuación y predictor de morbilidad y mortalidad en una población expuesta.

**Materiales:** Estudio prospectivo de corte trasversal que incluyó los pacientes que ingresaron entre agosto de 2017 y agosto 2018 a un hospital de III de atención. Las variables se analizaron para mirar la normalidad de distribución. El rendimiento se evaluó para las diferentes escalas con su sensibilidad, especificidad, valores predictivos, likelihood ratio, Odds Ratio diagnóstico y OR de prevalencia.

**Resultados:** Se evaluaron 650 pacientes con un edad promedio fue de 36 años. La mayoría de accidentes de tránsito ocurrieron en hombres (70,9%). El lugar del accidente el 59,2% fue urbano; según

el tipo de vehículo, un 70,8% de los accidentes fueron en motocicleta, 12,3% eran peatones, de estos el 24,2% fueron traumas de alta energía. El 2,5% de los pacientes falleció.

La sensibilidad de todas las escalas es adecuada, con mayor sensibilidad para ISS y NISS, y con mayor especificidad RTS. De la misma manera, el LR+ varió entre 23,7 para el RTS y 5,88 para NISS, mientras el LR- es adecuado para ISS y NISS y pobre para RTS, lo cual implica un adecuado rendimiento de las escalas.

**Conclusiones:** Las escalas de trauma ISS, NISS y RTS tuvieron un rendimiento adecuado en esta población a estudio, con buena sensibilidad y especificidad y LR + y LR - adecuados.

## 01 - ID90

### Seguridad y efectividad de la apendicectomía ambulatoria en pacientes con apendicitis no complicada manejados en un centro de III nivel del nororiente colombiano

*Pimentel-Rodríguez Aníbal, Vera-Cala Lina María, Gómez-Margarita, Guerrero-Serrano Pedro Alexander*  
Clínica Chicamocha S.A.  
p.guerrerot9@hotmail.com

**Introducción:** La cirugía ambulatoria ha demostrado seguridad, costo-efectividad y aceptación en procedimientos quirúrgicos electivos. Los protocolos de recuperación temprana se han extendido a la mayoría de los procedimientos quirúrgicos intraabdominales, incluyendo la apendicectomía, con buenos resultados.

**Objetivos:** Evaluar la seguridad y efectividad del manejo ambulatorio comparado con el hospitalario posterior a apendicectomía en pacientes con apendicitis no complicada.

**Materiales:** Estudio observacional analítico tipo cohorte retrospectiva con una muestra de 420 pacientes con apendicitis aguda no complicada, intervenidos en el año 2017. Se obtuvieron 2 grupos de comparación, ambulatorios y hospitalarios. El primer seguimiento se realizó al mes del procedimiento donde se documentaron las variables de desenlace del estudio.

**Resultados:** El 46,4% de las mujeres y el 53,6% de los hombres pertenecían al grupo ambulatorio, con una media de edad de 30,9 años; la vía de abordaje fue en su mayoría abierta para ambos grupos y la apendicitis fibrinopurulenta fue el diagnóstico más frecuente. Posterior al seguimiento se evidenció una incidencia de infección de sitio operatorio de 4 casos en cada grupo, el porcentaje de reingreso fue mayor en los hospitalizados (6,7% vs 5%) y se presentaron solo 2 casos de rehospitalización en los pacientes ambulatorios, sin ser estas diferencias estadísticamente significativas, ni en la mayoría de factores previos a la cirugía.

**Conclusiones:** No se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas con respecto al reingreso, rehospitalización e infección del sitio operatorio en pacientes con apendicectomía ambulatoria, por lo que se considera un procedimiento seguro que disminuye los costos asociados a esta intervención.

## 01 - ID91

### Síndrome de Valentino, manejo actual de una enfermedad olvidada

*Luis Felipe Cabrera, Marcia R. Santafe Guerrero*  
Universidad El Bosque  
marciasantafe45@gmail.com

**Introducción:** La causa más frecuente de abdomen agudo en el mundo es la apendicitis aguda, la cual se sitúa a su vez como la principal urgencia quirúrgica en el mundo, sin embargo, algunos síndromes pueden simular esta enfermedad y alterar la evolución clínica de los pacientes si no se identifican a tiempo, como el síndrome de Valentino, en donde una úlcera péptica perforada simula una apendicitis aguda, sin incidencia clara reportada en la literatura.

**Objetivos:** Establecer el enfoque actual del síndrome de Valentino en la era de la laparoscopia.

**Materiales:** Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo del 1 de enero de 2012 al 31 de diciembre de 2017, incluidos los pacientes diagnosticados con síndrome de Valentino mediante apendicectomía abierta o laparoscópica.

**Resultados:** En total, 11 pacientes fueron diagnosticados con el síndrome de Valentino con irritación

peritoneal. El 63% de los procedimientos quirúrgicos se realizó mediante un abordaje laparoscópico y solo el 18% requirió la conversión a laparotomía; el tiempo quirúrgico promedio fue de 56 minutos, el sangrado promedio fue de 15 cc. Ningún paciente requirió ingreso en UCI y ninguna mortalidad. Todos los pacientes tuvieron una apendicectomía profiláctica.

**Conclusiones:** Los pacientes con síndrome de Valentino se benefician del abordaje laparoscópico ya que este permite confirmar el diagnóstico y dar el manejo quirúrgico definitivo en el mismo tiempo anestésico, sin necesidad de conversión a laparotomía, con baja morbilidad, menor estancia hospitalaria y cero mortalidad.

### 01 - ID92

#### **Surgical management for refractory gastroparesis: a comparative study between gastric bypass and pyloroplasty**

*Carlos Lopera, Raúl Suárez, Luis Felipe Cabrera, Sebastian Sanchez, Mauricio Pedraza*

Universidad El Bosque  
Sebastian\_9324@hotmail.com

**Introduction:** Gastroparesis is one of the most common motor disorders of the upper gastrointestinal tract. It is defined by characteristic symptoms and evidenced gastric emptying delay.

**Objectives:** To determine the clinical characteristics in patients undergoing surgical management for refractory gastroparesis.

**Materials:** A retrospective, descriptive study of patients diagnosed with refractory gastroparesis who underwent pyloroplasty or laparoscopic gastric bypass from January 2016 to December 2017 at a referral center. Data concerning perioperative evaluation, surgical procedure, perioperative complications, and postoperative evolution was analyzed.

**Results:** A total of 16 patients were included; 62.5% patients were taken to gastric bypass and 37.5% patients to pyloroplasty. The two groups were similar in all the analyzed characteristics except that patients who were taken to gastric bypass were more

obese and therefore a higher BMI compared to the pyloroplasty group. This difference was statistically significant ( $P < 0.01$ ) as well as the surgical time in the group with pyloroplasty ( $P < 0.001$ ).

**Conclusions:** Gastric bypass is a procedure that should be considered as the first line of surgical treatment for patients with refractory gastroparesis.

### 01 - ID93

#### **Traqueostomía mediastinal anterior, reporte de casos**

*Kennedy Arévalo, Angela Díaz, Carlos Carvajal, Miguel Buitrago, Rafael Beltrán*

Instituto Nacional de Cancerología  
karevalop@unal.edu.co

**Introducción:** El tratamiento quirúrgico de los tumores malignos cervicotorácicos extensos requiere una laringotraqueotomía con exenteración completa, seguida de una sustitución esofágica teniendo en cuenta el caso en particular, haciendo necesario en ocasiones una división de la tráquea retroesternal que según la longitud residual requerirá la realización de una traqueostomía mediastinal anterior.

**Objetivos:** Describir y discutir tres casos de pacientes con traqueostomía mediastinal anterior por patología oncológica, intervenidos en el Instituto Nacional de Cancerología en Bogotá.

**Materiales:** Este reporte de casos se realizó con la revisión de historias clínicas y material fotográfico aportado por los cirujanos del grupo de cirugía de tórax del Instituto Nacional de Cancerología.

**Resultados:** Se realizó en tres pacientes traqueostomía mediastinal anterior en contexto de patologías oncológicas cervicotorácicas, no se registró mortalidad y la evolución fue favorable.

**Conclusiones:** La traqueostomía mediastinal es un procedimiento poco común, que en ocasiones se hace necesario practicar posterior al manejo quirúrgico de grandes tumores cervicotorácicos. Con el mejoramiento de la técnica quirúrgica se ha logrado disminuir la mortalidad y morbilidad asociadas al procedimiento.

## EDUCACIÓN

### 01 - ID94

#### Desarrollo de habilidades laparoscópicas con caja de ejercicios

Camilo Ramírez Giraldo, Felipe Orlando González  
 Universidad del Rosario  
 ramirezgiraldocamilo@gmail.com

**Introducción:** Desde la aparición de la cirugía laparoscópica, esta se ha extendido rápidamente en las diferentes especialidades quirúrgicas, convirtiéndose en el “gold standard” de muchos procedimientos quirúrgicos. Los programas de residencia quirúrgicos tienen el gran reto de enseñar las habilidades requeridas para realizar una cirugía laparoscópica segura, por lo cual se han desarrollado simuladores de cirugía laparoscópica como la caja de ejercicios.

**Objetivos:** Determinar el mejoramiento del rendimiento de los residentes de Cirugía General en las habilidades laparoscópicas, posterior al desarrollo del programa en la caja de ejercicios “Care for the box”.

**Materiales:** A nueve médicos residentes se les realizó una valoración con la caja de ejercicios antes de iniciar el programa y posterior a desarrollar completamente el programa se realizó una nueva valoración. Los resultados se basaron siguiendo los ejercicios establecidos previamente por el programa “Care for the box” como transferencia de objetos, colocación de cilindros en postes, corte y sutura; evaluando precisión, velocidad, errores y coordinación. La prueba de los rangos con signo de Wilcoxon se empleó para determinar si existían diferencias antes y después de completar el curso.

**Resultados:** Los 9 médicos residentes completaron el estudio. Se demostró que existe evidencia estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) que confirma que hay un mejor rendimiento en las habilidades laparoscópicas posterior a completar el programa de entrenamiento “Care for the box”.

**Conclusiones:** Los simuladores para el entrenamiento en cirugía laparoscópica en los programas de residencia ayudan a mejorar las habilidades laparoscópicas, por lo que deben ser parte de los currículos.

### 01 - ID95

#### Evaluando el ambiente de aprendizaje en medicina: Adaptación al español y validación de constructo del JHSD en estudiantes colombianos

Sebastian Contreras Paez, Mariagracia Martínez Negretti, Robert Bruce Shochet, Jorge Alberto Restrepo, Luis Carlos Domínguez  
 Universidad de la Sabana, Chía  
 Sebastiancopa@unisabana.edu.co

**Introducción:** La evaluación del ambiente de aprendizaje en estudiantes de medicina es un pilar fundamental en la calidad de la educación médica. La disponibilidad de instrumentos en español para este propósito es limitada. En el presente estudio validamos el contenido, constructo y la evaluación de la confiabilidad de un instrumento ampliamente aceptado en la comunidad académica global (Jhons Hopkins Learning Environmet Scale - JHLES)

**Objetivos:** Validar un instrumento de medición confiable para la percepción de ambientes de aprendizaje en lengua hispana

**Materiales:** El JHLES fue traducido y adaptado al idioma español según recomendaciones del IQOLA project. Posteriormente, administrado a 368 estudiantes de medicina. Con los resultados obtenidos realizamos el análisis factorial exploratorio (AFE) y análisis factorial confirmatorio (AFC) de los datos. La confiabilidad del instrumento fue determinada con el índice de Cronbach.

**Resultados:** Se realizaron ajustes de contenido en varios ítems del cuestionario. La solución factorial tras el AFE permitió identificar 5 factores, lo que difiere de la versión original anglosajona. El AFC demostró una adecuada bondad de ajuste con los datos empíricos. El Alfa de Cronbach del JHLES fue de 0,91.

**Conclusiones:** El JHLES es un instrumento que demuestra adecuada validez de contenido y constructo en idioma español. El ambiente quirúrgico puede ser evaluado con este instrumento. Se requieren nuevos estudios sobre otros tipos de validez, como la predictiva y estudios comparativos sobre mediciones en diferentes países de habla hispana.

**01 - ID96****Implementación y validación de un novedoso y económico modelo de entrenamiento para la hernioplastia inguinal laparoscópica**

*Andrés Hanssen, Juan Jacobo Molina, Álvaro Santrich*  
 Universidad Metropolitana de Barranquilla  
 anhanssen@gmail.com

**Introducción:** A pesar de las ventajas de la hernioplastia inguinal por técnicas de mínima invasión, su implementación es baja, debido a la prolongada curva de aprendizaje.

**Objetivos:** Desarrollar y validar un modelo económico, reproducible y útil para desarrollar competencias para estas intervenciones.

**Materiales:** Diez residentes de cirugía general fueron instruidos para confeccionar el modelo y realizar maniobras simulando hernioplastia inguinal, y practicaron cuatro semanas. Comparamos el tiempo empleado en hernioplastia inguinal simulada en la sesión inicial y después del entrenamiento (prueba t). Utilizamos prueba de Fisher, para comparar la variabilidad de las desviaciones estándar, de los tiempos de los residentes, antes y después del entrenamiento, la prueba de Levene para comparar las varianzas de los grupos y ANOVA, para comparar las medias de los tiempos antes y después del entrenamiento y con los tiempos de los expertos. Evaluamos cuantas veces el observador independiente, reconoció videos de ejercicios como realizados por novatos después del adiestramiento o por expertos.

**Resultados:** El tiempo para completar el ejercicio fue menor que en la sesión inicial ( $p < 0.01$ ). El tiempo de los residentes en la sesión inicial, fue mayor que el de los expertos en la misma tarea ( $p < 0.01$ ); esta diferencia se disminuyó a 3,60 minutos después del entrenamiento, persistiendo diferencia significativa ( $p < 0.01$ ). Un experto independiente reconoció como novatos a todos los residentes y a todos los expertos como tales en la sesión inicial; después del entrenamiento no reconoció 40% de residentes como novatos ( $p < 0.05$ ).

**Conclusiones:** Nuestro modelo podría ser útil en el aprendizaje de hernioplastia inguinal laparoscópica.

**BIOÉTICA****01 - ID97****Consentimiento informado: ¿Medicina basada en la defensa?**

*Laura Tatiana Padilla Pinzón, María Alejandra Beltrán Serrano, Luis Felipe Cabrera Vargas, Jean André Pulido Segura, Mauricio Pedraza Ciro, Sebastián Sánchez Ussa*

Universidad El Bosque - Semillero de Investigación en Cirugía General y Subespecialidades SICS  
 Ltatianapp@gmail.com

**Introducción:** Según el principialismo en el que regimos parte del actuar médico, existen principios básicos, entre ellos la autonomía, siendo la base para la formalización del consentimiento “libre” e informado; donde se da el carácter de fin y no de medio a todo ser humano y mediante información clara el paciente acepta libremente un procedimiento. Sin embargo en la actualidad hacemos parte de un sistema basado en medicina defensiva y el consentimiento informado se ha transformado, siendo parte de esto.

**Objetivos:** Exponer la relación entre el principio de autonomía y el consentimiento informado y como parte de esto, la formación de la relación médico paciente, evaluando las dificultades de éste en la “medicina defensiva”.

**Materiales:** Revisión de la literatura basada en el principialismo de Beauchamp y Childress y los criterios de consentimiento libre e informado, usando los fundamentos de bioética expuestos por Gilbert Hottois.

**Resultados:** Se evidencia medicina basada en la defensa que impacta en la relación médico paciente, en donde los pacientes no confían en la medicina y los médicos se sienten presionados por el ejercicio dentro de un sistema de salud deficiente y abrumados con constantes demandas, lo que genera ruptura en esta relación y así mismo impacta en el desarrollo del consentimiento informado, pues no se usa para informar realmente de manera clara, sino con el fin de obtener protección médica.

**Conclusiones:** Debe replantearse la relación médico paciente para así llegar a respetar realmente el principio de autonomía y generar un verdadero consentimiento libre e informado.

# Videos

## CABEZA Y CUELLO

### 02 - ID98

#### **Amigdalectomía radical con reconstrucción con colgajo libre de muro faríngeo asistida por robot da Vinci™ (TORS)**

*Rafael Durango Herazo, Juan Manuel Márquez, Andrey Moreno Torres*

Instituto Nacional de Cancerología - Universidad de la Sabana

rdurangoh@gmail.com

**Introducción:** La cirugía robótica transoral (TORS) es una técnica utilizada para tratar de forma mínimamente invasiva patologías en cavidad oral, faringe y base de cráneo. Esta cirugía robótica permite al cirujano operar en espacios estrechos y lograr acceso para disección de lesiones profundas, sin necesidad de grandes incisiones abiertas.

En este caso, dicho abordaje brinda como ventajas una recuperación más rápida de disfagia, menor sangrado intraoperatorio, menor dolor posoperatorio y la posibilidad de prescindir del abordaje abierto por mandibulotomía.

**Objetivos:** Presentación de un caso de resección de carcinoma escamocelular orofaríngeo en recaída, previamente intervenido por cirugía abierta en 2 ocasiones y tratamiento adyuvante con radioterapia, quien fue llevado a amigdalectomía radical con reconstrucción con colgajo libre de muro faríngeo asistida por robot da Vinci (TORS)

**Materiales:** Paciente femenina de 74 años, con antecedente de cáncer escamocelular orofaríngeo,

llevada en 2008 a glosectomía parcial izquierda más reconstrucción primaria y vaciamiento cervical, sumado a radioterapia 45 Gys. En 2011, presenta recaída de lesión por lo que es llevada a resección local amplia más colgajo radial vía abierta y nuevo esquema de adyuvancia con radioterapia 60Gys. Ante recaída tumoral en 2018, es llevada a amigdalectomía radical con reconstrucción con colgajo libre de muro faríngeo asistida por robot da Vinci (TORS) en nuestra institución, lográndose resección total de lesión neoplásica.

**Resultados:** Se obtuvo resección completa de la lesión neoplásica, sin complicaciones relacionadas con el procedimiento y satisfactoria evolución posoperatoria.

**Conclusiones:** En este caso, la cirugía robótica transoral (TORS) demostró ser un procedimiento seguro y eficaz, para la resección de carcinoma escamocelular de amígdala recidivante, obteniéndose resección completa de lesión y una adecuada evolución posoperatoria.

**Link video:** <https://youtu.be/C2RN7VZGvJg>

## TÓRAX

### 02 - ID99

#### **Divertículo del esófago medio. A propósito de un caso**

*Juan Camilo Ramírez Rueda, Adriana Córdoba Chamorro, Rogers Leonardo Baquero García*

Fundación Universitaria Ciencias de la Salud - Hospital San José

rlbaquero@fucsalud.edu.co

**Introducción:** La fisiopatología de la formación de divertículos esofágicos se define a través de dos mecanismos: el primero por presurización, en el que hay un esfínter disfuncional, dentro de los que encontramos en mayor frecuencia el divertículo de Zenker y en menor frecuencia el divertículo de Killian Jamieson y los epifrénicos. Los segundos son los verdaderos divertículos por tracción que se forman por contracción de procesos inflamatorios que ocurren en el mediastino; usualmente son asintomáticos, pero cuando presentan síntomas tienen indicación de manejo quirúrgico.

**Objetivos:** Presentamos el video del manejo por toracoscopia de un paciente con un divertículo esofágico torácico.

**Caso Clínico:** Paciente de sexo masculino de 60 años de edad, quien consulta por cuadro clínico de un año de evolución consistente en disfagia para sólidos y para líquidos, además de regurgitación. Como antecedentes tenía hipertensión arterial, artritis gotosa y síndrome metabólico. El estudio de fluoroscopia, que concuerda con la tomografía, puso en evidencia la presencia de un divertículo del esófago medio. Se decidió hacer su manejo quirúrgico por toracoscopia.

**Resultados:** El paciente evolucionó favorablemente, con estudio de fluoroscopia del postoperatorio sin extravasación del medio de contraste y tolerancia de la vía oral. Hasta el momento el paciente ha estado asintomático y la sintomatología de regurgitación y disfagia desaparecieron.

**Conclusiones:** El conocimiento de esta patología del esófago, sus consideraciones clínicas, la patogenia de la formación de los divertículos, orientan a un adecuado y oportuno manejo.

**Link video:** [https://youtu.be/\\_OXUnSK3yqM](https://youtu.be/_OXUnSK3yqM)

## 02 - ID100

### Timectomía en crisis miasténica. A propósito de un caso

Juan Camilo Ramírez Rueda, Adriana Córdoba Chamorro,  
Rogers Leonardo Baquero García  
Fundación Universitaria Ciencias de la Salud - Hospital  
San José  
rlbaquero@fucs salud.edu.co

**Introducción:** La Miastenia Gravis es una enfermedad autoinmune de la unión neuromuscular, sus manifestaciones clínicas son por la afectación de los grupos musculares. El timo aparece en su fisiopatología con la producción de anticuerpos contra los receptores de acetilcolina. Se encuentra hiperplasia tímica (70%) y en menor frecuencia timomas (10-50%). Su diagnóstico es por autoanticuerpos y estudios de conducción de la unión neuromuscular positivos. La timectomía ha mostrado impacto en la remisión de los síntomas, la reducción del requerimiento de terapia médica (esteroides), y la progresión de la enfermedad; más aún, si se realiza en el término del primer año de aparición de sintomatología.

**Objetivos:** Presentamos el video de una paciente con una crisis miasténica a quien se le realizó una timectomía por toracoscopia por hiperplasia tímica.

**Caso Clínico:** Paciente de sexo femenino de 25 años de edad a quien se le hizo un diagnóstico de Miastenia Gravis por AchR positivo un mes antes de ser llevada a cirugía. Consultó por un cuadro de 2 días de evolución de debilidad progresiva de miembros inferiores, dificultad respiratoria y dificultad para la deglución de alimento sólidos. Se le hizo manejo farmacológico con piridostigmina, prednisolona e inmunoglobulina G. En la tomografía de tórax se observaron hallazgos compatibles con hiperplasia tímica por lo que se decidió llevar a cirugía para timectomía por toracoscopia.

**Resultados:** La paciente evolucionó favorablemente. Hasta el momento la paciente no ha tenido nuevos episodios de debilidad muscular, ni sintomatología de disnea o disfagia. Se encuentra en seguimiento ambulatorio y manejo farmacológico actual con piridostigmina más azatriopina, sin requerimiento de esteroides.

**Conclusiones:** El conocimiento de esta enfermedad, sus consideraciones clínicas, la patogenia de la Miastenia Gravis y sus complicaciones, orientan a un adecuado y oportuno manejo de este tipo de patología.

**Link video:** <https://youtu.be/zGXLEdahpZM>

## PARED ABDOMINAL

### 02 - ID101

#### Abordaje laparoscópico seguro en patología abdominal aguda: hernia de Spiegel encarcelada más hernia inguinal con malla sin fijación

*Manuel Mosquera Paz, Paulo Cabrera Rivera, Carlos F. Roman, Akram Kadamani, Felipe Casas, Bayron Guerra, Manuel Arrieta, Lina Zanabria, Diego Delgado C.*

Fundación Cardio Infantil - Universidad de la Sabana  
Manearrietao8@hotmail.com  
lina\_sanabria\_04@hotmail.com

**Introducción:** La hernia de Spiegel tiene una localización anatómica bien definida, entre la línea semilunar y el borde externo de los rectos. Representan el 1-2% de las hernias de la pared abdominal, con una incidencia de 1 caso por año. Tradicionalmente se realizaba vía abierta, reduciendo el defecto y realizando un reparo primario, pero actualmente el abordaje laparoscópico viene en aumento, por lo que incluye ventajas como menor dolor, recuperación más rápida y la posibilidad de visualizar algún otro defecto de pared abdominal.

**Objetivos:** Describir la cirugía laparoscópica en un paciente con hernia de Spiegel derecha encarcelada con una hernia inguinal asociada, con corrección de los defectos en el mismo tiempo quirúrgico, y los resultados del procedimiento.

**Materiales:** Paciente de 83 años de edad, con cuadro clínico de obstrucción intestinal parcial, con evidencia de una hernia de Spiegel con masa no reductible, por lo que se llevó a cirugía mínimamente invasiva con hallazgos de un defecto de 4 x 4 cm y una hernia inguinal derecha directa, con corrección de ambos defectos con una malla sin fijación.

**Resultados:** La cirugía fue realizada completamente por laparoscopia, el tiempo operatorio fue de 75 minutos, con un sangrado de 10 cc, el día 1 postoperatorio se inició vía oral y el día 3 fue el egreso hospitalario. En último control a los 5 meses del posoperatorio sin evidencia de recidiva de ningún defecto.

**Conclusiones:** El abordaje laparoscópico en una hernia de Spiegel encarcelada es posible de una manera segura y ofrece ventajas de poder identificar y reparar otros defectos, sin complicaciones.

**Link video:** <https://www.youtube.com/watch?v=VbbbM7QpEM&feature=youtu.be>

### 02 - ID102

#### Corrección laparoscópica de eventración abdominal encarcelada asistida por robot

*Ricardo Cubides Nuñez, Juan David Hernández Restrepo, Alberto Ricaurte Aragón y Ricardo Nassar Bechara.*

Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá  
Cubides.ricardo@gmail.com

**Introducción:** La cirugía robótica, comparada con sus inicios, se está extendiendo a nuevas áreas de la cirugía mínimamente invasiva, como cuello y pared abdominal. Las hernias incisionales son un área especialmente atractiva por su creciente dificultad técnica. Presentamos el video de la reparación de una eventración de flanco izquierdo que había causado múltiples episodios de obstrucción intestinal.

**Objetivos:** Describir el empleo del sistema da Vinci en una paciente mayor con múltiples intervenciones previas, hipertensión arterial, hipotiroidismo y baja ingesta por dolor abdominal. Demostración de la técnica quirúrgica y de las decisiones tomadas de acuerdo a los hallazgos.

**Materiales:** Sistema da Vinci con tres instrumentos: pinza bipolar fenestrada, tijeras con energía monopolar, portaagujas.

**Resultados:** La paciente es una mujer de 78 años con antecedente de bypass gástrico, colecistectomía, eventroplastia con liberación de bridas y colocación de malla intraabdominal, retiro parcial de la malla por infección y abdominoplastia con necrosis de un segmento de la pared abdominal. Se obtuvo el cierre completo del defecto. Dado que la pared abdominal estaba adosada a la malla central no fue posible movilizar el peritoneo para poner la malla en posición extraperitoneal o retromuscular, que era el plan inicial, por lo que se colocó intrabdominal. La paciente evolucionó satisfactoriamente, con adecuado control del dolor, actualmente asintomática.

**Conclusiones:** La corrección de las hernias incisionales con asistencia del sistema da Vinci permite realizar acciones que por laparoscopia son demandantes, técnica o físicamente, aún en reconstrucción.

nes complejas de la pared abdominal con técnicas avanzadas, con beneficio para el paciente y el cirujano.

**Link video:** <https://youtu.be/VOcI25TKWyk>

## ENDOSCOPIA QUIRÚRGICA

### 02 - ID103

#### Manejo endoscópico de hernia ventral

*Jorge Daes, Andrés Hanssen, Erika Luque, Mónica Castro*  
Clínica Porto Azul  
Monicaastro424@gmail.com

**Introducción:** La diastasis de rectos abdominales, se define como una ampliación o ensanchamiento de la distancia interrectal, y no es una verdadera hernia, por ello no presenta riesgo de obstrucción intestinal. Predominantemente ocurre en la región supraumbilical, en mujeres se asocia a presencia de múltiples embarazos previos y puede coexistir con hernias de la línea media.

Tradicionalmente el manejo quirúrgico ha sido plicatura de los rectos vía abierta asociado a abdominoplastia.

**Objetivos:** Mostrar en un video diferentes maneras de abordar la corrección de diastasis asociado defectos herniarios de la línea media, en mujeres jóvenes, posterior al embarazo.

**Materiales:** Pacientes mujeres jóvenes, posterior a embarazo, en quienes se realizaron procedimientos, vía abierta y endoscópica, con y sin prótesis.

**Resultados:** Pacientes con evolución satisfactoria postoperatoria, sin evidencia de recidiva de diastasis y/o hernias.

**Conclusiones:** La corrección de diastasis de rectos abdominales es un procedimiento factible, seguro, reproducible, que aumentará a medida que evolucione el tiempo.

**Link video:** <https://www.youtube.com/watch?v=nvpgF4WP7Ew>

### 02 - ID104

#### Reconstrucción laparoscópica simplificada de estenosis biliar post traumática

*Daniel Gómez, Luis F Cabrera, Andrés Mendoza Zuchini, Mauricio Pedraza, Jean Pulido, Sebastián Sánchez y Diego Salcedo*

Universidad El Bosque  
Vesaliuso216@yahoo.com

**Introducción:** Las lesiones traumáticas del conducto biliar generalmente se presentan clínicamente como fugas biliares. Con menos frecuencia, un traumatismo en el conducto biliar puede dar lugar a una estenosis biliar. Debido a que estas lesiones tienden a ser sutiles, pueden pasar desapercibidas en el momento de la lesión. Los pacientes pueden tener una presentación tardía de la ictericia, con o sin dolor abdominal, y tales estenosis pueden confundirse con malignidad.

**Objetivos:** Mostrar el abordaje laparoscópico ante paciente con estenosis de la vía biliar secundaria a una lesión de vía biliar.

**Materiales:** Se hizo una revisión retrospectiva de la historia clínica y paraclínicos del paciente con hallazgo de estenosis de vía biliar, quien requirió manejo quirúrgico con técnica simplificada.

**Resultados:** El paciente tuvo una recuperación exitosa después del manejo quirúrgico con técnica simplificada, sin complicaciones post operatorias, con adecuada evolución clínica.

**Conclusiones:** Las estenosis biliares traumáticas son raras. Debido a la naturaleza sutil de la lesión inicial, la presentación clínica a menudo se retrasa. La presentación más común es la ictericia indolora y, como resultado, a menudo se piensa que estos pacientes tienen una neoplasia pancreática o biliar. Los hallazgos en la imagen abdominal son inespecíficos. Los hallazgos típicos son una estenosis biliar supra-pancreática y cepillados benignos. Una historia de traumatismo abdominal puede ayudar a confirmar el diagnóstico. El manejo mínimamente invasivo tiene una excelente tasa de éxito.

**Link video:** <https://www.youtube.com/watch?v=mun8UznQ68A>

## CIRUGÍA GASTROINTESTINAL

### 02 - ID105

#### Cirugía cooperativa para el manejo del GIST gástrico. Reporte de un caso

*Julian Senosiain, William Salamanca, Rafael Durango*  
Hospital Universitario de la Samaritana  
senosiain88@hotmail.com

**Introducción:** Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son una patología poco frecuente, que generalmente se encuentran en el estómago o intestino delgado proximal, sin embargo, se pueden encontrar en cualquier segmento del tracto gastrointestinal. Su manejo principalmente se basa en la resección quirúrgica, según su localización y tamaño.

**Objetivos:** Demostrar que la cirugía laparoendoscópica o cirugía cooperativa es un método efectivo para la localización de la lesión gástrica y así poder realizar una resección quirúrgica exitosa.

**Materiales:** Se presenta el caso clínico de un paciente de 22 años de edad quien debutó con hemorragia de vías digestivas altas con requerimiento de transfusión. En endoscopia de vías digestivas altas se evidenció masa gástrica de 2cm sobre la curvatura mayor; a su vez se practicó ecoendoscopia que confirmó la masa gástrica en esta localización. Se programó para cirugía laparoscópica con endoscopia intraoperatoria para localización de la lesión, y se realizó gastrectomía parcial por laparoscopia.

**Resultados:** Paciente quien es llevado a gastrectomía parcial por laparoscopia, con adecuada evolución postoperatoria, tolera vía oral, se da egreso a los 2 días. En control a los 15 días se encuentra el paciente con adecuada tolerancia a la vía oral. La patología demuestra un GIST de tipo epiteloide unifocal, con tamaño de 2x1.5cm, con menos de 5 mitosis en 5mm2 (Bajo grado), lo correspondiente a T1NoMo, Estadio IA.

**Conclusiones:** La cirugía cooperativa es una técnica quirúrgica adecuada, segura y con buenos resultados para los pacientes con GIST gástricos.

**Link video:** [https://youtu.be/\\_C8t2Z2IaOs](https://youtu.be/_C8t2Z2IaOs)

### 02 - ID106

#### Corrección de hernia hiatal tipo IV con prótesis biológica por laparoscopia

*Jesus Nazareth Vasquez Arango, Emma Cristina Gomez Trujillo, Angel Josue Diaz Alvarenga*  
Universidad El Bosque  
Emmacristy14@gmail.com

**Introducción:** Las hernias del hiato son un enorme reto para el cirujano, quien a menudo se enfrenta a las cuestiones referentes con la vía de acceso, el tipo de reparo, el uso o no de una prótesis y la presencia de un esófago corto.

**Objetivos:** Compartir opciones quirúrgicas para el manejo de hernia del hiato.

**Materiales:** Describimos la técnica quirúrgica laparoscópica de reparo de hernia recurrente del hiato tipo IV en un paciente con dos cirugías previas y el hallazgo intraoperatorio de esófago corto.

**Resultados:** Se realizó un abordaje laparoscópico con reparo de la hernia del hiato, gastroplastia de alargamiento esofágico según Collis con sutura mecánica y la colocación de pericardio bovino como malla biológica para refuerzo de los pilares.

**Conclusiones:** El reparo de una recurrencia de hernia del hiato tipo IV es posible por vía laparoscópica. Si el esófago intrabdominal es insuficiente debe adicionarse una gastroplastia de alargamiento esofágico. Las mallas biológicas puede utilizarse para el refuerzo de los pilares diafragmáticos.

**Link video:** <https://youtu.be/fBNCcZ4Msws>

### 02 - ID107

#### Enucleación laparoscópica de gastrinoma en proceso uncinado

*Ana Santos, Juan Hoyos, Jaime Díaz*  
Universidad de Cartagena  
amarisa2007@hotmail.com

**Introducción:** Una formación tumoral asociada a la sobreproducción de gastrina y la subsecuente hipersecreción de ácido gástrico, constituye el síndrome de Zollinger Ellison. El enfoque terapéutico se dirige a la resección tumoral, que en el 60-90% de

los casos suele ser maligno, y el control de la hipersecreción ácida.

**Objetivos:** Presentación de video de enucleación laparoscópica de gastrinoma en proceso uncinado.

**Materiales:** Paciente femenina de 18 años de edad, quien cursa con epigastralgia, pirosis, disfagia y pérdida de peso; evidencia endoscópica de úlceras gastroduodenales y estenosis esofágica con requerimiento de dilatación endoscópica y manejo con inhibidores de bomba de protones a altas dosis. Evolucionó con abdomen agudo quirúrgico debido a úlcera péptica perforada. En su postquirúrgico se orientan estudios bajo sospecha de síndrome de Zollinger Ellison y se evidencia hipergastrinemia y lesión tumoral de 2 cm en proceso uncinado. Fue sometida a enucleación de la lesión vía laparoscópica, sin complicaciones y mejoría sintomática.

**Discusión:** La tendencia en el manejo de la patología tumoral gastrointestinal, como es el caso de los gastrinomas, ha transcurrido hacia abordajes menos invasivos, como la enucleación y resección local. Considerando que pueden presentarse tumores pequeños, multifocales o la ausencia de su identificación en imágenes prequirúrgicas, el abordaje abierto suele ser el preferente. Sin embargo, con una adecuada selección de casos, la vía de abordaje laparoscópica plantea una alternativa en el manejo quirúrgico.

**Conclusiones:** El manejo quirúrgico del gastrinoma ha evolucionado desde grandes resecciones hasta la resección tumoral mediante enucleación. La cirugía mínimamente invasiva ha ido cobrando importancia en esta patología, sin detrimento de los resultados clínicos.

**Link video:** <https://youtu.be/OY9C6Iduuac>

## 02 - ID108

### Gastrectomía total mas linfadenectomía por laparoscopia para cáncer gástrico

*Juan Camilo Correa Cote, Alejandro Carvajal López, Fred Alexander Naranjo, Jaime Andres Montoya Botero*  
Hospital Pablo Tobón Uribe  
[jaimemontoya6@hotmail.com](mailto:jaimemontoya6@hotmail.com)

**Introducción:** La gastrectomía con linfadenectomía adecuada es el estándar de manejo quirúrgico para el cáncer gástrico.

**Objetivos:** Describir la realización de una gastrectomía total más linfadenectomía por laparoscopia para el manejo de adenocarcinoma gástrico avanzado.

**Materiales:** Video descriptivo de procedimiento.

**Resultados:** Se presenta un video paso a paso de la gastrectomía total por laparoscopia.

**Conclusiones:** La gastrectomía total mas linfadenectomía por laparoscopia es un procedimiento factible, la cual si es realizada por cirujanos entrenados, tiene desenlaces oncológicos similares a la gastrectomía abierta.

**Link video:** <https://youtu.be/6xU3QtYsX-E>

## 02 - ID109

### Gastroplastia de Collis por laparoscopia como manejo de esófago corto en hernia hiatal

*Julián Senosiain, Manuel Mosquera*  
Fundación CardioInfantil  
[senosiain88@hotmail.com](mailto:senosiain88@hotmail.com)

**Introducción:** Las hernias hiatales (HH) son un hallazgo frecuente para los radiólogos y gastroenterólogos. Aproximadamente el 40% de los pacientes con esta patología presentan complicaciones, entre estas la más controversial es la presencia de esófago corto. Se define como la imposibilidad de introducir la unión gastroesofágica al abdomen posterior a la reducción del contenido herniario. Para corregir esto existen técnicas quirúrgicas como la gastroplastia de Collis, con adecuados resultados para el paciente.

**Objetivos:** Demostrar que la gastroplastia de Collis por laparoscopia es una opción quirúrgica adecuada para el manejo de esófago corto en pacientes con hernias hiatales gigantes.

**Materiales:** Se presenta un paciente de 50 años de edad, con antecedente de HH tipo III gigante, además de púrpura trombocitopénica idiopática, quien inicia con dolor torácico y en estudios se diagnóstica hernia hiatal. Se realiza corrección de hernia

hiatal por laparoscopia en donde se evidencia esófago corto, con imposibilidad de introducir la unión gastroesofágica en la cavidad abdominal sin tensión, por lo que se decide realizar una técnica de alargamiento esofágico o Gastroplastia de Collis, y posteriormente colocación de malla antiadherente.

**Resultados:** Paciente presenta adecuada evolución postoperatoria, con resolución de sintomatología inicial y adecuada tolerancia a la vía oral.

**Conclusiones:** La Gastroplastia de Collis es una técnica de alargamiento esofágica útil en el escenario de hallazgo de esófago corto durante la corrección de hernia hiatal por laparoscopia. Es una técnica segura, con adecuados resultados para los pacientes que padecen esta patología.

**Link video:** <https://youtu.be/soJnZGb9JAE>

## 02 - ID110

### Leiomioma de Esófago – Resección por Toracoscopia

*Juan Camilo Ramirez, Adriana Córdoba, Alejandro Cruz*  
Hospital de San José  
[md.cruz.alejandro@gmail.com](mailto:md.cruz.alejandro@gmail.com)

**Introducción:** Los leiomiomas del esófago son tumores raros, aunque son la lesión benigna más común del esófago. Se originan en las células del músculo liso. Los síntomas se determinan principalmente por el tamaño del tumor y causan disfagia y / o dolor retroesternal. Sin embargo, la mayoría de los pacientes son asintomáticos. La cirugía se considera el tratamiento de elección; idealmente implica la enucleación del tumor, pero en ocasiones, según su ubicación, requiere esofagotomía y resección parcial de la mucosa

**Objetivos:** Presentar el abordaje toracoscópico y la variante de la enucleación transmucosa

**Materiales:** Se presenta un caso de leiomioma del esófago reseado por toracoscopia

**Resultados:** La resección del leiomioma del esófago se realizó por toracoscopia del lado derecho. El tiempo de la cirugía fue de 120 minutos. No hubo complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias. Al tercer día postoperatorio se inició dieta, posterior

a la realización de esofagograma, y al día siguiente se retiró el tubo de tórax. El paciente fue dado de alta el quinto día. La histopatología confirmó leiomioma.

**Conclusiones:** La cirugía toracoscópica para los leiomiomas del esófago es un procedimiento seguro. Presenta una baja tasa de complicaciones generales y una tasa de conversión a cirugía abierta, así como una estancia hospitalaria, menor en comparación con la enucleación clásica abierta. A pesar del requerimiento de esofagotomía y resección parcial de mucosa, no aumentó la morbilidad.

**Link del video:** <https://www.youtube.com/watch?v=TnLWGLpmPWI>

## 02 - ID111

### Manejo de obstrucción intestinal por laparoscopia

*Luis Enrique Becerra Coral, Yeiner Delgado, Luis Rodríguez Santander*

Hospital San Pedro, Pasto  
[luebeco2@hotmail.com](mailto:luebeco2@hotmail.com)

**Introducción:** La Obstrucción intestinal es una de las patologías de mayor reto quirúrgico cuando de laparoscopia se trata. Desde muchos años atrás, el estándar de oro para el abordaje de esta entidad es la laparotomía, dada la manipulación intestinal, posibles complicaciones y el manejo de las mismas, sin embargo, este concepto lentamente ha ido cambiando a medida que los cirujanos adquieren nuevas habilidades laparoscópicas avanzadas, y es por eso que mediante nuestra experiencia queremos demostrar que estamos bajo el lente de la actualidad.

**Objetivos:** Presentar un vídeo en el cual se evidencia nuestra preferencia y experiencia en la utilización de la técnica laparoscópica para el manejo de esta patología, obteniendo resultados seguros, eficaces, con menos riesgo de complicación, recidiva y estancia hospitalaria.

**Materiales:** Vídeo realizado mediante el uso de un computador portátil conectado a una video cámara, que se acopla al equipo de laparoscopia, el cual permite la grabación de todos los pasos durante la cirugía.

**Resultados:** La técnica laparoscópica en obstrucción intestinal tiene muy buenos resultados, inclusi-

ve ante eventual complicación, muy de la mano de la habilidad del profesional, y en aquellos pacientes en los cuales sea prudente y necesario la conversión a cirugía abierta, la laparoscopia permite que la incisión de la laparotomía pueda ser dirigida y limitada al sitio de la obstrucción.

**Conclusiones:** El abordaje laparoscópico en la obstrucción intestinal es factible de realizar en pacientes seleccionados, con menor estancia hospitalaria; inclusive los pacientes con comorbilidades y cirugías abdominales previas son buenos candidatos para un abordaje laparoscópico inicial.

Link video: <https://youtu.be/Tkj7mkQZZg>

## 02 - ID112

### Pancreatectomía distal más esplenectomía por laparoscopia para tratamiento de neoplasia quística del páncreas

*Julián Senosiain, Diego Valbuena, Alberto Roa, Alfonso Cruz*  
Hospital Universitario la Samaritana  
[senosiain88@hotmail.com](mailto:senosiain88@hotmail.com)

**Introducción:** Las neoplasias quísticas del páncreas son una patología infrecuente, que se diagnostican en su mayoría por hallazgos incidentales imaginológicos, sin embargo, en algunos casos presentan síntomas como dolor abdominal, pancreatitis recurrente, sensación de masa abdominal y síntomas de obstrucción con compresión extrínseca gástrica o duodenal. La importancia de esta patología es debido a su potencial malignidad, por lo que dependiendo del diagnóstico imaginológico se define el manejo quirúrgico.

**Objetivos:** Demostrar que la pancreatectomía distal más esplenectomía por laparoscopia es una opción eficaz y segura para el tratamiento de las neoplasias quísticas del páncreas.

**Materiales:** Se presenta una paciente con neoplasia quística mucinosa de cuerpo y cola de páncreas diagnosticada por resonancia magnética, quien presentaba dolor abdominal de varios meses de evolución.

**Resultados:** Se practica pancreatectomía distal más esplenectomía por vía laparoscópica. La paciente presenta adecuada evolución clínica, dren abdo-

minal del cual se toma muestra y se descarta fistula pancreática. La patología reporta neoplasia quística mucinosa.

**Conclusiones:** La resección pancreática por laparoscopia para las neoplasias quísticas es una vía segura y con buenos resultados para los pacientes, con menor tiempo y menor dolor en el postoperatorio.

Link video: <https://youtu.be/TWaKyJfE2m8>

## 02 - ID113

### Reparo por toracosopia de perforación esofágica posterior a dilatación endoscópica de anastomosis esofagoyeyunal

*Lina Maria Marroquin, German Rosero, Francisco Henao*  
Hospital Universitario San Ignacio- Pontificia Universidad Javeriana  
[Linamariamarroquin@gmail.com](mailto:Linamariamarroquin@gmail.com)

**Introducción:** Una perforación esofágica es una urgencia, con alta morbi-mortalidad principalmente por el riesgo de mediastinitis, neumonía, empiema y sepsis. Actualmente la causa más común de perforación esofágica es la iatrogenia, secundaria a la instrumentalización endoscópica del esófago. Una vez confirmada la perforación y cuando se ha establecido que el manejo es quirúrgico, la decisión del abordaje y tiempo se basan en: la localización de la lesión, la gravedad de la contaminación, la viabilidad del tejido, y el estado hemodinámico del paciente. En paciente hemodinámicamente estable el reparo primario por toracosopia representa una opción mínimamente invasiva para el manejo quirúrgico.

**Objetivos:** Presentar el tratamiento por toracosopia de una perforación esofágica tras dilatación endoscópica.

**Materiales:** Revisión de la historia clínica, material audio visual obtenido en la cirugía, revisión de la literatura.

**Resultados:** Paciente de 64 años de edad, conocida por el servicio de gastroenterología con antecedente de adenocarcinoma con célula en anillo de sello y gastrectomía total, en manejo de estenosis de anastomosis esofagoyeyunal, por lo que es llevada a dilatación endoscópica con balón. Durante retiro del balón la paciente realiza maniobras de Valsalva

con posterior sangrado intenso, por lo cual se revisa nuevamente esófago, encontrando perforación esofágica. Es llevada inmediatamente a esofagorrafia por toracoscopia izquierda. Posteriormente presenta adecuada evolución, sin signos de respuesta inflamatoria sistémica, cinedeglución normal, con adecuada tolerancia a la dieta y posterior egreso.

**Conclusiones:** La esofagorrafia por toracoscopia es una opción mínimamente invasiva, segura, eficaz, efectiva, para el reparo de perforaciones del esófago.

**Link video:** <https://youtu.be/UscWBNc5ZBg>

## CIRUGÍA BARIÁTRICA

### 02 - ID114

**Cirugía de revisión: conversión de manga gástrica a bypass gástrico de una anastomosis**

*Guillermo Borjas, Ali Urdaneta, Maria Gonzalez, Eduardo Ramos*

Centro Clínico La Sagrada Familia  
drguillermoborjas@hotmail.com

**Introducción:** Se trata de paciente femenina de 22 años de edad, con antecedente quirúrgico de manga gástrica laparoscópica hace 2 años, con evolución satisfactoria, sin embargo al tercer año refiere regancia de peso, por lo cual acude a consulta de cirugía bariátrica y metabólica donde se determinan sus parámetros antropométricos a saber; Talla 1,58 mt, Peso 83 kg, IMC 33 kg/m<sup>2</sup>, diagnosticándose Obesidad grado I con regancia de peso de 31%, por lo que se planifica cirugía de revisión.

**Objetivos:** Demostrar que la cirugía de conversión de manga gástrica a bypass gástrico de una anastomosis es técnicamente reproducible.

**Materiales:** Se realizan estudios preoperatorios incluyendo esofagograma contrastado y volumetría gástrica con reconstrucción 3D. La paciente fue llevada a cirugía mediante abordaje laparoscópico donde se ejecuta cirugía de conversión, realizando liberación de síndrome adherencial con bisturí armónico y confección de pouch gástrico y bypass gástrico de una anastomosis a 150cms del ángulo de Treitz con autosuturas.

**Resultados:** Presenta evolución postoperatoria satisfactoria, tolera líquidos a las 48 horas sin dificultad y es egresada. Se mantiene en buenas condiciones con pérdida de peso adecuada.

**Conclusiones:** Se muestra que la cirugía de conversión de manga gástrica a bypass gástrico de una anastomosis es técnicamente reproducible, con resultados seguros para el paciente.

**Link video:** <https://youtu.be/pEZjUP68n8A>

### 02 - ID115

**Cirugía de revisión: elongación de asa biliar y colocación de anillo en reservorio gástrico como alternativa quirúrgica por regancia de peso posterior a bypass gástrico en Y de Roux**

*Guillermo Borjas, Ali Urdaneta, Néstor Sánchez, María González, Eduardo Ramos*

Centro Clínico La Sagrada Familia  
drguillermoborjas@hotmail.com

**Introducción:** Se trata de una paciente femenina de 36 años de edad, con antecedente de bypass gástrico laparoscópico en Y de Roux con regancia de peso de 20 kg, equivalente a 41% del exceso de peso perdido. Se determinan parámetros antropométricos: Peso: 107 kg, Talla: 1.67 m, IMC: 38.3 kg/m<sup>2</sup> previa preparación preoperatoria. Se decide realizar cirugía de revisión

**Objetivos:** Demostrar que la elongación del asa biliar aumenta el efecto malabsortivo del bypass gástrico en Y de Roux en pacientes previamente intervenidos, mejorando así la pérdida de peso. Aunado a esto, colocar un anillo en pouch gástrico acentúa el efecto restrictivo del mismo.

**Materiales:** Se realizan estudios preoperatorios y la paciente es llevada a cirugía mediante abordaje laparoscópico donde se ejecuta cirugía de revisión colocación de anillo en pouch gástrico y elongación del asa biliar por vía laparoscópica.

**Resultados:** Evolución postoperatoria satisfactoria, tolera líquidos a las 48 horas sin dificultad y es egresada para manejo ambulatorio. Se mantiene en buenas condiciones con adecuada pérdida de peso de 12 kg en 3 meses, perdiendo más del 50% del peso ganado previamente y adecuado control metabólico.

**Conclusiones:** La elongación del asa biliar más colocación de anillo en pouch gástrico aumenta el efecto malbsortivo y restrictivo en la cirugía de revisión de bypass gástrico en Y de Roux, por lo que se demuestra su eficacia como alternativa quirúrgica.

**Link video:** [https://youtu.be/bEI\\_ID4zhAk](https://youtu.be/bEI_ID4zhAk)

## 02 - ID116

### Complicación catastrófica de una plicatura gástrica laparoscópica con fístula gastrocutánea

*Camilo Díaz, Julián Senosiain*

Hospital Universitario de la Samaritana  
senosiain88@hotmail.com

**Introducción:** La obesidad mórbida es un problema de salud pública cuya incidencia ha aumentado en los últimos años, trayendo con esto aumento en la prevalencia de otras patologías, razón por la cual la cirugía bariátrica ha ido en aumento con el fin de disminuir morbilidades asociadas a la obesidad. Entre estos procedimientos existen los restrictivos y malabsortivos, de los cuales se derivan una cantidad importante de posibles complicaciones.

**Objetivos:** Demostrar que algunos procedimientos de cirugía bariátrica, como la plicatura gástrica laparoscópica, son procedimientos de alto riesgo que pueden generar complicaciones catastróficas en los pacientes, y de igual manera, tienen alto riesgo de reganancia de peso.

**Materiales:** Se presenta el caso clínico de una paciente de 44 años de edad con obesidad mórbida grado II, a quien se practicó plicatura gástrica laparoscópica en otra institución y durante su postoperatorio presentó fístula gastrocutánea con colección en tejidos blandos, que generó shock séptico con hospitalización prolongada en cuidados intensivos. Se intentó cierre de la fístula por endoscopia sin éxito. Ingresó a nuestra institución 3 meses posterior a su primera intervención, fue llevada a laparoscopia diagnóstica con liberación de adherencias y conversión a manga gástrica con torsión gástrica, por lo que se decidió realizar gastrectomía total abierta con reconstrucción en Y de Roux.

**Resultados:** Paciente con complicación catastrófica de plicatura gástrica, a quien en cirugía se intenta

realizar conversión a manga gástrica con evidencia mediante endoscopia intraoperatoria de torsión gástrica por lo que se define realizar gastrectomía total. Posteriormente en revisión se observa fuga de anastomosis esofagoyeyunal, por lo que se decide corrección de la misma con implante de stent metálico parcialmente recubierto en la anastomosis.

**Conclusiones:** La plicatura gástrica es un procedimiento de cirugía bariátrica que no es seguro para los pacientes ya que presenta complicaciones catastróficas como la que se muestra en este caso.

**Link video:** <https://youtu.be/RB-PCWbyg7w>

## 02 - ID117

### Reversión laparoscópica de bypass gástrico a la anatomía normal

*Julieta Correa R, Juan P Toro, Jesús Vásquez*

Universidad de Antioquia  
julicore2003@gmail.com

**Introducción:** El bypass gástrico en Y Roux (BGRY) se asocia a excelente pérdida de peso y control metabólico a largo plazo. Las complicaciones nutricionales severas son muy infrecuentes, pero en ocasiones implican la necesidad de cirugía de revisión, e incluso de reversión a la anatomía normal.

**Objetivo:** Ilustrar la técnica quirúrgica de la reversión del bypass gástrico en Y Roux

**Materiales:** Video que presenta la reversión laparoscópica de un bypass gástrico en Y Roux a la anatomía normal debido a complicaciones nutricionales intratables.

**Resultados:** Paciente de 29 años de edad, con antecedente de bypass gástrico en Y Roux, quien presenta complicaciones nutricionales severas y dumping sin respuesta a múltiples tratamientos. Se realiza por vía laparoscópica liberación de adherencias, desmonte de anastomosis y restitución de la anatomía gastrointestinal normal. Presenta adecuada evolución y recuperación nutricional. Se tiene la experiencia de 6 reversiones adicionales con resultados adecuados, sin reganancia de peso.

**Conclusiones:** La reversión de bypass gástrico en Y Roux a la anatomía normal por laparoscopia es

una opción viable y necesaria en casos muy seleccionados, principalmente por desnutrición e hipoglicemias severas.

**Link video:** [https://youtu.be/xOpFSa\\_KYuE](https://youtu.be/xOpFSa_KYuE)

## 02 - ID118

### **Gastrectomía vertical (manga gástrica) por laparoscopia en paciente con obesidad morbida y situs inversus totalis. Reporte de un caso**

*Fredy Romaña Mosquera, Marlon Espinosa, Felipe Beltrán, Luis Herrera, Arturo Hernández, Dairo Salazar.*

Universidad de Cartagena  
fredy.romamos@hotmail.com

**Introducción:** El Situs inversus totalis es una condición relativamente rara, encontrada en aproximadamente 1 de cada 5,000 a 20,000 personas. Es un defecto congénito autosómico recesivo en el que un órgano abdominal y / o torácico se posiciona como "imagen de espejo" de la posición normal en plano sagital. Desde 2015 cuando reportaron el primer caso de cirugía bariátrica laparoscópica para paciente con Situs inversus totalis, hemos visto más pacientes llevados a cirugías realizadas exitosamente. Presentamos un caso, primero reportado en Colombia.

**Objetivos:** Evidenciar la aplicabilidad segura de cirugía bariátrica en pacientes con situs inversus.

**Materiales:** Presentamos el caso de paciente masculino de 46 años de edad, con índice de masa corporal de 39.1 kg/m<sup>2</sup>, quien ingresa a nuestro programa de cirugía bariátrica a tratarse por obesidad mórbida. Como historial refería hipertensión arterial, Diabetes mellitus 2 y Situs inversus totalis. En el preoperatorio la radiografía torácica evidenció dextrocardia, la esófago-gastro-dudenosocopia fue reportada normal, situs inversus; y el ecocardiograma normal.

**Resultados:** Tiempo quirúrgico de 120 min, evolucionando satisfactoriamente, toleró vía oral a las 6 horas, y fue dado de alta 24 horas de postquirúrgico. En control ambulatorio, con adecuada evolución y pérdida peso 11 kg al día 17.

**Conclusiones:** El Situs inversus asociado a obesidad es una condición rara, que tiene un riesgo cardiovascular elevado similar en población general,

convirtiendo estos pacientes candidatos para cirugía bariátrica de forma segura. Para el cirujano esta condición genera un desafío adicional, que se reduce y controla adecuadamente conociendo la anatomía en espejo del Situs inversus totalis, por esto los estudios prequirúrgicos (radiografía de tórax, endoscopia digestiva alta, ecocardiograma) son importantes para el planteamiento quirúrgico y lograr el procedimiento sin contratiempos.

**Link video:** <https://youtu.be/F71o4xjSaEo>

## COLON Y RECTO

### 02 - ID119

#### **Hartmann laparoscópico de emergencia en el paciente crítico**

*Daniel Gómez, Felipe Cabrera, Andrés Mendoza, Diego Salcedo, Jean Pulido, Sebastián Sánchez, Mauricio Pedraza*

Universidad El Bosque  
Sebastian\_9324@hotmail.com

**Introducción:** El uso de laparoscopia en escenarios complejos, como es la realización de colostomía tipo Hartmann por laparoscopia en el paciente crítico, ha demostrado con éxito disminución en el íleo postoperatorio, duración de la estancia hospitalaria, dolor postoperatorio, infección del sitio quirúrgico y hernia ventral en comparación con un abordaje abierto. Por lo cual nos permitimos mostrar un caso en donde se evidencia nuestra experiencia en la realización de Hartmann laparoscópico de emergencia en el paciente crítico.

**Objetivos:** Mostrar nuestra experiencia en la realización de Hartmann laparoscópico de emergencia en el paciente crítico.

**Materiales:** Se presenta el caso de una paciente femenina de 37 años de edad, quien consulta al servicio de urgencias por cuadro de obstrucción intestinal secundaria a una adherencia casi volvular de un dolicosigmoide. Al momento de la valoración en choque séptico, es llevada a salas de cirugía en donde se realiza una revisión sistemática de la cavidad por laparoscopia visualizando perforación del colon sigmoide con peritonitis Hinchey 3. Se realiza un procedimiento de Hartmann laparoscópico de

emergencia. El reporte de la patología descarta patología neoplásica y evidencia necrosis transmural del sigmoide con perforación, sin otros hallazgos.

**Resultados:** El Hartmann procedimiento de laparoscópico de emergencia es un reto para el cirujano debido al proceso inflamatorio que involucra el colon y las estructuras adyacentes, lo que dificulta la cirugía debido a planos tisulares mal definidos, pero que genera beneficios en el paciente crítico.

**Conclusiones:** El procedimiento de Hartmann laparoscópico de emergencia es efectivo y seguro para el manejo del paciente crítico en choque séptico de origen abdominal, disminuyendo las comorbilidades asociadas al abordaje abierto.

**Link video:** <https://www.youtube.com/watch?v=cDddFQgTR8I&feature=youtu.be>

## 02 - ID120

### Hemangioma de recto sigmoide

*Jesús Cure, Jarib Álvarez, Diego Dussán*

Universidad Libre seccional Barranquilla - Clínica del Caribe, Barranquilla  
diegoaleoooo@hotmail.com

**Introducción:** Paciente de 18 años de edad, quien ingresa por hematoquezia de 3 días de evolución. Al ingreso presenta hemoglobina de 5,8 gr/dL. Posterior a estabilización hemodinámica y mediante estudios de colonoscopia y resonancia magnética se documenta hemangioma de recto-sigmoides, ante lo cual es llevado a intervención quirúrgica por videolaparoscopia.

**Objetivos:** Presentar un caso de resección de lesión recto sigmoidea y rectal realizada por videolaparoscopia.

**Materiales:** Documentación de la historia clínica y video del procedimiento quirúrgico realizado al paciente.

**Resultados:** Resección por medio de videolaparoscopia de hemangioma en recto-sigmoides con anastomosis terminoterminal con grapadora mecánica.

**Conclusiones:** El hemangioma de recto-sigmoides es una rara patología (Frecuencia de 1 por cada

1500 personas. Incidencia 0,06%), consistente en una malformación congénita vascular y de mayor frecuencia en hombres (1,5:1). Su principal síntoma es el sangrado digestivo bajo. Siempre se debe realizar una adecuada anamnesis, exploración clínica, endoscópica e imaginológica para llegar a este diagnóstico. Aunque se han descrito manejos médicos los cuales brindan mejoría temporal, el tratamiento curativo continúa siendo la resección quirúrgica completa de la lesión, la cual es presentada en este caso.

## 02 - ID121

### Linfadenectomía D3 en cáncer de colon derecho

*Juan Camilo Correa Cote, Alejandro Carvajal López, Fred*

*Alexander Naranjo, Jaime Andres Montoya Botero*

Hospital Pablo Tobón Uribe

jaimemontoya6@hotmail.com

**Introducción:** Se ha postulado que la linfadenectomía D3 en cáncer de colon logra obtener un mayor número de ganglios en piezas de colectomía, menores tasa de recidiva locorregional, menor morbilidad y aumento de supervivencia global relacionada con cáncer

**Objetivos:** Describir la realización de una linfadenectomía D3 en el caso de una paciente con adenocarcinoma de colon derecho

**Materiales:** Se presenta el caso de una paciente a quien se le realiza linfadenectomía D3

**Resultados:** Se realizó linfadenectomía de la arteria mesentérica superior en una hemicolectomía derecha

**Conclusiones:** La linfadenectomía de la arteria mesentérica por vía laparoscopia es una técnica factible de realizar en centros de experiencia.

**Link video:** <https://youtu.be/bfOcEYkFn-w>

## HEPATOBILIAR

## 02 - ID122

### Anastomosis pancreatoyeyunal tipo Blumgart modificada vía laparoscópica

*Oscar Palacios R., Diego Dávila M., Ossian Fuentes D.*

Clínica CES Medellín. Universidad Militar Nueva Granada  
ossianfuentes@gmail.com

**Introducción:** La fistula pancreática postoperatoria sigue siendo una complicación frecuente, a pesar de que se han desarrollado múltiples técnicas para la reconstrucción. La técnica de Blumgart implica la realización de una anastomosis pancreatoyeyunal, ducto-mucosa.

**Objetivos:** Presentar la técnica quirúrgica para una anastomosis tipo Blumgart modificada en una mesopancreatectomía laparoscópica.

**Materiales:** Se seleccionó un paciente adulto, con una neoplasia quística del páncreas sintomática, candidato a una mesopancreatectomía. Se realizó por vía laparoscópica con anastomosis tipo Blumgart modificada, idéntica a la realizada rutinariamente en duodenopancreatectomía cefálica y se evaluaron los resultados intra y postoperatorios.

**Resultados:** Se realizó el procedimiento sin complicaciones postoperatorias inmediatas, tiempo quirúrgico 4 horas, sangrado intraoperatorio aproximado 100 cc, estancia en cuidados especiales 1 día y hospitalaria total 3 días. Presencia de fuga bioquímica a través de drenaje abdominal, sin repercusión clínica y retiro del drenaje al día 8.

**Conclusiones:** La técnica de Blumgart es reproducible por laparoscopia, conservando los beneficios de recuperación rápida y disminución de dolor postoperatorio, característicos de la cirugía mínimamente invasiva.

**Link video:** <https://youtu.be/7SKjJL9oSAM>

## 02 - ID124

**Laparoscopic Dormia Basket retrieval via choledochotomy plus primary closure using three ports: Case report of a hooked Dormia basket in the left hepatic duct during ERCP**

*Daniel Gómez, Andrés Mendoza, Luis F Cabrera, Mauricio Pedraza, Jean Pulido, Sebastián Sánchez, Hernando Kuan*  
Centro Policlínico Olaya  
japsi493@gmail.com

**Introduction:** Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) with endoscopic sphincterotomy (ES) and stone extraction with Dormia

basket or balloon catheters is the best choice for management of choledocholithiasis. Recently, some uncommon complications associated with these conventional techniques have been recognized, such as the retention of the Dormia basket inside the bile duct or its rupture associated with complicated choledocholithiasis.

**Objectives:** Show a laparoscopic management of a Dormia basket retrieval via choledochotomy with primary closure.

**Materials:** Retrospective review of the clinical and paraclinical history of patients admitted to the emergency room of Centro Policlínico Olaya, and a review of the literature.

**Results:** Successful retrieval performed by a three-port technique, with choledochotomy, basket extraction from the left hepatic duct, stone extraction, cholecystectomy and primary closure of the bile duct in an only one surgical time.

**Conclusions:** The laparoscopic approach for the management of the infrequent complications of the ERCP like the Dormia basket retention with a three-port technique plus primary closure of the bile duct is safe and reliable, besides of the higher results versus the open approach or similar to the conventional laparoscopic method similar to the endoscopic techniques in experienced hands.

**Link video:** <https://youtu.be/oGGQqYuekrY>

## 02 - ID125

**Reconstrucción biliodigestiva por laparoscopia con duodenectomía y preservación de páncreas después de una coledocoduodenostomía abierta fallida**

*Daniel Gómez, Andrés Mendoza Zuchini, Luis Felipe Cabrera, Diego Salcedo, Mauricio Pedraza, Sebastián Sánchez, Jean Pulido Segura*  
Universidad El Bosque  
andreszuchini@hotmail.com

**Introducción:** Las reconstrucciones de vía biliar constituyen un reto para el cirujano. Una de las clasificaciones comúnmente usada es la de Strasberg, la cual determina el nivel y la severidad de la lesión. Dependiendo del tipo de la lesión, la edad del pa-

ciente y los hallazgos intraoperatorios se determina el tipo de reconstrucción de la vía biliar, siendo la más común la hepaticoyeyuno anastomosis en Y de Roux.

**Objetivos:** Mostrar la reconstrucción de la vía biliar con duodenectomía, preservación de páncreas, en un asa con hepaticoyeyunostomía y gastroyeyunostomía

**Materiales:** Se analizaron los resultados clínicos quirúrgicos en una paciente de 56 años de edad sometida a reconstrucción de la vía biliar con hepaticoyeyunostomía y reconstrucción del tránsito gastrointestinal con gastroyeyunostomía en una sola asa, con duodenectomía, posterior a una coledoco-duodenostomía fallida abierta por lesión de vía biliar, asociada a una fistula colovesical manejada con resección y anastomosis colónica.

**Resultados:** La evolución postoperatoria de la paciente fue satisfactoria, con adecuada tolerancia a la vía oral a las 24 horas posterior a la cirugía, el dren abdominal fue retirado a los 15 días por una fuga biliar con drenaje de 50 cc y disminución progresiva hasta la no producción, la estancia hospitalaria fue de 5 días cumpliendo tratamiento antibiótico y no se documentaron complicaciones adicionales

**Conclusiones:** La reconstrucción laparoscópica de la vía biliar con duodenectomía y preservación de páncreas, como reintervención a una coledoco-duodenostomía abierta fallida, demostró excelentes resultados clínico quirúrgicos en condiciones adversas intraoperatorias.

**Link video:** <https://www.youtube.com/watch?v=22SrYWcWWOw>

## 02 - ID126

### Resección de quiste del colédoco con coledocolitiasis vía laparoscópica y reconstrucción de vía biliar con técnica simplificada

*Daniel Gómez, Andrés Mendoza, Luis F Cabrera, Mauricio Pedraza, Jean Pulido, Sebastián Sánchez, Manuel Arrieta*  
Centro Policlínico Olaya  
andreszuchini@hotmail.com

**Introducción:** Los quistes del colédoco son dilataciones quísticas raras del árbol biliar y se asocian

a colangitis, estenosis ductal, formación de cálculos y riesgo importante de transformación maligna. Los quistes Todani tipo I son aquellos quistes que comprometen el colédoco y conducto hepático común. Históricamente el tratamiento quirúrgico fue cistoenterotomía, sin embargo, la estrategia quirúrgica actual es la resección completa del quiste. Se ha demostrado la seguridad de la cirugía mínimamente invasiva en este tipo de quistes, aunque la mayoría de los casos son descritos en población pediátrica.

**Objetivos:** Descripción de cirugía laparoscópica mínimamente invasiva en el caso de una paciente adulta con quiste de colédoco Todani tipo I y sus resultados.

**Materiales:** Paciente femenina de 25 años de edad, con antecedente de colecistectomía y CPRE fallida, quien presentó síndrome biliar obstructivo. Se documentó durante colangiografía, un quiste de colédoco Todani tipo I, por lo que se decidió llevar a una reconstrucción simplificada del quiste del colédoco con hepaticoyeyunostomía más reconstrucción en Y de Roux.

**Resultados:** La cirugía fue realizada completamente por laparoscopia. El tiempo operatorio fue de 150 minutos, con sangrado aproximado de 20 cc. La vía oral se inició en el primer día posoperatorio y el egresó al segundo día, sin complicaciones intrahospitalarias ni en seguimiento a los 2 meses.

**Conclusiones:** Nuestra técnica laparoscópica simplificada de resección de quistes de colédoco con hepaticoyeyunostomía más reconstrucción en Y de Roux parece ser una técnica efectiva, segura, con ventajas en la rapidez y disminución de complicaciones, lo que la hace una excelente alternativa en el manejo de esta patología.

**Link video:** <https://youtu.be/InYJB83qGdE>

## 02 - ID127

### Situs ambiguo en una colecistectomía laparoscópica

*John Alexander Mancilla, Nayib De Jesus Zurita, Ricardo Liendo Herrera*  
Universidad del Sinú, Cartagena  
drliendoherrera@gmail.com

**Introducción:** Las alteraciones del situs son un grupo de raras malformaciones genéticas que consisten en la posición anómala de los órganos toracoabdominales con respecto a la línea media, las cuales pueden pasar inadvertidas en los individuos que las presentan, tomando importancia en el ámbito quirúrgico, como en este caso presentado en una paciente llevada a cirugía electiva para colecistectomía laparoscópica por antecedente de colelitiasis.

**Objetivos:** Documentar un caso de situs inversus evidenciado en una paciente que fue llevada a colecistectomía laparoscópica por colelitiasis.

Describir mediante video el abordaje y manejo quirúrgico de una colecistectomía laparoscópica electiva realizada en una paciente a quien durante el acto quirúrgico se le identifica situs inversus.

**Materiales:** Bajo consentimiento de la paciente, se utiliza video el cual fue grabado por equipo de laparoscopia de la clínica Medihelp de la ciudad de Cartagena, Bolívar, mientras se le practicaba colecistectomía laparoscopia; el video fue editado con el programa Windows Movie Maker.

**Resultados:** Se logra identificar un caso de situs inversus intraoperatorio durante colecistectomía laparoscópica, describiéndose características propias de esta malformación tales como: posición a la derecha del estómago y bazo, hígado y la vesícula biliar; de la misma manera se procede a continuar con procedimiento quirúrgico planteado el cual transcurre sin alteraciones.

**Conclusiones:** Es importante conocer las alteraciones del situs dado que, aunque son entidades poco frecuentes pueden llegarse a presentar durante el acto quirúrgico exigiendo al cirujano en su ejercicio; reconociendo y comprendiendo estas afecciones derivará en abordajes y manejos quirúrgicos más seguros, con resultados esperados.

**Link video:** <https://youtu.be/ao9DMzTviXA>

## 02 - ID128

### Vesícula aberrante (sinistraposición)

*Nayib zurita Medrano, Ricardo Liendo Herrera, David Sánchez Agualimpia*

Universidad del Sinú

[drliendoherrera@gmail.com](mailto:drliendoherrera@gmail.com)

**Introducción:** Descrita por Hochstetter primera vez en 1886, quien definió como característica principal de esta patología la ubicación de la vesícula biliar entre los segmentos hepáticos III y IV o en el III, sigue siendo una rara anomalía. En esta condición, la vesícula se encuentra a la izquierda del ligamento falciforme, sin cursar con situs inversus, sin embargo presenta una hipoplasia de lóbulo derecho hepático. Tiene una prevalencia de 0,3 %. En un principio, se dudó de la seguridad de la colecistectomía laparoscópica en casos de 'sinistraposición', debido a la variabilidad anatómica de la vía biliar; sin embargo, se han informado casos que documentan la colecistectomía laparoscópica segura en estos pacientes. Como era de esperar, en estos informes se hace hincapié en la identificación y manejo de la anatomía de la vía biliar y, si existen dudas, se recomienda practicar una colangiografía intraoperatoria-

**Objetivos:** Describir mediante video el abordaje y manejo quirúrgico de la sinistraposición de la vesícula.

Evaluar la efectividad de la colecistectomía laparoscópica en pacientes con variante anatómica de la vía biliar

**Materiales:** Bajo consentimiento del paciente, se utiliza video el cual fue grabado por equipo de laparoscopia de la clínica Medihelp de la ciudad de Cartagena, Bolívar, mientras se le practicaba colecistectomía laparoscopia programada. El video fue editado con el programa Windows Movie Maker.

**Resultados:** Se logró identificar la vesícula biliar así como la hipoplasia del lóbulo hepático derecho, describiéndose completamente la variante anatómica del posicionamiento de la misma y su vía biliar sin alteración. Se procede a continuar procedimiento quirúrgico planteado.

**Conclusiones:** La colecistectomía laparoscópica es un procedimiento igual de seguro que la cirugía abierta en los casos de vesícula biliar a la izquierda sin situs inversus, por lo cual esta patología no contra-indica la técnica quirúrgica mínimamente invasiva.

**Link video:** <https://youtu.be/xvdoZSxv9ik>

## VASCULAR

### 02 - ID129

#### Reparación endovascular de aneurisma de arteria iliaca común con fistula ilio-iliaca

Oscar G. Hernández, Diego Felipe Téllez Beltrán, Alejandro González Muñoz

Pontificia Universidad Javeriana - Hospital Universitario San Ignacio  
diegotellez6@gmail.com

**Introducción:** El aneurisma de arteria iliaca común con fistula ilio-iliaca es una patología infrecuente en la literatura, sin casos reportados de manejo endovascular en este tipo de alteraciones.

**Objetivos:** Exponer nuestra experiencia en manejo de patología vascular compleja por vía endovascular, mostrando desenlaces favorables en el paciente y presentar el caso de una paciente con esta patología infrecuente.

**Materiales:** Caso clínico, con presentación de tomografía contrastada y arteriografía pre y postoperatoria.

**Resultados:** Paciente de 82 años de edad, con presencia de aneurisma de arteria iliaca común sintomático, en quien se documentó presencia de fistula ilio-iliaca a través de TAC contrastada. Se practicó un abordaje endovascular, tanto del aneurisma como de la fistula.

**Conclusiones:** En esta paciente con patología vascular compleja el abordaje endovascular mostró resultados favorables, sin la presentación de complicaciones perioperatorias.

## ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA

### 02 - ID130

#### Cirugía de citorreducción más HIPEC para tratamiento de pseudomixoma peritoneal de alto volumen. Unidad Funcional Cáncer Adultos - Clínica Somer

María Clara Arroyave, Sergio Díaz, Fredy Quintero, José Ricardo Lozano, Carlos Alberto Hernández Rincón

Clínica Somer, Rionegro - Antioquia  
cxoncologica@clinicasomer.com

**Introducción:** La carcinomatosis peritoneal es el resultado de la diseminación de células malignas en la cavidad abdominal, ya sea por un tumor de origen primario del peritoneo o secundario a la progresión locorregional de un tumor de localización abdominal o pélvica. La cirugía de citorreducción asociada a la quimioterapia hipertérmica intraperitoneal es la única estrategia terapéutica con intención curativa para un grupo específico de neoplasias del peritoneo que ha demostrado beneficios en sobrevida global, sobrevida libre de enfermedad y calidad de vida. Antes del advenimiento de este tratamiento multidisciplinario, los pacientes con carcinomatosis peritoneal solo tenían opciones de tratamiento paliativo de corto plazo, con deterioro marcado de su condición general y calidad de vida.

**Objetivos:** Presentar el video quirúrgico de una cirugía de citorreducción más HIPEC en un paciente con diagnóstico de pseudomixoma peritoneal.

**Materiales:** Paciente de sexo masculino de 62 años de edad, atendido en la Unidad Funcional de Cáncer Adultos de la Clínica SOMER, con diagnóstico de pseudomixoma peritoneal, con cuadro clínico de 1 año de aumento del perímetro abdominal, asociado a pérdida de peso de 15 kg. Se realizó citología del líquido ascítico que reportó población de células de aspecto mucosecretor. En las imágenes tomográficas se evidenció presencia de pseudomixoma peritoneal de alto volumen con compromiso de todos los cuadrantes. Fue presentado en comité multidisciplinario y se decidió realizar cirugía de citorreducción más HIPEC.

**Resultados:** Paciente con índice de carcinomatosis peritoneal (PCI) de 39, a quien se realizó cirugía de citorreducción más HIPEC, sin complicaciones quirúrgicas asociadas. El tiempo operatorio fue de 910 minutos. Se muestra en este video las técnicas de peritonectomía y resecciones que aplican para obtener una citorreducción completa.

**Conclusiones:** La cirugía de citorreducción más HIPEC es un procedimiento quirúrgico de alta complejidad que requiere la participación de un equipo multidisciplinario entrenado y comprometido con el paciente oncológico avanzado. Aunque los pro-

cedimientos de peritonectomía y resección multiorgánica son técnicamente complejos, son factibles y seguros cuando se realizan por manos expertas.

**Link video:** <https://youtu.be/u3iCyADZIBo>

## TRAUMA

### 02 - ID131

#### Cirugía laparoscópica en trauma abdominal penetrante

*Daniel Gómez, Felipe Cabrera, Andrés Mendoza, Jean Pulido, Sebastián Sánchez, Mauricio Pedraza*  
Universidad El Bosque  
japs1493@gmail.com

**Introducción:** Con el advenimiento de nuevas tecnologías, el perfeccionamiento de técnicas ha permitido el uso de laparoscopia en escenarios complejos como el trauma penetrante de abdomen; sin embargo, existen grandes controversias en este campo por lo cual nos permitimos mostrar un caso en donde se evidencia el manejo laparoscópico del trauma penetrante de abdomen.

**Objetivos:** Demostrar que el trauma abdominal penetrante, en paciente hemodinámicamente estable, se puede manejar por laparoscopia, sin aumentar la morbimortalidad.

**Materiales:** Se presenta el caso de un paciente masculino de 31 años de edad, quien consulta al servicio de urgencias por una herida por arma corto punzante en región toracoabdominal. Al momento de la valoración estaba hemodinámicamente estable. Fue llevado a salas de cirugía en donde se hizo una revisión sistemática de la cavidad abdominal para descartar heridas abandonadas; asimismo se revisó la transcavidad de los epiplones, con resultados satisfactorios.

**Resultados:** La cirugía mínimamente invasiva en trauma tiene utilidad diagnóstica y terapéutica, con beneficios asociados como menos morbilidad, como se evidencio en nuestro caso. Sin embargo, es necesario que el personal esté entrenado en laparoscopia y que se escoja al paciente indicado.

**Conclusiones:** La laparoscopia es efectiva y segura para el manejo del trauma penetrante de abdomen por arma corto punzante, en el escenario del paciente hemodinámicamente estable, en manos de personal adecuadamente entrenado.

**Link video:** <https://youtu.be/lJrVlCe7Ero>

### 02 - ID132

#### Uso de REBOA y de esternotomía en trauma penetrante del torso

*Cristhian Miranda Salas, Edison Angamarca, José Julián Serina, Carlos Ordoñez*  
Universidad del Valle - Hospital Universitario del Valle  
cmirandasalas@hotmail.com

**Introducción:** La hemorragia del torso es la principal causa de muerte asociada al trauma. Esto ha llevado al desarrollo de nuevos dispositivos para el control hemorrágico y uno de estos es el REBOA.

**Objetivos:** Describir el caso de un paciente con trauma penetrante de torax multiple, quien fue llevado a cirugía, en donde se hace inserción de REBOA

**Materiales:** Reporte de caso en video, de paciente con heridas por proyectil de arma de fuego en torax y manejo en urgencias, con inserción de REBOA.

**Resultados:** Hombre de 17 años de edad, quien ingresó a Urgencias con tres heridas por proyectil de arma de fuego en torso anterior y posterior, con signos vitales de: TA: 90/60 mmHg, FC: 150/min, FR: 40/min. E-FAST: positivo abdominal, dudoso en foco pericárdico y hemoneumotórax bilateral. Se inició protocolo de transfusión masiva y se pasó a la sala de cirugía donde se insertó el REBOA insuflado en zona I y posteriormente se practicó toracostomía bilateral obteniendo 1000 ml de hemotórax izquierdo y neumotórax derecho.

En la laparotomía mediana se encontró trauma hepático grado III en los segmentos VII y VIII, que se empaquetaron; con ventana pericárdica transdiafragmática positiva a través de la cual se libera el taponamiento cardíaco de 200 ml. Se realizó esternotomía, se reparó una herida de 3 cm en el ápice del

ventrículo derecho en su cara postero inferior grado III. Se aperturó las pleuras, drenando hemotórax derecho de 200 ml y reparando lesiones pulmonares grado III en el lado izquierdo, se finalizó con cierre del esternón.

**Conclusiones:** El REBOA es una herramienta de gran utilidad y eficaz en pacientes con shock y trauma penetrante de tórax.

**Link video:** <https://www.youtube.com/watch?v=kSgGxGmGnP8&feature=youtu.be>

## MÍNIMAMENTE INVASIVA

### 02 - ID133

**Cirugía mínimamente invasiva en abdomen hostil: cierre de colostomía tipo Hartmann por vía laparoscópica y anastomosis con sutura mecánica lineal intracorporea**

*Daniel Gomez, Luis F Cabrera, Mauricio Pedraza, Jean Pulido, Sebastián Sánchez, Andrés Mendoza*

Universidad El Bosque

Luis.felipe.cabrera@hotmail.com

**Introducción:** El principal obstáculo para el cierre de las colostomías tipo Hartmann por laparoscopia en los pacientes con abdomen hostil, secundario a múltiples cirugías previas, son las adherencias, las cuales aumentan el riesgo de lesión de órganos vecinos, dificultan la exposición del campo operatorio y evitan la identificación crítica de las estructuras anatómicas, haciendo de este un procedimiento aún más complejo.

**Objetivos:** Mostrar que el cierre de colostomía tipo Hartmann laparoscópico en pacientes con cirugías previas es posible en manos expertas, con resultados favorables para el paciente.

**Materiales:** Se realizó por vía laparoscópica una liberación amplia de adherencias abdominales posoperatorias, iniciando con un puerto de Palmer en el flanco izquierdo, con liberación extensa de adherencias, disección y desmonte de la colostomía tipo Hartmann y anastomosis intracorporea con sutura mecánica lineal.

**Resultados:** Paciente femenina de 22 años de edad, con antecedente de abdomen abierto por peritonitis

fecal por vólvulos del sigmoide. Tiempo quirúrgico de 70 minutos, sangrado 10 cc, no reintervenciones, no fuga anastomótica posoperatoria, no mortalidad y estancia hospitalaria de 3 días, sin necesidad de unidad de cuidado intensivo.

**Conclusiones:** El paso de mayor complejidad en el cierre de colostomía tipo Hartmann laparoscópico en pacientes con cirugía abdominal previa es la creación del neumoperitoneo y la liberación extensa de adherencias para la obtención de un campo operatorio adecuado, ya que el abordaje laparoscópico en este tipo especial de pacientes no ha demostrado aumentar el sangrado ni las complicaciones perioperatorias en manos expertas.

**Link video:** [https://youtu.be/OLDOL4T5Z\\_M](https://youtu.be/OLDOL4T5Z_M)

### 02 - ID134

**Malrotación intestinal con porta preduodenal en paciente adulta. Manejo laparoscópico**

*Andrés Felipe Duque Suárez José Eduardo Agamez Fuentes, Walter David Romero Espitia, Juan Pablo Toro Vásquez*

Universidad de Antioquia

andresduke1@gmail.com

**Introducción:** Se presenta el manejo laparoscópico de una malrotación intestinal con porta preduodenal en una paciente adulta, lo cual corresponde a una patología de muy rara ocurrencia en este grupo etario.

**Objetivos:** Presentar y analizar el caso, realizando una descripción de la técnica quirúrgica.

**Materiales:** Reporte de caso, demostración del procedimiento quirúrgico y los hallazgos en video.

**Resultados:** Paciente de 19 años de edad, con 5 meses de evolución de dolor abdominal tipo cólico, en epigastrio, que la despertaba en las noches; además con saciedad temprana, emesis biliar con la cual mejoraba el dolor, progresando hasta la intolerancia a la vía oral y pérdida de 10 Kg de peso. Con endoscopia que demostró reflujo biliar/intestinal, marcada dilatación duodenal, pangastritis congestiva y esofagitis erosiva, sin signos endoscópicos de gastroparesia. La TAC de abdomen y el tránsito intestinal mostraron malrotación intestinal. Fue llevada a cirugía para liberación de adherencias y liberación de

bandas de Ladd, evidenciando en el intraoperatorio una vena porta preduodenal con efecto suboclusivo documentado con una endoscopia digestiva superior intraoperatoria, por lo cual se realizó además una sección duodenal y gastro enteroanastomosis. La paciente evolucionó satisfactoriamente y fue dada de alta al día 7 posoperatorio.

**Conclusiones:** Se presenta la técnica quirúrgica de un procedimiento de Ladd por vía laparoscópica, en una paciente adulta, donde se obtuvo un buen resultado funcional, con resolución de la sintomatología.

**Link video:** <https://www.youtube.com/watch?v=JwCcPIUy5lE&feature=youtu.be>

## 02 - ID135

### Manejo laparoscópico de la isquemia mesentérica en una paciente embarazada

*Daniel Gómez, Andres Mendoza Zuchini, Luis F. Cabrera, Mauricio Pedraza, Jean Pulido Segura, Sebastián Sánchez, Diego Salcedo*

Centro Policlínico del Olaya  
andreszuchini@hotmail.com

**Introducción:** La isquemia mesentérica es una rara causa de abdomen agudo en paciente jóvenes. El embarazo, al condicionar un estado procoagulante, aumenta el riesgo de eventos tromboticos.

**Objetivos:** Mostrar que el abordaje laparoscópico es viable para el manejo de la isquemia mesentérica durante la gestación, sin afectar el embarazo.

**Materiales:** Se hizo una revisión de la literatura con base al caso clínico y el manejo ideal de esta patología.

**Resultados:** Paciente de 42 años de edad, quien desarrolló choque séptico de origen abdominal secundario a isquemia mesentérica asociada a un embarazo de 13 semanas, la cual se manejó de forma mínimamente invasiva por 3 puertos. Se realizó una resección intestinal de 120 cm de yeyuno-íleon por isquemia mesentérica y anastomosis por laparoscopia, sin complicaciones para la paciente ni para el feto, a pesar de la anticoagulación. La evolución postoperatoria fue adecuada, tolerando vía oral desde el primer día, con drenajes serosos. Resonancia

magnética nuclear abdominal negativa para tumores y estudios de enfermedad autoinmune y para otras enfermedades procoagulantes negativos. Estancia hospitalaria de 5 días.

**Conclusiones:** La cirugía laparoscópica mínimamente invasiva es segura durante el embarazo y en pacientes con abdomen agudo tiene mejores resultados en comparación con la cirugía abierta.

**Link video:** <https://www.youtube.com/watch?v=gd3Rl5EX-Vo&feature=youtu.be>

## 02 - ID136

### Manejo quirúrgico de pseudodivertículo esofágico luego de miotomía de Heller fallida

*Julieta Correa R, Carlos H Morales, Juan P Toro*  
Universidad de Antioquia  
julicore2003@gmail.com

**Introducción:** El pseudodivertículo de esófago es una complicación infrecuente luego de una miotomía de Heller.

**Objetivo:** Ilustrar el manejo quirúrgico de un pseudodivertículo gigante del esófago

**Materiales:** Video que presenta el manejo toracoscópico de un pseudodivertículo del esófago.

**Resultados:** Paciente de 35 años de edad, con antecedente de miotomía de Heller abierta, con diagnóstico de pseudodivertículo esofágico distal. Presenta disfagia sin mejoría con manejo endoscópico. Se realizó esofagectomía mediante toracoscopia en prono, laparoscopia y cervicotomía con ascenso gástrico a cuello. Buena evolución en general, presentó fistula anastomótica que se resolvió con manejo conservador.

**Conclusiones:** La miotomía de Heller incompleta o corta lleva a recurrencia de síntomas y crónicamente, a la aparición de pseudodivertículo del esófago. Su tratamiento es una cirugía de revisión que puede hacerse por vía laparoscópica por cirujanos expertos. La esofagectomía con reconstrucción es el manejo definitivo en casos avanzados.

**Link video:** <https://youtu.be/9udT3-Ko5IU>

**02 - ID137****Resección laparoscópica de quiste de colédoco con reconstrucción simplificada en paciente pediátrico**

*Daniel Gómez, Luis F Cabrera, Mauricio Pedraza, Andrés Mendoza, Jean Pulido, Sebastián Sánchez Belkis Narváez*  
 Centro Policlínico Olaya  
 Mpedraza93@gmail.com

**Introducción:** El quiste de colédoco es una patología con baja prevalencia en la población occidental. Se considera benigna, aunque está asociada con malignización, colangitis, pancreatitis y colelitiasis. Su presentación clínica puede variar, lo que retarda el diagnóstico. Hasta la fecha existe controversia en cuanto al método diagnóstico y manejo quirúrgico.

**Objetivos:** Mostrar la experiencia de manejo laparoscópico en paciente pediátrico con quiste de colédoco tipo Todani Ic sintomático.

**Materiales:** Se presenta el caso de una paciente femenina de 30 meses de edad quien tenía historia de crisis de dolor abdominal y vómitos biliosos, con cuatro cuadros de pancreatitis. El diagnóstico se realizó mediante ecografía y se confirmó con colangiografía un quiste de colédoco Todani Ic.

**Resultados:** Paciente con dilatación fusiforme única de la vía biliar extrahepática correspondiendo a Todani I C. Manejo laparoscópico con hepaticoyeyunostomía y yeyuno yeyunostomía. La paciente toleró la vía oral a las 12 horas, no requirió UCI, sangrado menor de 10 cc, asintomática en el postoperatorio, sin cambios sugestivos de malignidad ni sintomatología al primer año postoperatorio.

**Conclusiones:** El abordaje mínimamente invasivo en pacientes pediátricos es técnicamente factible, seguro y efectivo, con una baja morbilidad y un resultado comparable al del abordaje abierto.

**Link video:** <https://www.youtube.com/watch?v=IjRvICe7Ero>

**02 - ID138****Sangrado digestivo oscuro secundario a GIST de yeyuno. Resección Laparoscópica**

*Andrés Felipe Duque Suárez, Juan Pablo Toro Vásquez*  
 Universidad de Antioquia  
 andresduke1@gmail.com

**Introducción:** Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) tienen una incidencia de 10 a 20 casos por millón; suelen ser asintomáticos o de manifestaciones inespecíficas. Son pocos los casos que debutan como sangrado gastrointestinal.

**Objetivos:** Mostrar el enfoque diagnóstico y el manejo quirúrgico por laparoscopia de un paciente con sangrado digestivo oculto a quien se le documentó un GIST por enteroscopia.

**Materiales:** Se expone el caso clínico de un paciente de 56 años de edad con cuadro clínico de 6 meses de evolución de melenas intermitentes, anemia grave secundaria con requerimiento transfusional, endoscopias y colonoscopias reportadas como normales y estudio por cápsula endoscopia que sólo reporta flebectasias yeyuno-ileales no sangrantes.

**Resultados:** Se realiza enteroscopia diagnóstica por el servicio de gastroenterología del Hospital Universitario San Vicente Fundación, en Medellín, encontrando flebectasias sin sangrado y lesión subepitelial en yeyuno proximal de 5 cms de diámetro, con erosión de la superficie y sangrado fácil; se realiza marcación con tinta china proximal a la lesión. Posteriormente se realiza manejo quirúrgico mínimamente invasivo encontrando el sitio marcado, identificando posterior a este un tumor nodular en borde anti mesentérico del yeyuno. Se resecó con márgenes adecuados y anastomosis mecánica laterolateral isoperistáltica, sin complicaciones. La evolución posoperatoria fue favorable, y fue dado de alta al día siguiente. En cita de revisión en buen estado. Patología sugiere GIST.

**Conclusiones:** El GIST como causa de sangrado digestivo superior es raro. Contar con un buen servicio de endoscopia y de cirugía mínimamente invasiva permite dar un adecuado manejo a los pacientes, con resultados exitosos.

**Link video:** <https://www.youtube.com/watch?v=X4X7gFz439g&feature=youtu.be>

## CIRUGÍA GENERAL

### 02 - ID139

#### Extracción de cuerpo extraño

*Hanier Hernán Agudelo Ledesma, Yady Vanessa Hurtado Burbano, Helmer Emilio Palacios Rodríguez, Hernando Anibal Romero Ordoñez*

Universidad del Cauca - Hospital Universitario San José  
hagudelo@unicauca.edu.co

**Introducción:** Paciente de 38 años de edad en quien se destacan antecedentes de toracotomía y toracostomías izquierdas (#2) por heridas por arma cortopunzante más esquizofrenia paranoide. Ingres a institución de III nivel, desde centro de reclusión, por presentar lesión autoinflingida en región precordial con objeto metálico intracardiaco que oscila con las palpitaciones. Ingres estable hemodinámicamente y en la radiografía de tórax se aprecia objeto metálico en hemitórax izquierdo y neumotórax izquierdo menor del 20%. Fue llevado a toracotomía izquierda con extracción de cuerpo extraño (objeto cilíndrico metálico de 5 cm de largo por 4 mm de diámetro) intracardiaco de forma exitosa. En posoperatorio adecuado con manejo antibiótico por 14 días por riesgo de pericarditis y/o endocarditis infecciosa, adicionalmente cubierto con toxoide tetánico. Egres a 21 días después con evolución satisfactoria.

**Objetivos:** Documentar extracción de cuerpo extraño metálico intracardiaco por herida por arma corto punzante artesanal.

**Materiales:** Historia clínica.

Documentación filmica y fotográfica de caso clínico.

**Resultados:** Extracción de cuerpo extraño metálico intracardiaco con abordaje por toracotomía izquierda en paciente con componente adherencial pericárdico por abordajes quirúrgicos previos, con evolución satisfactoria en posoperatorio.

**Conclusiones:** Se logra extraer objeto metálico intracardiaco en contexto de paciente con herida traumática y componente adherencial pericárdico y pleural.

**Link video:** <https://youtu.be/P4ghoRGm6ss>

### 02 - ID140

#### Manejo laparoscópico de un caso con síndrome de Mirizzi tipo III

*Nayib Zurita, Carlos Gutiérrez, Carlos López, Álvaro Fontalvo*  
Universidad del Sinú, Cartagena  
carloslopezo222@gmail.com

**Introducción:** El Síndrome de Mirizzi es una complicación rara e infrecuente de la patología litiásica biliar, definido como la impactación de un cálculo en el infundíbulo o en el conducto cístico, generando compresión extrínseca de la vía biliar, que progresa hasta una fistula colecistobiliar. A continuación, traemos la experiencia de un caso manejado por el grupo de cirugía laparoscópica en el Hospital Nuevo Bocagrande.

**Objetivos:** Mostrar la experiencia de un caso tratado de manera exitosa mediante un abordaje laparoscópico para colecistectomía en una paciente con un síndrome de Mirizzi tipo III.

**Materiales:** Presentamos una paciente femenina de 41 años de edad, hipertensa, quien 4 meses antes había recibido manejo con colangiografía retrograda endoscópica por un episodio de coledocolitiasis. Sin diagnóstico preoperatorio del Síndrome de Mirizzi en imágenes. Ingres programada para una colecistectomía laparoscópica, con hallazgo intraoperatorio de un síndrome de Mirizzi tipo III, con dificultad para exponer los componentes del triángulo de Calot, la cirugía se realiza sin complicaciones. Permanece hospitalizada 2 días y finalmente sale en buenas condiciones; fue vista de manera ambulatoria, sin aparición de complicaciones.

**Resultados:** Se logró llevar a cabo la colecistectomía mediante un abordaje laparoscópico exitoso, con el uso de recursos como la hidrodissección, la disección roma con gasas, el uso de energía monopolar y el cierre del muñón del conducto cístico con sutura manual.

**Conclusiones:** Se presenta un caso exitoso tratado con cirugía laparoscópica en una paciente con un Síndrome de Mirizzi tipo III, a pesar de tratarse de una patología con una alta tasa de conversión a cirugía abierta.

**Link video:** <https://youtu.be/6aiwQr6rEt8>

# E-póster

## CABEZA Y CUELLO

### 03 - ID141

#### Quiste paratiroideo sintomático: presentación de un caso y revisión de la literatura

Francisco Herrera, César Redondo, Diana Caicedo, Claudio Naranjo, Camilo Lozano

Universidad de Cartagena - Hospital Universitario del Caribe  
camilolozanocirugia@hotmail.com

**Introducción:** Los quistes paratiroideos son una entidad clínica muy poco frecuente. Su prevalencia oscila entre el 0,3 y 5% de la población, y de estos, hasta el 10% de los casos pueden ser lesiones funcionales con presencia de hipertiroidismo asociado. Sus manifestaciones clínicas oscilan desde un hiperparatiroidismo primario, hasta la presencia de una masa en cuello con efecto mecánico sobre otras estructuras, e incluso, pueden carecer de sintomatología alguna. En el mundo se han reportado alrededor de 300 casos únicamente, y en Colombia solo 6, de los cuales, un caso fue una lesión funcional. Estas lesiones son consideradas completamente benignas en la actualidad, aunque dada su rareza no existen consensos para su manejo y abordaje.

**Objetivos:** Se presenta el caso de una paciente con un quiste paratiroideo funcional como hallazgo intraoperatorio incidental, manejada en el Hospital Universitario del Caribe, en la ciudad de Cartagena, Colombia.

**Materiales:** Se obtuvo información directamente de la historia clínica del paciente, además de complementar fuentes de información primaria con el caso.

**Resultados:** Se logró el abordaje quirúrgico, con manejo integral, incluyendo la atención de las complicaciones presentadas en el manejo del caso descrito. Se obtuvo reporte de patología para quiste paratiroideo.

**Conclusiones:** Las lesiones quísticas paratiroideas hiperfuncionantes son una entidad clínica sumamente rara, que amerita cuidados y consideraciones propias. Se requieren más estudios sobre esta condición para emitir recomendaciones y conductas clínicas adecuadas en su abordaje y manejo.

### 03 - ID142

#### Tumoral calcinosis regression after parathyroidectomy

Alfonso M, Mosquera F, Gomez A, Alvarez A.

Hospital Universitario Mayor Méderi  
mosqueragonzalez@gmail.com

**Introduction:** Calcinosis is a rare condition consisting of massive subcutaneous deposits of calcium salts. After a total or partial parathyroidectomy regression of tumoral calcifications can be seen. It is important to have knowledge of this entity in order to make a diagnosis and an adequate treatment, avoiding complications.

**Objective:** To describe a case of secondary tumoral calcinosis that resolved after surgical management with parathyroidectomy and review of the literature.

**Materials:** A case report of a patient with secondary tumoral calcinosis.

**Results:** A 43 year-old women with a history of 2 weeks of evolution of progressive supraclavicular bilateral growing masses. She suffered from chronic renal failure with secondary hiperparatiroidism. The patient was treated with Sevelamer hydrochlorid but serum phosphate levels remained high. The patient was treated with a total parathyroidectomy. Pathology showed hyperplasia of the four parathyroid glands and two masses resected in the anterior and posterior thorax draining a nacared chalky liquid.

**Conclusion:** Secondary tumoral calcinosis is a rare entity that can be initially treated medically, being surgery the last option. Parathyroidectomy can resolve and stop the development of the masses.

## MAMA Y TEJIDOS BLANDOS

### 03 - ID143

**Fístula linfática posterior a vaciamiento axilar en paciente con cáncer de mama, en el Hospital universitario de Santander, Colombia**

*A Niño, J Castillo, A Arzuaga, S Castañeda, F Velázquez, S Cadena*

Universidad Industrial de Santander (UIS)  
Jhon\_cas@hotmail.com

**Introducción:** La linfadenectomía axilar, junto a la cuadrantectomía o mastectomía, hacen parte del tratamiento quirúrgico de los pacientes con cáncer de mama. Entre las complicaciones más frecuentes posteriores al vaciamiento linfático, encontramos infección, hematoma, seroma, linfedema, disfunción del hombro y alteraciones sensitivas; la fístula linfática es una complicación rara, con una incidencia menor de 0,5%.

**Objetivos:** El objetivo de este informe es presentar el caso clínico de una paciente con diagnóstico de cáncer temprano de mama izquierda, quien desarrolló en el postoperatorio inmediato fistula linfática axilar secundaria.

**Materiales:** Paciente de 65 años de edad, con diagnóstico de adenocarcinoma de glándula mamaria izquierda de tipo no específico, pobremente diferenciado e infiltrante, clasificado T2 No Mo esta-

do II A, quien fue llevada a cuadrantectomía más vaciamiento ganglionar axilar, y durante el control posoperatorio se evidencia colección axilar izquierda, con salida a la punción de material lechoso, no fétido, compatible con la presencia de fistula quilosa postquirúrgica.

**Resultados:** La paciente respondió satisfactoriamente al tratamiento conservador, basado en una dieta baja en triglicéridos de cadena larga suplementadas con triglicéridos de cadena media y reposición hidroelectrolítica.

**Conclusiones:** Dado que la fistula linfática es una complicación rara de la cirugía de cáncer mama, la evidencia del manejo óptimo es limitada y está supeeditada a reportes anecdóticos y opinión de expertos, quienes plantean un manejo conservador inicial (con buena respuesta como en nuestro caso), antes de pensar en un reintervención quirúrgica, con mayor morbilidad para el paciente.

### 03 - ID144

**Sarcoma de células redondas intrabdominal**

*Felipe Aristizabal Arjona, Natalia Lasprilla Mogollón, Luis José Palacios Fuenmayor, Sandra Molina Meneses, Alfredo Martelo*  
Instituto de Cancerología, Medellín  
Felipe658@hotmail.com

**Introducción:** Los sarcomas de células redondas son un grupo heterogéneo, agresivo y poco frecuente de tumores de hueso y tejidos blandos, afectan pacientes pediátricos y adultos jóvenes; tienen características histológicas y de inmunohistoquímica similares y se diferencian por alteraciones moleculares y genéticas específicas. Es una enfermedad poco frecuente y con pocos reportes lo que no permite estandarizar el manejo, encontrando algunos subtipos que tienen adecuada respuesta a esquemas quimioterapéuticos específicos.

**Objetivos:** Reportar el caso de una paciente de 23 años de edad, con un sarcoma de células redondas intrabdominal, para así aumentar las publicaciones sobre el manejo de una patología agresiva, poco frecuente y con limitadas opciones de tratamiento.

**Materiales:** Mujer de 23 años de edad, con dolor abdominal y masa de 12cm de diámetro en fosa

iliaca derecha y pelvis, de crecimiento progresivo. Imágenes con tumor pélvico y retroperitoneal con compromiso de pared abdominal posterior y lateral, sin compromiso visceral y biopsia que reporta sarcoma de células redondas. La paciente presenta progresión y dolor abdominal no controlado por lo que se realiza exploración retroperitoneal, resección de tumor y reconstrucción de pared abdominal con malla compuesta. En espera de estudio de rearreglo del gen CIC.

**Resultados:** Se describe un caso de sarcoma de células redondas en una paciente adulta joven quien requirió resección y reconstrucción de pared abdominal con material protésico. Según lo encontrado en la literatura corresponde al primer caso reportado en Colombia.

**Conclusiones:** El sarcoma de células redondas corresponde una entidad agresiva que afecta principalmente paciente jóvenes; su baja incidencia y prevalencia dificulta la adecuada estandarización del manejo.

### 03 - ID145

#### Sarcoma de pared torácica: un caso inusual

*Natalia Lasprilla, Felipe Aristizabal, Luis Jose Palacios F, Sandra Molina, Andres Serna*

Clínica Las Américas, Medellín

Nati.lasprilla@gmail.com

**Introducción:** Los tumores de pared torácica representan del 2 al 5% de los tumores del tórax, y dentro de estos, los sarcomas corresponden a un 5% de este tipo de neoplasias. El diagnóstico, la resección y reconstrucción de la pared torácica se ha desarrollado en los últimos años debido a la evolución de las diferentes técnicas, lo cual hace la diferencia en el tratamiento y pronóstico de esta patología.

**Objetivos:** Reportar un caso de sarcoma de pared torácica como enfermedad neoplásica importante, siendo una patología poco frecuente, de la que se debe tener conocimiento con el fin de realizar un manejo adecuado.

**Materiales:** Paciente masculino de 77 años de edad, con lesión en pared torácica izquierda de crecimiento rápido de 15 x 15 cm, adherida a planos

profundos, dolorosa, con biopsia con aguja semiautomática que reporta sarcoma desdiferenciado. En estudios imagenológicos se evidencia una lesión tumoral con cambios necróticos en su interior que compromete del 3° al 6° arco costal, por lo que se lleva a mastectomía radical izquierda con reconstrucción de pared torácica. Se recibe primer reporte de patología con sospecha de liposarcoma de pared torácica.

**Resultados:** Describimos el caso de un paciente con una lesión en pared torácica, con reporte de patología de sarcoma mal diferenciado, por lo que requirió manejo interdisciplinario para la resección de la lesión y la reconstrucción. Aportando el primer caso en Colombia a la literatura, de acuerdo a nuestra búsqueda.

**Conclusiones:** El sarcoma de pared torácica es una patología infrecuente que requiere manejo interdisciplinario oportuno por su alta complejidad.

## TÓRAX

### 03 - ID146

#### Abordaje transesternal transpericárdico para el cierre de la fistula broncopleural posneumonec-tomia

*Rafael Beltrán, Pablo García, Diego Alejandro Sánchez, L. López, Katherin Beltrán*

Hospital Universitario de la Samaritana

alejosanbui.30@gmail.com

**Introducción:** Como las principales complicaciones post operatorias tardías secundarias a neumonectomía y episodios de empiema se documentan las fistulas broncopleurales, y aún está en discusión el manejo quirúrgico, vía broncoscopia o vía abierta, por lo que se expone un caso documentado en el Hospital Universitario de la samaritana en Bogotá en el año 2018.

**Objetivos:** Dar a conocer un caso de complicación postoperatoria de neumonectomía y su manejo quirúrgico vía abierta para corrección del defecto con técnica de engrapadora.

**Materiales:** Paciente masculino institucionalizado en oriente de Colombia, con antecedente de tu-

berculosis pulmonar y cirugía de neumonectomía total derecha por empiema y secuelas de tuberculosis, quien ingresa en el año 2018 por tos persistente productiva, disnea y salida de aire con maniobras de Valsalva a través de orificio a nivel de tórax anterior.

Ingresa con clínica de respuesta inflamatoria sistémica por lo que se inicia manejo antibiótico y se solicitan fibrobroncoscopia y tomografía computada de tórax con contraste, donde se documenta fistula broncopleural y derrame pleural subsecuente. Se realiza manejo inicial con drenaje con toracostomía cerrada a succión; estudios de líquido pleural reportados como exudado neutrófilo, cultivo negativo. Se consideró inicialmente manejo definitivo con stent bronquial, pero por alto riesgo de falla se llevó a corrección quirúrgica del defecto fistuloso vía abierta con endograpadora Echelon 45 flex power con recarga dorada posterior y luego el bronquio fuente derecho se reparó con cinta umbilical, se introdujo Esthepler lineal TX30G de Ethicon, logrando engrapado satisfactorio del bronquio fuente derecho, sin apertura del espacio pleural derecho; disección de bronquio en 0.5 cm distales con puntos PDS 3-0 y Maxon 3-0 puntos separados, concluyendo con la aplicación de sellante de fibrina en muñón proximal y distal con TSEAL 2 CC. No se documentó complicación intraoperatoria.

**Resultados:** Postoperatorio exitoso, el paciente no presentó complicaciones postoperatorias. En el momento se encuentra sin requerimientos de oxígeno, con buena clase funcional. No ha presentado recaídas respiratorias hasta el momento.

**Conclusiones:** El manejo abierto de la fistula broncopleural sigue siendo la opción de elección pese a que sea una técnica poco usada en la actualidad. El manejo endoscópico vía fibrobroncoscopia, pese a ser el manejo más usado en la actualidad no fue efectivo en el paciente en mención.

### 03 - ID147

#### Enfermedad de Castleman unicentrica en el Tórax

Juan Camilo Ramirez, Juan Pablo Villate, Gabriel Castellanos, Alejandro Cruz

Hospital de San José

md.cruz.alejandro@gmail.com - gec311@gmail.com

**Introducción:** La enfermedad de Castleman es una enfermedad linfoproliferativa compleja, que se divide patológicamente en dos subtipos, la variante vascular hialina (VHV) y la variante de células plasmáticas (VCP). El VHV es el más común, se cree que representa una neoplasia benigna de células del estroma de los ganglios linfáticos y se trata con resección quirúrgica. Se encuentra con mayor frecuencia en el mediastino, donde aparece clásicamente como una masa unicéntrica de crecimiento rápido, evidenciado en tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética.

**Objetivos:** Presentar el caso de un paciente adulto joven con pénfigo paraneoplásico, con sospecha de enfermedad de Castleman, manifestándose como masa del mediastino posterior.

**Materiales:** Se presenta caso de un paciente adulto joven con pénfigo paraneoplásico, con sospecha de enfermedad de Castleman, presentándose como masa del mediastino posterior.

**Resultados:** Se realizó video toracoscopia izquierda e intento de resección de una masa de mediastino posterior, de 8cm de diámetro aproximadamente, la cual se encontraba firmemente adherida a la columna torácica y a la aorta, por lo que requirió conversión a procedimiento abierto, con un tiempo quirúrgico de 200 minutos, sin complicaciones transoperatorias o postoperatorias.

**Conclusiones:** La resección quirúrgica en pacientes con la variante unicéntrica de la enfermedad de Castleman está recomendada. La resección quirúrgica de una masa unicéntrica independientemente de su tipo histológico es curativa. La resección parcial, la radioterapia o la observación por sí sola pueden evitar la necesidad de una terapia excesivamente agresiva.

### 03 - ID148

#### Interposición mediastinal de epiplon para manejo de injerto aórtico infectado

Ingrid Lorena Rivera Gaitán, Darío Andrade

Universidad El Bosque

inloriga@hotmail.com

**Introducción:** Las Infecciones del injerto protésico con mediastinitis después de las cirugías aórticas son raras, pero representan complicaciones graves que producen una alta morbilidad y mortalidad. En este caso clínico se socializa el manejo quirúrgico, las consideraciones generales para su realización y el resultado final.

**Objetivos:** Evaluar la respuesta de la interposición de epiplón en mediastino para el control del foco infeccioso en el nuevo implante protésico aórtico.

**Materiales:** Presentamos el caso de una paciente con antecedente quirúrgico de disección aórtica tratada con reemplazo aórtico ascendente supracoronario, quien posteriormente presenta infección del sitio operatorio con requerimiento de terapia de presión negativa e intervención por cirugía plástica para reconstrucción con colgajo de defecto esternal. Dos años después aparece fistula aorto-esternal con episodios intermitentes de sangrado que desencadenaban cuadros de anemia secundaria, que requirió reoperación de emergencia.

Las imágenes diagnósticas y la patología al ingreso revelaron un pseudoaneurisma infectado en el injerto, con aislamiento de peptoestreptococo magnus. Por medio de un enfoque de dos etapas, con un desbridamiento extenso, injerto recto de dacron para reemplazo de aorta ascendente y lavado antiséptico en un primer paso con tórax abierto y una segunda intervención en la misma hospitalización con preparación de epiplón para ascenso a tórax, transposición mediastinal de epiplón y cierre de esternón, se permitió una evolución favorable y un buen control de su proceso infeccioso previo del injerto.

**Resultados:** Buena respuesta clínica, sin evidencia de complicaciones asociadas al procedimiento. Buen control del proceso infeccioso en mediastino. Sin reintervenciones nuevas.

**Conclusiones:** - El procedimiento en dos etapas para un pseudoaneurisma de injerto aórtico infectado es un método viable para la cirugía de rescate de pacientes en estado crítico.

- El tratamiento médico podría ser aplicable cuando no se observa un absceso y un pseudoaneurisma

- El colgajo de epiplón, que envuelve la nueva prótesis en una segunda etapa, ha permitido buen control del proceso infeccioso, junto con el cubrimiento antibiótico y aunque hace falta hacer seguimiento a mas casos, puede producir excelentes resultados a largo plazo.

### 03 - ID149

#### Manejo interdisciplinario y abordaje quirúrgico de un tumor neuroendocrino bien diferenciado de pulmón tipo 2 con compromiso del mediastino

*Carlos Carvajal, Rafael Beltrán, Miguel Buitrago, Ernesto Villamizar, Felipe Cortes, Carlos Vega*

Instituto Nacional de Cancerología

felipe.c23@hotmail.com

**Introducción:** Los tumores neuroendocrinos de pulmón representan un grupo heterogéneo de neoplasias que constituyen menos del 5 % de los tumores pulmonares. El abordaje de estas neoplasias representa un reto ya que su presentación clínica es diversa y su diagnóstico es complejo. El manejo ideal es la cirugía radical, por lo que La técnica quirúrgica puede resultar controversial cuando hay compromiso del mediastino. Este escrito describe el manejo interdisciplinario y la técnica quirúrgica en un paciente con tumor neuroendocrino de pulmón tipo 2 con compromiso del mediastino.

**Objetivos:** Descripción del manejo interdisciplinario y el abordaje quirúrgico para un paciente con tumor neuroendocrino de pulmón tipo 2 con compromiso del mediastino.

**Materiales:** Reporte de caso del manejo interdisciplinario y del abordaje quirúrgico para un tumor neuroendocrino de pulmón tipo 2 con compromiso mediastinal, realizado en el Instituto Nacional de Cancerología, en la ciudad de Bogotá.

**Resultados:** Paciente de 35 años de edad, con diagnóstico de tumor neuroendocrino de pulmón bien diferenciado tipo 2, con compromiso de todo el hemitórax derecho, desplazando el corazón y los grandes vasos. Radiología intervencionista colocó stent en vena innominada derecha y embolizó la circulación tumoral. Se llevó a manejo quirúrgico, sin requerimiento de circulación extracorpórea, por

medio de toracotomía bilateral tipo clap shell, reseccando completamente del tumor con bilobectomía pulmonar derecha. Presentó buena evolución hasta lograr egreso para manejo complementario.

**Conclusiones:** El manejo interdisciplinario y la técnica quirúrgica descrita resultaron exitosos en este caso, convirtiéndose en una alternativa viable y segura para el manejo de los tumores neuroendocrinos de pulmón con compromiso del mediastino.

### 03 - ID150

#### Manejo medico vs quirúrgico en trauma de tráquea

*Pedro Duque, Felipe Cabrera, Rodolfo Barrios, Carlos Andrés Carvajal, Álvaro Sánchez, Laura Castro*

Universidad El Bosque

Laurabibiana149@hotmail.com

**Introducción:** El trauma traqueal es una lesión rara pero potencialmente mortal, con aumento en su incidencia; es más frecuente el trauma contundente y menos en las lesiones penetrantes. Los síntomas no se correlacionan con la gravedad de la lesión, que puede ir desde un hematoma hasta una sección completa, por lo que es importante tener alta sospecha clínica, complementando con ayudas diagnósticas. El manejo puede ir desde observación con manejo sintomático hasta reconstrucción traqueal.

**Objetivos:** Exponer el manejo médico y quirúrgico en trauma traqueal.

**Materiales:** Revisión de dos casos de trauma traqueal que requirieron manejo médico y quirúrgico.

**Resultados:** Primer paciente con trauma en tráquea Grado IV, con intubación en tráquea distal, llevado a reconstrucción termino terminal con PDS 3-0 con puntos simples separados, sin requerimiento de punto en el mentón esternón. Duración de la cirugía 72 minutos, sangrado intraoperatorio 50 cc, posteriormente intubación orotraqueal por 24 horas; estancia de dos días UCI y al quinto día egreso.

Segundo paciente con herida por arma corto punzante en zona I de cuello izquierda. Radiografía de tórax con neumotórax derecho manejado con toracostomía cerrada; fibrobroncoscopia evidencia en 4-5 anillo traqueal lesión transfixiante con coágulo

en su base. Tomografía de cuello con enfisema extenso, endoscopia sin lesiones asociadas, por lo que se considera manejo médico. Control de fibrobroncoscopia en una semana evidencia a nivel de 4-5 anillo traqueal lesión transfixiante con zona de aparente fibrina en su base, sin sangrado.

**Conclusiones:** En el trauma traqueal el pilar fundamental del manejo es mantener una vía aérea permeable. Teniendo en cuenta el mecanismo y las características de la lesión, se determina el manejo, médico o quirúrgico.

### 03 - ID151

#### Manejo transpericárdico de recurrencia de fistula broncopleurales

*Rafael Beltrán, Pablo García Echeverri, Andrea Suárez Gómez*

Hospital Universitario de la Samaritana

andreasugo@unisabana. uco

**Introducción:** Las fistulas broncopleurales son una complicación asociada a resecciones pulmonares, presentándose entre 0,5-1% en pacientes sometidos a lobectomías. Los factores de riesgo asociados son: las resecciones derechas, quimio o radioterapia, diabetes, EPOC, tabaquismo, malnutrición, resecciones oncológicas con márgenes positivos, muñón mayor de 25mm, resección linfática extensa, mayores de 60 años y ventilación con presión positiva. Este cuadro generalmente se da en las primeras semanas postoperatorias y los síntomas principales son: disnea, cambios hemodinámicos y dolor torácico intenso súbito. La presentación tardía generalmente es infecciosa, y su comportamiento es como un empiema.

**Objetivos:** Presentar el caso de un paciente de 24 años de edad, con antecedente de neumonectomía necrosante secundaria a tuberculosis, con sepsis de presunto origen pulmonar, a quien se le maneja fistula bronco pleural derecha con cierre transpericárdico.

**Materiales y métodos:** Reporte de caso de un paciente de 24 años de edad, con antecedente de neumonectomía necrosante secundaria a tuberculosis, en otra institución. Ingresa al Hospital Universitario de La Samaritana con sepsis de presunto origen pulmonar. Se hace control del foco, además de estudios

para determinar la etiología del deterioro, encontrando fistula bronco pleural derecha, que fue manejada con un cierre transpericárdico.

**Resultados:** Durante el seguimiento postoperatorio reingresó por recurrencia de la fistula bronco pleural, se controló el cuadro séptico asociado y se decidió llevar a segundo cierre transpericárdico, sin complicaciones al seguimiento.

En el seguimiento postoperatorio el paciente ha presentado adecuada evolución clínica, sin complicaciones infecciosas en el momento, ni recurrencia.

**Conclusiones:** Las fistulas broncopleurales son una complicación descrita de una neumonectomía. El abordaje temprano suele ser quirúrgico; sin embargo en casos de fistulas tardías, el abordaje transmediastinal, puede ser una opción para el manejo de este tipo de complicaciones, además de las técnicas mínimamente invasivas.

### 03 - ID152

#### Toracoplastia de Sawamura, un procedimiento olvidado

*Nicolás Felipe Torres España, Deisy Katherine Lizcano González, Oscar Jaramillo Robledo.*

Universidad de Caldas

nicolasfelipe.torres@gmail.com

**Introducción:** Las toracoplastias fueron unos procedimientos utilizados en los años 40 como método para tratar las complicaciones derivadas de la tuberculosis pulmonar. En la actualidad han caído en desuso por las diferentes terapias médicas para esta entidad, pero siguen teniendo vigencia en algunos escenarios clínicos.

**Objetivos:** Describir la fisiología involucrada en las toracoplastias, indicaciones y utilidad en la actualidad.

**Materiales:** Mediante una búsqueda sistemática de la información se plantea la revisión de la literatura y se expone un caso clínico realizado en nuestra ciudad.

**Resultados:** Paciente de 57 años de edad, con antecedente de tuberculosis pulmonar, al cual se le diagnosticó reactivación de la enfermedad por hallazgos

clínicos, microbiológicos e imagenológicos. En su presentación inicial se detectó un empiema pulmonar que fue llevado a decorticación pleuropulmonar por toracoscopia, pero reingresó a los 7 meses al servicio de urgencias, por fiebre y drenaje purulento en la incisión de la toracoscopia; en una imagen de control se confirmó un empiema necessitatis. Fue llevado a toracotomía anterolateral derecha con toracoplastia no resectiva de reja costal (Sawamura) y resección de fistula pleurocutánea, con resolución completa de los síntomas y seguimiento clínico satisfactorio.

**Conclusiones:** La utilidad actual de las toracoplastias es baja en relación con años previos, pero aún existen indicaciones que permiten su uso y requieren del conocimiento de los profesionales de la salud para poder ofrecer esta alternativa, siendo un procedimiento que permite restaurar la fisiología pleuropulmonar normal y recuperar la calidad de vida de los pacientes.

## PARED ABDOMINAL

### 03 - ID155

#### Fasciotomía subcutánea de la línea alba como manejo del síndrome compartimental abdominal. Un reporte de caso

*Deisy Katherine Lizcano González, Nicolás Felipe Torres España, Giovanni Vergara Osorio*

Universidad de Caldas

ktlizcano\_15@hotmail.com

**Introducción:** El síndrome compartimental abdominal corresponde a una de las complicaciones más letales de la pancreatitis aguda severa. El abordaje quirúrgico común es la laparotomía mediana, pero en los últimos años se ha descrito en la literatura el manejo mínimamente invasivo, a través de la disección endoscópica subcutánea de la línea alba, y se han demostrado buenos resultados postoperatorios.

**Objetivos:** Describir el abordaje quirúrgico mínimamente invasivo en el síndrome compartimental abdominal utilizando la fasciotomía subcutánea de la línea alba, como un abordaje seguro y con menor morbilidad.

**Materiales:** Se hizo una revisión sistemática de la literatura y se presenta el caso clínico de un paciente de 31 años de edad con pancreatitis aguda severa, quien desarrolló un síndrome compartimental abdominal en la unidad de cuidado intensivo. La presión intraabdominal inicial asociada a injuria renal correspondía a 35mmHg, posterior a la disección endoscópica de la línea alba la presión intraabdominal descendió a 13mmHg, con la consecuente resolución de la disfunción multiorgánica y una evolución postquirúrgica adecuada.

**Resultados:** Se ejemplifica a través de un paciente cómo el manejo mínimamente invasivo logra la resolución del síndrome compartimental abdominal. Este manejo se relaciona con menor tiempo quirúrgico, sin recidiva a mediano plazo y sin el riesgo de las complicaciones asociadas a un abdomen abierto.

**Conclusiones:** Este procedimiento quirúrgico debe ser conocido por los cirujanos, ya que se presenta como una opción terapéutica en pacientes con síndrome compartimental abdominal de diversas etiologías. Ha demostrado ser seguro, proporciona un efecto descompresivo sostenido, evita la excesiva morbilidad, y los costos asociados al abdomen abierto.

### 03 - ID157

#### Manejo laparoscópico preperitoneal de un caso raro de hernia intercostal abdominal primaria

*Yeni Arroyave, Mauricio Zuluaga, Ivo Siljic*

Hospital Universitario del Valle - Universidad del Cauca  
yarroyave@unicauca.edu.co

**Introducción:** Las hernias intercostales abdominales son poco frecuentes y se presentan a menudo posteriores a un traumatismo; su aparición primaria es aún más rara y hay pocos casos publicados en la literatura.

**Objetivos:** Presentar un raro caso de hernia intercostal abdominal y su manejo laparoscópico

**Materiales:** Reporte de caso. Recolección de información de la historia clínica y registro fotográfico y filmográfico de las imágenes diagnósticas y procedimiento quirúrgico.

**Resultados:** Paciente de 76 años de edad, con historia de larga data de bulto en la pared torácica inferior derecha, con episodios intermitentes de dolor abdominal y 3 semanas previas a la valoración, cuadro de obstrucción intestinal que resolvió con manejo médico. La tomografía de abdomen hecha en otra institución confirmó los signos de obstrucción intestinal y reportó un raro hallazgo de hernia intercostal derecha, motivo por el cual fue derivado a nuestra consulta. Se llevó la paciente a cirugía confirmando hernia intercostal entre la 11 y 12 costillas, con saco herniario crónicamente encarcelado y calcificado; se logró reparo laparoscópico exitoso usando técnica trans abdominal preperitoneal (TAPP)

**Conclusiones:** Las hernias intercostales abdominales primarias son muy raras. La tomografía de abdomen total es el estudio ideal para el diagnóstico y el abordaje laparoscópico TAPP puede ser usado para su reparo de forma segura y eficaz

### 03 - ID158

#### Pseudo-hernia abdominal por denervación traumática del músculo transverso del abdomen

*Yeni Arroyave, Mauricio Zuluaga, Ivo Siljic*

Hospital Universitario del Valle - Universidad del Cauca  
yarroyave@unicauca.edu.co

**Introducción:** Una pseudo-hernia abdominal es una protuberancia de la pared abdominal en la que no existe una verdadera solución de continuidad de la pared. Es causada por atrofia de la musculatura abdominal. Esta condición es poco frecuente, se asocia a causas médicas o a incisiones de lumbotomía.

**Objetivos:** Presentar un caso clínico raro de pseudo-hernia abdominal postraumática.

**Materiales:** Reporte de caso. Recolección de información de la historia clínica y registro fotográfico de las imágenes diagnósticas y del paciente.

**Resultados:** Paciente en la cuarta década de la vida, con antecedente de heridas por arma corto punzante en tórax anterior y posterior, quien consulta por aparición de bulto que aumentó progresivamente de tamaño en flanco izquierdo. La tomografía mostró protuberancia de la pared abdominal en flanco izquierdo con omento en su interior, pero

sin ruptura musculo fascial, se observó atrofia de la musculatura a ese nivel, predominantemente del músculo transverso del abdomen, por lo que se consideró pseudo-hernia secundaria a denervación por lesiones penetrantes previas en hemitórax posterior inferior izquierdo.

**Conclusiones:** A diferencia de las verdaderas hernias, en el caso de las pseudo-hernias el tratamiento quirúrgico no es el gold standard y prima el tratamiento sintomático, ya que realmente no hay defectos físicos que corregir.

### 03 - ID159

#### Toxina botulínica neoadyuvante en la reparación de hernia incisional gigante

Mauricio Zuluaga, Ivo Siljic, Yeni Arroyave  
Hospital Universitario del Valle  
yarroyave@unicauca.edu.co

**Introducción:** Usar toxina botulínica en la preparación prequirúrgica de la hernia ventral gigante ocasiona un aumento en la longitud de los músculos laterales del abdomen, comparable con una separación “química” de componentes, pero sin alterar la integridad anatómica de la pared abdominal.

**Objetivos:** Presentar un caso exitoso de reconstrucción de pared abdominal usando toxina botulínica preoperatoria.

**Materiales:** Reporte de caso. Se recolectó información de la historia clínica y se hizo un registro fotográfico de la evolución.

**Resultados:** Paciente de 60 años de edad, con antecedente de laparotomía y colostomía por herida por proyectil de arma de fuego, cuya colostomía fue cerrada posteriormente, y era portadora de una hernia incisional sintomática. Al examen físico se encontró obesa, abdomen con gran panículo adiposo, con cicatriz mediana supra e infraumbilical y transversa en flanco izquierdo retraídas, con hernia incisional infraumbilical y otra paramediana, reductibles. La tomografía de abdomen mostró hernia en región paraumbilical izquierda con diámetro transversal de 100mm con contenido graso, ileal y de colon sigmoideas, ausencia del recto abdominal izquierdo a nivel infraumbilical. Se programó para manejo quirúr-

gico pero dado el tamaño del defecto y la ausencia de recto abdominal izquierdo, se inyectó bajo guía ecográfica toxina botulínica 6 semanas previas a la cirugía. Para la reconstrucción se usó técnica TAR, logrando el cierre exitoso y sin tensión de la pared abdominal.

**Conclusiones:** El uso de técnicas de neoadyuvancia como la toxina botulínica preoperatoria es una alternativa válida y accesible en nuestro medio para facilitar la reconstrucción de defectos gigantes de la pared abdominal.

### 03 - ID160

#### Trasplante renal en pared abdominal compleja: síndrome de Prune Belly

Mozo O. Javier, Ángel E. Isabel C.

Pontificia Universidad Javeriana - Hospital Universitario San Ignacio Loyola  
isc.angelo2@gmail.com

**Introducción:** Se presenta un paciente con falla renal crónica secundaria a hidroureteronefrosis bilateral con antecedente de Síndrome de Prune Belly, en quien se realiza trasplante renal. Dentro de los hallazgos, ausencia de músculos de pared abdominal y fibrosis de vena Iliaca externa y común derecha, se realiza abordaje de Gibson contralateral con trasplante renal sin complicaciones. Con adecuada evolución en seguimiento ambulatorio.

**Objetivos:** Exponer una anomalía congénita con baja incidencia mundial y menor proporción asociado a trasplante renal, énfasis en la dificultad dada por la hipoplasia de músculos de la pared abdominal.

**Materiales:** Historia Clínica. Consentimiento Informado. Bibliografía.

**Resultados:** El reto quirúrgico está dado por la ausencia de músculos de la pared abdominal que aumentan riesgos por posibles complicaciones, como la lesión de los vasos epigástricos inferiores. Por este antecedente y vena iliaca externa y común derecha fibrosadas se realizó abordaje de Gibson izquierdo. El cierre de la pared abdominal en trasplante renal se describe en dos planos, que en este caso se realiza sobre fascia muscular y piel.

**Conclusiones:** El Síndrome de Prune Belly es una anomalía congénita de baja incidencia, con pocos reportes asociados a trasplante renal. Se expone el caso de un paciente con trasplante renal y agenesia de pared abdominal asociado a fibrosis de vena iliaca derecha, por lo que se realiza abordaje contralateral. Los distintos abordajes quirúrgicos de incisión y el cierre de la pared, se convierten en un reto. Este caso tuvo como resultado una adecuada evolución postoperatoria.

### 03 - ID161

#### Utilidad del neumoperitoneo en hernia inguinoescrotal gigante, reporte de un caso

*Catalina Castañeda Motta*  
Hospital de la Samaritana  
Catalina103\_3@hotmail.com

**Introducción:** El uso de neumoperitoneo preoperatorio progresivo es una técnica utilizada para el tratamiento de defectos amplios de la pared abdominal e inguinoescrotal, seguido del tratamiento definitivo quirúrgico del defecto herniario. Su utilidad es permitir la reintroducción visceral a la cavidad abdominal ampliando el continente mediante la relajación de los músculos de la pared abdominal, disminuyendo el edema de asas intestinales y del meso, y facilitando la liberación de las adherencias mediante la distensión progresiva, lo que finalmente general una disminución de las complicaciones cardiopulmonares.

**Objetivos:** Demostrar los beneficios del neumoperitoneo preoperatorio progresivo como técnica de amplia utilidad en defectos inguinoescrotales de gran tamaño.

**Materiales:** Presentamos el caso de un paciente con hernia inguinoescrotal bilateral de gran tamaño, en quien se decidió la implementación de neumoperitoneo preoperatorio progresivo, y posteriormente fue llevado a herniorrafia inguinal preperitoneal con técnica Stoppa, con excelentes resultados.

**Resultados:** El uso del neumoperitoneo preoperatorio progresivo ha demostrado ser una técnica de gran utilidad para la corrección de defectos de gran tamaño de pared abdominal e inguinoescrotal, dis-

minuyendo la morbi-mortalidad, con excelentes resultados.

**Conclusiones:** El uso del neumoperitoneo preoperatorio progresivo es una técnica de gran relevancia en la actualidad, que debe ser implementada en nuestros pacientes, teniendo en cuenta las indicaciones adecuadas.

## ENDOSCOPIA QUIRÚRGICA

### 03 - ID162

#### Clips endoscópicos en perforación colónica, un recurso invaluable

*Monica Londoño, Lazaro Arango, Luis Gerardo Villota, Carlos Augusto Jaramillo*  
Universidad de Caldas - Unión de Cirujanos  
lugevigo@gmail.com

**Introducción:** La perforación durante colonoscopia es una complicación rara calculada entre el 0,03–0,9% para procedimientos diagnósticos y hasta 3% en los terapéuticos. Esta situación seria y grave, puede acarrear alta morbimortalidad. En el manejo se han descrito: tratamiento conservador, cirugía urgente (sutura simple, resección del colon con o sin ostomía, derivación intestinal), y recientemente las técnicas mínimamente invasivas, como la laparoscopia y tratamiento endoscópico.

**Objetivos:** Presentar el caso de una paciente de 40 años de edad, con enfermedad de Still del adulto (ESA), enfermedad reumática inflamatoria de etiología desconocida, por la que había recibido múltiples tratamientos con corticoides e inmunomoduladores, y que por síntomas digestivos de emesis, dolor abdominal y diarrea crónica, se llevó a colonoscopia para descartar ileítis y filiar etiología. Durante el procedimiento, a la toma de biopsias, se presenta perforación advertida del colon ascendente de 0,5 cm, que se maneja con técnica de clips endoscópicos.

**Materiales:** Historia clínica, documentación fotográfica, revisión de la literatura.

**Resultados:** Después de la perforación se procedió a aminorar insuflación y con moderada dificultad se logró posicionar 3 clips endoscópicos Resolution

Boston Scientific®, realizando adecuada aposición de la perforación. Tras una observación de 36 horas egresa, sin requerir intervención adicional.

**Conclusiones:** El cierre de perforaciones colónicas con endoclips está avalado por la literatura, y se convierte en una herramienta en la práctica clínica de la Gastroenterología. Cada vez se cierran defectos de mayor longitud con endoclips y los resultados son satisfactorios, disminuyendo la morbilidad y mortalidad.

### 03 - ID163

#### CPRE en paciente con anatomía difícil, caso de abordaje mixto

*Andrés Sánchez Gil, Lázaro Arango, Augusto Arango, Luis Gerardo Villota*

Universidad de Caldas - Unión de Cirujanos  
lugevigo@gmail.com

**Introducción:** La coledocolitiasis en un 95% depende del paso de litos desde la vesícula biliar, y en menor porcentaje, formación primaria de los cálculos en la vía biliar. De 7 a 20% de los casos son sintomáticos y pueden ser graves (colangitis, pancreatitis o muerte). En pacientes con bypass gástrico el acceso endoscópico a la vía biliar para CPRE debe hacerse por enteroscopia o quirúrgico combinado.

**Objetivos:** Presentar el caso de un paciente de 51 años de edad, con antecedente de bypass gástrico, colecistectomía por laparotomía y eventrorrafia gigante corregida, quien consulta con dolor abdominal y perfil biliopancreático normal, con coledocolitiasis por endosonografía biliopancreática. Realizan intento de CPRE por enteroscopia sin poder acceder ni instrumentar la vía biliar.

**Materiales:** Historia clínica, documentación fotográfica, revisión de la literatura.

**Resultados:** Manejo cooperativo con Cirugía General, mediante laparotomía y liberación de adherencias, en antro gástrico excluido, curvatura mayor se hace jareta y gastrotomía, por una estoquinetta de plástico fija en la pared gástrica se avanza duodenoscopia, accediendo al píloro y segunda porción duodenal, se canula papila de tipo usual, por paso de la guía al Wirsung posicionamos stent de teflon pan-

creático. Se contrasta la vía biliar (calibre normal), con defectos de llenado distal (coledocolitiasis). Por papilotomía suficiente se extraen cálculos con balón de oclusión. Cierre de la gastrotomía y pared abdominal sin complicaciones. El paciente evoluciona satisfactoriamente.

**Conclusiones:** La evaluación de las series de casos publicadas en la literatura, y este caso en particular, demuestran que la CPRE por gastrotomía en bypass gástrico es una alternativa terapéutica factible y segura para resolver la coledocolitiasis.

### 03 - ID164

#### Divertículo de Zenker: abordaje mínimamente invasivo

*Oscar Barrera, María Camila Rodríguez, Eduardo Valdivieso*

Fundación ILDETECSA  
mc.rodriguez121993@gmail.com

**Introducción:** El divertículo de Zenker es una condición patológica infrecuente, resultado del aumento de la presión intraluminal y la debilidad del área triangular de la pared posterior de la hipofaringe, llamado el triángulo de Killian. Esto produce incoordinación y falta de relajación de los músculos involucrados, presentando como síntoma principal la disfagia. Actualmente, la diverticulotomía endoscópica como estrategia mínimamente invasiva se considera el procedimiento de elección, dado las complicaciones de la cirugía abierta.

**Objetivos:** Describir un caso clínico con manejo endoscópico mínimamente invasivo

**Materiales:** Se trata de un caso clínico en el cual se utilizó una técnica endoscópica realizada por un grupo de cirujanos con entrenamiento endoscópico.

**Resultados:** Paciente masculino de 79 años de edad, en postoperatorio de laparotomía por vólvulo intestinal, quien presenta disfagia severa. Se realizó esofagograma y posterior endoscopia de vías digestivas, con hallazgos compatibles con divertículo de Zenker de 5 cm de longitud y 2 cm de diámetro, con un tabique de 4 cm de longitud. El paciente fue llevado a diverticulotomía endoscópica transoral con el uso de herramientas como microlaringoscopio, endograpadora, pinza harmónica y papilotomo de

punta para control de sangrado, sin complicaciones. Al siguiente día el paciente toleró vía oral, luego de dos días de estancia postoperatoria se dio egreso.

**Conclusión:** El divertículo de Zenker es una entidad poco frecuente, que presenta una distribución variable a nivel mundial y generalmente afecta a la población adulta mayor. La diverticulotomía realizada por vía transoral es una alternativa segura, con menor estancia hospitalaria e inicio temprano de la vía oral.

### 03 - ID165

#### **Endoscopic ultrasound-guided cholecystogastrotomy in a patient with unresectable pancreatic cancer using lumen apposing metal stent (LAMS): the first case in Colombia a third world country in Latin America**

*Renzo Pinto Carta, Jaime Solano, Luis F Cabrera, Erika Benito*  
Universidad El Bosque  
Erikabenito16@gmail.com

**Introduction:** Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) is the current treatment of malignant biliary obstruction. However, when ERCP is not possible, due to anatomical alterations or duodenal neoplastic infiltration, endoscopic ultrasound (EUS) guided biliary drainage; choledocoduodenostomy (EUS- CDS), hepaticogastrotomy (EUS-HGS) or cholecystogastrotomy (EUS- CG) are possible with low complication rate and improvement in patient quality of life.

**Objectives:** To present the experience of handling EUS guided biliary drainage in a patient with malignant pathology.

**Materials:** We present a case of endoscopic management with EUS-CG for drainage of the bile duct in malignant pathology patient unfit for surgery.

**Results:** A 69-year-old male patient with metastatic pancreatic neuroendocrine tumor, unresectable with 15 days of evolution of abdominal pain, jaundice and choloria. Cholangioresonance with a mass of 5 cm in diameter was observed, located in the head of the pancreas, which obstructs the common bile duct with a dilated cystic duct. Patient was taken to the ERCP first and later to the EUS-CDS, which fai-

led due to the neoplastic duodenal stenosis. Therefore, the EUS-CG drainage was performed with the lumen apposing metal stent (LAMS) (HOT AXIOS stent, Xlumena Inc., Mountain View, CA, USA). Without complications.

**Conclusions:** EUS- CG should be considered as an option for biliary drainage of greater importance than Percutaneous transhepatic gallbladder drainage (PTGBD) since it is superior in terms of technical feasibility, safety and efficacy in specific cases. LAMS is ideal for EUS- CG to minimize complications such as bile leakage or migration.

### 03 - ID166

#### **Manejo de fistula esofágica con Endovac**

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

**Introducción:** Las fistulas esofágicas postoperatorias representan un verdadero desafío en la práctica diaria considerando su alta morbimortalidad y el difícil manejo que suponen estas.

**Objetivos:** Presentar la experiencia de manejo de fistulas esofágicas con terapia de presión negativa por vía endoscópica.

**Materiales:** Serie de casos de pacientes con fistulas esofágicas postoperatorias manejados por vía endoscópica con sistema de presión negativa intraluminal, en el hospital el Tunal de la ciudad de Bogotá, entre el año 2017 y abril de 2019.

**Resultados:** Los casos tratados con terapia endoscópica de presión negativa intraluminal mostraron el cierre de la fistula entre 15 y 28 días, logrando el control completo de la fistula esofágica.

**Conclusiones:** El sistema de cierre de fistulas esofágicas con presión negativa intraluminal por endoscopia es una nueva terapia muy efectiva en el manejo de esa compleja complicación postoperatoria.

### 03 - ID167

#### **Manejo endoscopico de fistulas gastrointestinales**

*Andrés Sánchez Gil, Lázaro Antonio Arango Molano*  
Universidad de Caldas - Unión de Cirujanos  
asg92@hotmail.com

**Introducción:** Paciente femenina llevada a gastrectomía total por neoplasia, con evolución tórpida, en la que a los 5 días postquirúrgicos se documentó por TAC una fistula de la anastomosis esofagoyeyunal y un absceso. Se llevó a endoscopia en la que se observó un orificio fistuloso de unos 8 mm, se procedió a realizar cierre del defecto con técnica de clips y loop, sin complicaciones.

**Objetivos:** Describir la técnica de cierre endoscópico de fistula esofagoyeyunal con técnica de clips y loop.

**Materiales:** Descripción de un caso y revisión de la literatura acerca del manejo endoscópico de las fistulas gastrointestinales.

**Resultados:** Se logra cierre exitoso de la fistula por técnica endoscópica de clips y loop.

**Conclusiones:** Las fistulas gastrointestinales postquirúrgicas son una de las complicaciones más frecuentes en cirugía. Se han descrito múltiples técnicas para su manejo, con resultados variables. Se muestra en este caso una técnica novedosa, costoefectiva y con resultados prometedores.

En manos expertas y en centros de referencia, se podría considerar una herramienta útil para el manejo de casos complejos.

### 03 - ID168

#### Manejo endoscópico de las complicaciones locales de la pancreatitis aguda utilizando stent metálico de aposición luminal (LAMS) guiado por ultrasonido endoscópico para drenaje de necrosis amurallada

*Renzo Pinto Carta, Luis F. Cabrera, Erika Benito, Alfredo Cabrera*

Universidad El Bosque  
Erikabenito16@gmail.com

**Introducción:** Las complicaciones locales secundarias a la pancreatitis aguda se presentan entre el 1-9% de los pacientes y su tratamiento ha sido debatido durante años, reportándose tasas de éxito mayor para los abordajes mínimamente invasivos endoscópicos en comparación a el manejo quirúrgico abierto, con menores tasas de complicación secundaria.

**Objetivos:** Mostrar la tasa de éxito y la tasa de reintervención en el manejo endoscópico de las complicaciones locales de la pancreatitis aguda.

**Materiales:** Dos casos exitosos de drenaje de necrosis amurallada (walled off necrosis) por abordaje ultrasonográfico transgástrico con colocación de stent metálico de aposición luminal (LAMS) Hot AXIOS, en Bogotá, Colombia.

**Resultados:** Primer caso: Paciente de 47 años de edad, con antecedente de 4 meses de pancreatemia distal y esplenectomía por cistadenoma seroso y posteriormente pancreatitis aguda recurrente. Tomografía de abdomen con necrosis amurallada, fue llevado a cistogastrostomía por vía endoscópica usando (LAMS) HOT AXIOS. Retiro posterior a las dos semanas, con sangrado escaso, controlado con escleroterapia.

Segundo caso: Paciente de 46 años de edad, con cuadro compatible con pancreatitis aguda severa de origen biliar. Reingreso posterior donde practican resonancia magnética abdominal con cambios correspondientes a necrosis amurallada, por lo que fue llevado a drenaje transgástrico de colección pancreática por ultrasonografía endoscópica más colocación de stent HOT AXIOS de 15 mm. Retiro posterior en 3 semanas, sin complicaciones.

**Conclusiones:** El tratamiento mínimamente invasivo es superior al abierto para el manejo de las complicaciones locales de la pancreatitis aguda, particularmente el drenaje guiado por ultrasonografía endoscópica y colocación de LAMS, con disminución de la tasa de complicaciones postoperatorias y altas tasas de éxito, sin aumentar la necesidad de reintervención.

### 03 - ID169

#### Papel del ultrasonido endoscópico y la elastografía en el estudio de adenopatías y malignidad

*Renzo Pinto Carta, Erika Benito, Santiago Moreno*

Universidad El Bosque  
Erikabenito16@gmail.com

**Introducción:** El cáncer del tracto gastrointestinal es muy prevalente en nuestro medio y su diagnóstico clínico e histológico oportuno es primordial.

El advenimiento de la ultrasonografía endoscópica y la toma de biopsias por técnicas mínimamente invasivas, ha permitido lograr un aumento en el rendimiento diagnóstico histológico, llegando a un diagnóstico temprano y a la instauración de una terapéutica dirigida que aumente la sobrevida.

**Objetivos:** Mostrar la utilidad del ultrasonido endoscópico en el diagnóstico histológico de la patología maligna del tracto gastrointestinal.

**Materiales:** Se presenta el caso de un paciente con tumor a nivel de cabeza de páncreas, con estudio histopatológico insuficiente. Ultrasonografía endoscópica más elastografía y biopsia por aspiración con aguja fina de adenopatías con patrón azul en la elastografía.

**Resultados:** Paciente remitido con diagnóstico presuntivo de tumor a nivel de cabeza de páncreas por tomografía axial computarizada de abdomen e histopatología con material hemorrágico, sin caracterización. Fue llevado a ultrasonografía endoscópica, elastografía y caracterización morfológica por medio de biopsia por punción con aguja fina, encontrando adenopatías interaortocavas y en el ligamento gastrohepático, de probable etiología maligna por aumento de dureza en elastografía, sin evidencia de lesiones a nivel de parénquima pancreático. Se tomaron biopsias para estudio histológico que reportaron linfoma no Hodgkin folicular, que se confirmó con estudios en medula ósea y adenopatías axilares. El paciente inicia tratamiento exitoso para su patología.

**Conclusiones:** La biopsia de adenomegalias guiadas por ultrasonido endoscópico y elastografía para el diagnóstico de cáncer a nivel del tracto gastrointestinal es una herramienta de gran valor, con un gran rendimiento diagnóstico.

### 03 - ID170

#### Presentación de 23 pacientes llevados a sigmoidectomía laparoscópica cuatro días posterior a devolvulación inicial

*Eric Vinck, Ricardo Villarreal, Felipe Bernal, Felipe Cabrera*  
Los Cobos Medical Center  
Evinck518@gmail.com

**Introducción:** La cirugía definitiva posterior a la devolvulación del colon presenta un reto para el cirujano. A pesar de muchos estudios intentando encontrar el momento ideal para la resección quirúrgica, todavía hay desacuerdos entre cirujanos. En esta serie demostramos un abordaje laparoscópico temprano, que puede ofrecer un beneficio importante para ciertos pacientes.

**Objetivos:** Determinar si un laparoscópico temprano a los 4 días podría beneficiar pacientes y reducir costos hospitalarios.

**Materiales:** Revisión retrospectiva y manejo prospectivo de pacientes con vólvulo sin sufrimiento de asa.

**Resultados:** En nuestra serie, un abordaje definitivo temprano a los 4 días resultó en un éxito del 97%, con solo un paciente presentando fuga, que necesitó un procedimiento de Hartmann. Todos los pacientes lograron tolerancia de vía oral a las 24 horas y egreso hospitalario a los 7 días sin reingreso a parte de un paciente.

**Conclusiones:** La sigmoidectomía laparoscópica temprana (4 días) puede ser un tratamiento ideal para pacientes manejados inicialmente con devolvulación colonoscópica.

### 03 - ID171

#### Síndrome de Bouveret como causa de obstrucción intestinal

*Oscar Barrera, María Camila Rodríguez, Eduardo Valdivieso*  
Fundación ILDETECSA  
mc.rodriguez121993@gmail.com

**Introducción:** El Síndrome de Bouveret es una forma de íleo biliar que se presenta en el duodeno en aproximadamente 1-3% de los casos. La presentación clínica es inespecífica, siendo más común el dolor epigástrico, náuseas y emesis. La sospecha clínica es fundamental para su diagnóstico, con el TAC de abdomen como método imagiológico más utilizado. Aproximadamente el 91% de los pacientes requiere de intervención quirúrgica, pero existe la posibilidad de su expulsión espontánea.

**Objetivos:** Describir un caso clínico poco frecuente que no requirió manejo quirúrgico.

**Materiales:** Se trata de un caso clínico que se presentó clínicamente como obstrucción intestinal.

**Resultados:** Paciente femenina de 87 años de edad, quien consulta por cuadro de dos días de dolor abdominal de predominio hipocondrio derecho, asociado a ausencia de deposiciones, emesis biliosa y palpitations. Al examen físico sin signos de irritación peritoneal, paraclínicos con leucocitosis y PCR positiva, se inicia manejo de fibrilación auricular. Ecografía abdominal con colelitiasis y asas dilatadas. Ante sospecha de obstrucción intestinal se inicia manejo médico. Radiografía de abdomen sin hallazgos confirmatorios. TAC con imagen indeterminada en la segunda porción del duodeno. Al día siguiente, en heces se observa masa indurada de aproximadamente 6 cm de diámetro, compatible con cálculo biliar. Por comorbilidades de la paciente y mejoría de la sintomatología no se realizan intervenciones adicionales.

**Conclusión:** El síndrome de Bouveret es una entidad poco frecuente que se presenta en población mayor con clínica de obstrucción intestinal. En paciente con alto riesgo quirúrgico el tratamiento conservador se debe tener en cuenta.

## CIRUGÍA GASTROINTESTINAL

### 03 - ID172

#### Apendicitis aguda en un paciente con situs inversus totalis

*Andrés Eduardo Marín Castro, María José Marín Castro, Carlos Manuel Zapata*

Universidad Militar Nueva Granada  
andrese9@hotmail.com

**Introducción:** El situs inversus totalis es una condición congénita autosómica recesiva rara se caracteriza por la transposición completa de los órganos torácicos e intraabdominales. Ocurre una vez cada 6,000 a 8,000 nacimientos. La incidencia de apendicitis aguda coexistente con situs inversus totalis es aproximadamente 0.016%.

**Objetivos:** Describir un caso de apendicitis aguda en una paciente joven con situs inversus totalis no diagnosticado.

**Materiales:** Reporte de caso, paciente femenina de 22 años de edad, quien ingresa al servicio de urgencias de una clínica de alta complejidad en noviembre de 2018. Se revisa la historia clínica.

**Resultados:** Paciente consultó con cuadro clínico de tres días consistente en dolor abdominal en mesogastrio, posterior ubicación del dolor en cuadrante abdominal inferior izquierdo, asociado a emesis, fiebre cuantificada y deposiciones líquidas. El examen físico reveló dolor abdominal a la palpación en cuadrante inferior izquierdo con signos de irritación peritoneal. Laboratorio con leucocitos de 20620 /ml, neutrófilos del 88.92%, proteína C reactiva 36 mg/dl; radiografía de tórax posteroanterior identificó una dextrocardia y burbuja gástrica derecha. Se decidió llevar a paciente a laparoscopia diagnóstica en donde se evidencia trasposición completa de órganos intrabdominales con apendicitis de ubicación pélvica izquierda, perforada en la base, con peritonitis purulenta generalizada, se convierte a laparotomía supra e infra umbilical y se realiza apendicectomía. Evolución favorable. Manejo antibiótico y egreso al quinto día.

**Conclusiones:** Caso de apendicitis aguda en una paciente con situs inversus totalis no diagnosticado. Casos como este tiene incidencia baja, con escasos reportes en la literatura.

### 03 - ID173

#### Complicación de divertículos yeyunal: Reporte de caso clínico en Hospital de IV nivel, Bogotá, Colombia

*Elkin Benítez, Sebastián Valenzuela, Claudia Rivera*  
Hospital Universitario Mayor  
elkinben@gmail.com

**Introducción:** La diverticulosis yeyunal es una patología poco común, con una prevalencia descrita de 0,06-4,5% de las autopsias y 0,5-2,3% de los estudios radiológicos. Su diagnóstico muchas veces es intraoperatorio.

**Objetivos:** Reportar caso clínico del paciente con divertículos en yeyuno atendido en el Hospital Universitario Mayor.

**Materiales:** Paciente de 87 años de edad, quien ingresa por presentar dolor abdominal poco específico, generalizado en mesogastrio, sin irritación peritoneal, con imagen de TAC que evidencia isquemia mesentérica y perforación de asas intestinales, por lo que se pasa a laparotomía exploratoria

**Resultados:** Dentro de los hallazgos se encuentra divertículo en cara mesentérica de yeyuno, perforado a cavidad abdominal, con plastrón con escaso líquido de reacción peritoneal; adicionalmente se evidencia diverticulosis yeyunal, comprometiendo desde el ángulo de Treitz en toda la extensión del yeyuno, todos hacia la cara mesentérica. Se practica resección y anastomosis laterolateral,

**Conclusiones:** La diverticulosis yeyunal es una patología de presentación poco usual, de muy baja incidencia en nuestro medio, poco sospechada y que, como en este caso, requirió manejo quirúrgico con resección de la lesión y anastomosis del intestino.

### 03 - ID174

**Exploración de vías biliares como manejo de una rara complicación de la CPRE: ruptura de la canastilla de Dormia. A propósito de un caso**

Ramiro Alexander Romero Muñoz, Andrés Sánchez Gil, Lázaro Arango Molano, Katherine Lizcano, Luisa Pérez Arias  
Universidad de Caldas  
Ramiro.ls\_2007@hotmail.com

**Introducción:** La CPRE es el método de elección para el manejo de la coledocolitiasis, sin embargo, no está exenta de complicaciones, como las mecánicas al realizar el intento de litotripsia. La retención y fractura de la canastilla de Dormia es una infrecuente complicación mecánica, presentada en el 4% de los casos. En la literatura existen alrededor de 120 casos reportados, de los cuales alrededor del 10% fueron manejados por exploración biliar abierta.

**Objetivos:** Describir la impactación de la canastilla de Dormia como una rara complicación mecánica durante la CPRE para el manejo de la coledocolitiasis y mencionar el abordaje quirúrgico, evaluando la literatura científica disponible sobre estas dos entidades.

**Materiales:** Presentamos el caso clínico de una paciente de 54 años de edad, con diagnóstico de cole-

docolitis y colangitis, manejada inicialmente con CPRE y stent. Posteriormente se lleva a CPRE con litotripsia, sin embargo, presenta retención de la canastilla de Dormia, por lo que se llevó a cirugía con abordaje abdominal subcostal derecho, realizando colecistectomía subtotal, colangiografía intraoperatoria y exploración de vías biliar, extrayendo canastilla y calculo residual, con evolución posquirúrgica adecuada.

**Resultados:** Paciente con resolución de cuadro biliar obstructivo, sin complicaciones postoperatorias. Se retiró tubo en T a los 10 días posoperatorios, sin dificultad, completando terapia antibiótica. Adecuada evolución ambulatoria.

**Conclusiones:** A pesar de los avances tecnológicos y la seguridad del uso de CPRE para el manejo de múltiples patologías biliopancreáticas, no se encuentra exenta de complicaciones de diversa índole, por lo que el cirujano actual debe conocerlas y estar preparado para abordarlas con las mínimas secuelas para el paciente.

### 03 - ID175

**GIST gástrico con metástasis hepática y ganglionar: reporte de caso**

Juan Sebastián Parra, Jhordan Guzmán Cortes, Douglas Omar Ortiz, Carolina Becerra  
Hospital Universitario Clínica San Rafael  
juansebastianparra@gmail.com

**Introducción:** Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son la neoplasia mesenquimal más común del tracto digestivo. Ocurre más comúnmente en estomago (50-60%) e intestino delgado (20-30%). Dado lo raro del compromiso ganglionar, un margen histológico negativo R0 sin linfadenectomía ha sido la piedra angular del tratamiento.

**Objetivos:** Reportar un caso de esta patología con una baja prevalencia, asociado a una revisión de la literatura más reciente.

**Materiales:** Búsqueda activa de literatura basada en el manejo médico y quirúrgico actual.

**Resultados:** Se reporta el caso de una paciente femenina de 28 años de edad, sin comorbilidades ni antecedentes relevantes, quien consulta por cua-

dro de hemorragia de vías digestivas altas. Se documentó lesión gástrica en la unión corporoantral por endoscopia y tomografía, con reporte de patología concluyente para tumor del estroma gastrointestinal (GIST). Se evidenció lesión hepática en segmento IV con biopsia positiva para GIST. Se dio manejo con Imatinib, con progresión de enfermedad dado por aumento en las lesiones, por lo que se decidió manejo quirúrgico. Se realizó gastrectomía subtotal con reconstrucción en Y de Roux y segmentectomía hepática de segmentos III, IV y V más colecistectomía, con reporte de patología con metástasis a ganglio perigástrico. Paciente con adecuada evolución postoperatoria, se da de alta al día 6 postoperatorio.

**Conclusiones:** Los tumores gastrointestinales estromales (GIST) son los tumores mesenquimales gastrointestinales más frecuentes, sin embargo, las metástasis ganglionares son poco frecuentes comparadas con las metástasis hepáticas y peritoneales. La cirugía es el tratamiento, definitivo con linfadenectomía en casos seleccionados.

### 03 - ID176

#### Hallazgo incidental de quiste hidatídico y manejo mínimamente invasivo

*Gonzalez Ivette, Pineda Marcela, Parra Patricia, Lopez Carlos*  
Hospital Simón Bolívar  
Ivy405@hotmail.com

**Introducción:** La equinocosis en seres humanos es causada por el estadio larval de los céstodos del género *Echinococcus*. El tipo *E. Granulosus* causa la enfermedad quística o hidatidosis, la cual es la más usual, sin embargo, se encuentran otros tipos como *E. Multilocularis*, *E. Vogeli* y *E. Oligarthrus*.

Su ciclo de vida está alrededor de huéspedes definitivos como los perros u otros caninos que albergan la tenia adulta en el intestino. Los huevos producidos y excretados en las heces de estos animales, son ingeridos por los huéspedes intermediarios (ovejas, cerdos, vacas, humanos) quedando la oncosfera que penetra la pared del intestino delgado hasta llegar al flujo portal y de esta manera se aloja en el hígado. Igualmente puede diseminarse por el sistema linfático, lo anterior corresponde a la enfermedad primaria; mientras que la enfermedad secundaria es con-

secuente a la ruptura de quistes primarios por algún procedimiento quirúrgico o traumatismos.

En cuanto a la elección de un tratamiento quirúrgico, es posible mediante dos técnicas. La primera, por cirugía abierta en la cual se realiza punción, aspiración, inyección y re-aspiración; este procedimiento es costoefectivo, sin embargo dentro de las desventajas de este procedimiento se encuentra que puede causar shock anafiláctico, muerte y derrame intraperitoneal mientras se realiza la punción. La otra técnica es por vía laparoscopia; que más probablemente puede ser elegida como la primera opción debido a los beneficios de este procedimiento, como incisiones pequeñas y menor dolor postoperatorio, pero puede ser difícil debido a que es más costosa, requiere dispositivos especiales y experiencia.

**Objetivos:** Discutir sobre las diferentes técnicas quirúrgicas que se han desarrollado para el manejo de los quistes hidatídicos

Establecer cual de las opciones quirúrgicas, ya sea técnica abierta o cerrada, es más costo efectiva y genera menor morbimortalidad en los pacientes

Determinar las indicaciones específicas que nos permitan elegir la técnica quirúrgica que se adapte al paciente y las características de su enfermedad.

**Materiales:** Paciente femenina de 58 años de edad, natural y procedente de área rural del municipio Caparrapi, Cundinamarca, con antecedentes de hipertensión arterial, enfermedad varicosa y trombosis venosa profunda. Consultó por cuadro de un año y medio de evolución consistente en dolor en hipocondrio derecho irradiado a región dorsal, asociado a sensación de masa palpable con aumento progresivo de tamaño y plenitud gástrica, no emesis, no picos febriles. Realizaron estudios de extensión con ecografía de abdomen que evidenciaba masa hipoecoica de aspecto sólido, en cuadrante superior derecho, de 159 x 140 x 100 con volumen de 1166 cc, no muestra señal al doppler color, sin lograrse determinar dependencia. Posterior tomografía de abdomen y pelvis contrastado describe imágenes quísticas en lóbulo hepático derecho, en segmento VIII de 2 cm, en segmento IV-A de 1,6 cm, en segmento V los dos de mayor tamaño miden 2 y 3 cm, finalmente

gran quiste dependiente del hígado que crece hacia la cavidad abdominal de 12,5 x 15 x 14,5 cm con volumen de 1500 cc, no elementos sólidos en su interior, impresiona tabicación. No se descartaba etiología secundaria, por lo cual se solicitó resonancia magnética, que describe sobre el mesenterio de hemiabdomen derecho imagen quística tabicada de 144 x 109 x 151 mm y leve realce de paredes con contraste endovenoso, sin ninguna otra lesión. Dado sintomatología de la paciente y quiste de gran tamaño se indica manejo quirúrgico vía laparoscopia. Hallazgos intraoperatorios de lesión quística con contenido purulento de 20 x 15 x 15 cm dependiente de lóbulo hepático izquierdo, no adherido a otros tejidos; se realizó drenaje del mismo aproximadamente 400 mL sin complicaciones y extracción de pieza en bolsa por puerto umbilical. En el reporte de la patología se evidencia quiste solitario con inflamación crónica moderada.

**Resultados:** La paciente evolucionó de manera satisfactoria, en observación de postoperatorio por dos días con posterior egreso con manejo médico con albendazol 400 mg dos veces al día por 30 días.

**Conclusiones:** La determinación de qué técnica quirúrgica emplear, ya sea laparoscopia o por techo abierto, radica fundamentalmente en las características del mismo quiste y la accesibilidad del centro de salud, además de las habilidades quirúrgicas del cirujano. No obstante se deben resaltar las características inherentes al procedimiento laparoscópico en cuanto a manejo de dolor postoperatorio, mínima invasión del paciente y mejor cicatrización, en comparación con los métodos abiertos empleados.

### 03 - ID177

#### Hallazgo incidental de quiste hidatídico y manejo mínimamente invasivo

Gonzalez Ivette, Pineda Marcela, Parra Patricia, Lopez Carlos  
Hospital Simón Bolívar  
Ivy405@hotmail.com

**Introducción:** La hidatidosis se encuentra dentro del catálogo de cuadros potencialmente mortales, secundario a las consecuencias que genera la historia natural de la enfermedad. Esta varía desde clínica asintomática, hasta invasión a otros órganos y

ruptura de los quistes, lo que puede generar shock anafiláctico. Los huevos producidos y excretados en las heces de los animales, son ingeridos por los huéspedes intermediarios quedando la oncosfera que penetra la pared del intestino delgado hasta llegar al flujo portal alojándose en el hígado. Igualmente puede diseminarse por el sistema linfático, lo anterior corresponde a la enfermedad primaria; mientras que la enfermedad secundaria es consecuente a la ruptura de quistes primarios. La elección del tratamiento quirúrgico, es posible mediante dos técnicas: vía abierta vs vía laparoscópica.

**Objetivos:** Discutir y determinar las técnicas quirúrgicas desarrolladas para el manejo de los quistes hidatídicos, así como conocer indicaciones específicas que nos permitan elegir la técnica quirúrgica que se adapte al paciente y las características de su enfermedad.

**Materiales:** Paciente con cuadro de un año y medio de evolución consistente en dolor en hipocondrio derecho, irradiado a región dorsal, asociado a masa palpable con aumento progresivo de tamaño y plenitud gástrica. Tenía estudios de extensión con ecografía, TAC y RMN abdominal con imagen quística tabicada sobre el mesenterio de hemiabdomen derecho.

**Resultados:** Procedimiento realizado vía laparoscópica. Hallazgos Quirúrgicos: Lesión quística con contenido purulento de 20x15x15 dependiente de lóbulo hepático izquierdo. No adherida a otros planos.

Drenaje de contenido de quiste, envío de muestra para cultivo y antibiograma. Se realiza resección de quiste con enseal, extracción de pieza quirúrgica en bolsa por puerto umbilical, control de hemostasia en lecho quirúrgico con electrocauterio, lavado de cavidad, lecho cruento por lo cual se deja surgicell. Cierre de puerto umbilical con vycril, piel prolene

Evolución satisfactoria, días de estancia en hospitalización cortos y manejo antibiotico durante 30 días.

**Conclusiones:** Se determinó qué tipo de técnica quirúrgica puede emplearse, según las características del quiste y las habilidades quirúrgicas del cirujano.

**03 - ID178****Laparoscopia en obstrucción intestinal, serie de casos**

*Gabriel Arroyave, Hernán Restrepo, Maribel Ocampo, Isabel Molina*

Clínica Medellín  
arroyavegabriel@gmail.com

**Introducción:** La obstrucción del intestino delgado es frecuente en servicios de urgencias. La laparotomía ha sido la conducta tradicional cuando se requiere cirugía. Trabajos recientes son promisorios evaluando el tratamiento laparoscópico. Presentamos nuestra experiencia en pacientes a quienes se les propuso dicha opción.

**Objetivos:** Describir una serie de pacientes con obstrucción del intestino delgado que recibieron tratamiento laparoscópico.

**Materiales:** Observacional descriptivo, serie de casos.

**Resultados:** Se recopilaron 14 pacientes con obstrucción del intestino delgado. Edad promedio 59 años, 10 hombres y 4 mujeres. La causa de la obstrucción fueron bridas en 8 pacientes, hernia encarcelada 3, plastrón apendicular 1, íleo biliar 1, y tuberculosis intestinal en 1 paciente, ésta último caso se convirtió a laparotomía por los hallazgos laparoscópicos (no por complicación). El tiempo quirúrgico fue 80.3 minutos, inicio de vía oral 3.2 días, estancia hospitalaria 5.7 días. No hubo complicaciones mayores, reintervenciones o muertes.

**Conclusiones:** En las últimas décadas la cirugía mínimamente invasiva viene en crecimiento, tanto en patologías urgentes como electivas. Reportes recientes en obstrucción del intestino delgado destacan la factibilidad y beneficios frente a la laparotomía. Se enfatiza la necesidad de seleccionar adecuadamente los pacientes y que el tratamiento laparoscópico sea ofrecido por cirujanos con entrenamiento en esta técnica. Nuestros resultados son muy positivos y concuerdan con la literatura actual.

Concluimos que la laparoscopia en obstrucción intestinal fue una opción viable y segura en nuestros casos. En manos experimentadas los pacientes tienen beneficios frente al manejo quirúrgico tradi-

cional. En el futuro dispondremos de más literatura sobre la cirugía mínimamente invasiva en esta área.

**03 - ID180****Migración del stent biliar como causa de perforación entérica: reporte de 2 casos**

*Andres Sanchez G, Lazaro Antonio Arango M, Luisa Fernanda Perez A, Victor Raúl Caceres N, Ramiro Romero M*

Universidad de Caldas - Unión de Cirujanos  
luisafperez@gmail.com

**Introducción:** Los stents plásticos fueron las primeras endoprótesis utilizadas para el tratamiento de la enfermedad biliar, en patología maligna y benigna, como la coledocolitiasis gigante. La migración distal del stent es relativamente común, representa aproximadamente el 6% de todos los pacientes sometidos al procedimiento, mientras la perforación gastrointestinal es infrecuente (<1%).

**Objetivos:** Revisión de dos casos clínicos y de la literatura actual sobre la perforación entérica por migración del stent biliar.

**Materiales:** Reporte de 2 casos clínicos de perforación entérica por endoprótesis

**Resultados:** Pacientes de 55 y 72 años de edad, con antecedente de colecistectomía abierta hace más de 2 años, con diagnóstico de coledocolitiasis gigante no resuelta por CPRE, ambas portadoras de stent biliar de teflón, quienes ingresan al servicio de urgencias por dolor abdominal y signos de irritación peritoneal. Una de ellas fue llevada a laparotomía exploratoria encontrando perforación del sigmoide (5mm) por el stent, por lo que se realiza rafia del colon. En la otra paciente se realiza abordaje laparoscópico encontrando perforación contenida del intestino delgado, extracción de cuerpo extraño y posterior enterorrafia, con evolución satisfactoria. De manera ambulatoria se hizo litotripsia mecánica, con resolución de ambas coledocolitiasis.

**Conclusiones:** La migración distal de los stents biliares en el tracto gastrointestinal es infrecuente y generalmente sin secuelas, excepto en los casos de perforación intestinal que requiere intervención quirúrgica prioritaria. Se resalta la importancia de tener un alto índice de sospecha de complicaciones

relacionadas stent, en pacientes que consultan al servicio de urgencias con dolor abdominal y tienen antecedente de colocación de endoprótesis biliar.

### 03 - ID181

#### Modalidades de reconstrucciones esofágicas: 3 casos clínicos exitosos

Akram Kadamani, Jose Manuel Sanchez  
Fundacion CardioInfantil  
manolojmsj@gmail.com

**Introducción:** La cirugía del esófago es una cirugía desafiante, pues es el órgano que más técnicas quirúrgicas tiene descritas y ofrece un reto tanto anatómico como técnico por la localización del órgano (cuello, tórax, abdomen). En la Fundación Cardioinfantil en promedio se realizan 6-7 casos anuales, y considerando que no es un procedimiento frecuente, quisimos revisar 3 casos clínicos con diferentes modalidades de reconstrucción esofágica.

**Objetivos:** Dar a conocer tres casos exitosos de reemplazo esofágico.

Revisar aspectos técnicos de la cirugía esofágica

Revisar tres métodos de reemplazo esofágico con diferentes órganos: yeyuno, estómago y colon.

**Materiales:** Una mirada a tres casos clínicos de reconstrucción esofágica, con 3 modalidades quirúrgicas distintas: ascenso de yeyuno posterior a complicación quirúrgica intraoperatoria, transposición de colon posterior a gastrectomía proximal secundaria a neoplasia gástrica con fuga anastomótica y ascenso gástrico posterior a manejo de cáncer de la unión gastroesofágica.

**Resultados:** En los tres casos clínicos exitosos, manejo perioperatorio, se revisaron aspectos como tiempo quirúrgico, accidente o desafíos quirúrgicos (detalles técnicos), tiempo de estancia hospitalaria, tiempo de inicio de la vía oral, ayudas diagnósticas durante la evolución clínica y complicaciones.

**Conclusiones:** Dado que la reconstrucción esofágica es una cirugía técnicamente desafiante, conocer tres casos clínicos con diferentes técnicas quirúrgicas es importante para el residente quirúrgico y los cirujanos gastrointestinales; los aspectos técnicos

y anatómicos cobran vital importancia para el éxito del procedimiento, así como el manejo clínico preoperatorio. Así mismo es básico seleccionar de manera individualizada el órgano que reemplazará el esófago.

### 03 - ID183

#### Neoplasia neuroendocrina intestinal: a propósito de un caso sin origen determinado

Germán Antonio Rosero, Andrés Aponte Vargas  
Hospital Universitario San Ignacio - Pontificia Universidad Javeriana  
Aplti409@gmail.com

**Introducción:** Los tumores neuroendocrinos gastrointestinales (GI-NET), también llamados tumores carcinoides, son un grupo de tumores derivados del sistema neuroendocrino difuso del tubo digestivo (cresta neural) y representan menos del 2% de todos los tumores gastrointestinales. En pocos casos su origen es indeterminado.

**Objetivos:** Abordaje y diagnóstico de neoplasia neuroendocrina dependiente de mesenterio versus intestino delgado.

**Materiales:** Caso de paciente con tumor neuroendocrino de asa delgada versus raíz del mesenterio.

**Resultados:** Resección en bloque de compromiso tumoral en asa delgada y mesenterio

**Conclusiones:** El manejo ideal debe ser resección en bloque para evitar siembras tumorales locoregionales cuando se presentan casos con origen indeterminado.

### 03 - ID184

#### Obstrucción intestinal secundaria a GIST en un paciente con enfermedad de Von Recklinghausen

Diego Fernando Caycedo, Juliana María Ordoñez, Angelica Delgado  
Hospital Universitario del Valle Evaristo García  
diegocaycei@gmail.com

**Introducción:** La Neurofibromatosis tipo I es un desorden autosómico dominante, con prevalencia de 1 en 3000 personas. Compromete el tracto gastrointestinal en 10-25% de los pacientes. Los neurofibromas son el tipo más común de lesión, localizadas

principalmente en el intestino delgado, usualmente asintomáticas; su asociación con GIST es infrecuente. Los tumores sintomáticos son más comunes en el yeyuno e íleon distal, manifestándose por sangrado, pseudobstrucción o enteropatía perdedora de proteínas.

**Objetivos:** Describir un caso de GIST en un paciente con enfermedad de Von Recklinghausen.

**Materiales:** Reporte de caso, paciente quien ingresó al servicio de cirugía del Hospital Universitario del Valle Evaristo García, en abril de 2019; revisión de la historia clínica completa y revisión de literatura.

**Resultados:** Paciente masculino de 52 años de edad, hipertenso, con historia de una semana de dolor abdominal inferior, fiebre, emesis, disminución en las deposiciones; a su ingreso con SIRS, sospecha de diverticulitis y neurofibromatosis, se inicia manejo médico con antibioticoterapia. A las 48 horas del ingreso con choque séptico, abdomen agudo, TAC de abdomen simple y contrastado evidenciándose plastrón inflamatorio de intestino delgado, zona de transición a ese nivel, con dos lesiones fibromatosas inmiscuidas a 80cm del Treitz, no evidencia macroscópica de perforaciones; además, dos lesiones más a 10cms y 180cms del ángulo de Treitz. Se practica resección de segmento afectado, a las 72 horas anastomosis yeyuno-yeyunal termino-terminal. En el reporte de patología hallazgo compatible con tumor estromal tipo GIST.

**Conclusiones:** La enfermedad de Von Recklinghausen y su asociación con GIST es infrecuente. Generalmente se presenta en individuos jóvenes. Existe poca literatura frente a esta asociación, con casos aislados.

### 03 - ID185

#### **Perforación intestinal asociada a esclerosis sistémica**

*Andrés Felipe Jiménez Ordóñez, Eduardo León Llanos, Edgar German Junca, Jorge A. Martínez*

Universidad Nacional de Colombia - Hospital Universitario Nacional de Colombia  
afjimenezor@unal.edu.co

**Introducción:** La esclerosis sistémica es una enfermedad caracterizada por la activación autoinmune, compromiso multisistémico, y depósito de colágeno. El compromiso gastrointestinal es uno de los más frecuentes, se presenta con diferentes síntomas con compromiso funcional y/o estructural. Es la tercera causa de mortalidad y morbilidad en estos pacientes.

**Objetivos:** Presentar un caso clínico y un análisis basado en la literatura de esta patología que impone un reto al equipo quirúrgico.

**Materiales:** Presentamos una paciente de 28 años de edad, con diagnóstico de esclerosis sistémica de 6 meses de evolución, variante limitada severa rápidamente progresiva (EULAR 21 puntos), en manejo con prednisolona y ciclofosfamida, con compromiso intestinal (íleon) evidenciado en estudio endoscópico.

Descripción de los hallazgos, desenlace y revisión de la literatura

**Resultados:** Ingresa paciente con exacerbación del dolor asociado a respuesta inflamatoria e irritación peritoneal, considerándose abdomen agudo, por lo cual es llevada a laparotomía exploratoria con hallazgo de peritonitis generalizada secundaria a perforación del íleon distal a 26 cms, que requiere de hemicolectomía derecha con fístula mucosa, posteriormente varios lavados quirúrgicos y nuevas resecciones intestinales por nuevas perforaciones. Posteriormente la paciente fallece. Tiene reporte de histopatología de ileocolitis aguda severa ulcerada, con bordes de resección viables.

**Conclusiones:** El compromiso intestinal por esclerosis sistémica es una patología con alta morbimortalidad, el manejo quirúrgico impone un reto ya que son pacientes con inmunosupresión y desnutrición, que requieren manejo de la patología de base, lo cual presenta factores para desenlaces adversos. Esto sumado a la no estandarización en guías de tratamiento, por lo cual se requiere mayor investigación en esta área.

**03 - ID186****Peritoneal Sclerosis and massive hemoperitoneum: case report and short review**

*Daniel González Núñez, Jhordan Guzmán Cortes, Felipe Mateus Acuna, Juan Guillermo Ramos, Juliana Ordoñez Mosquera*  
Hospital Universitario Clínica San Rafael  
dgonzalez8805@gmail.com

**Introduction:** Sclerosing peritonitis (SP) has been reported in several cases but is especially frequent among chronic peritoneal dialysis (PD) users, being its most serious complication. Clinical suspicion in chronic PD users arises as intestinal symptoms and hypoalbuminemia appear. Radiological confirmation is usually achieved before the need for surgery and intra abdominal findings confirms it.

**Objectives:** To describe a case report and to review the current literature.

**Materials:** Clinical chart and literature review.

**Results:** There is no consensus on the optimal management of SP because its pathophysiology is not clearly elucidated, therefore the proposed treatments are directed against possible pathways of pathophysiology involving the chronic irritation of the peritoneum and intra abdominal viscera. A case report of a 37-year-old male patient with a 13 year long PD in whom emergency laparotomy findings were a massive hemoperitoneum, parietal/visceral peritoneum, small/large bowel and mesentery with chronic inflammatory changes, thickening and dark-brown coloration. As a distinctive feature a gastroepiploic artery branch in the gastric curvature was identified with persistent oozing and hemostasis was achieved. No intestinal obstruction was evident. Postoperative was uneventful.

**Conclusions:** In patients undergoing PD an hemorrhagic effluent from the catheter or elevated levels of inflammatory markers should demand a thorough investigation. In the context of limited clinical evidence, we present the first reported case of SP with hemoperitoneum in the absence of intestinal obstruction. This case report contributes to the clinical evidence on the different forms of presentation and possible management of SP.

**03 - ID187****Pneumatosis intestinal. Reporte de caso**

*Ricardo Mario Urzola Martinez*

Universidad del Valle - Hospital Universitario del Valle  
ricardourzola@hotmail.com

**Introducción:** La pneumatosis intestinal esta descrita desde 1730 por Du Veroni. Tiene incidencia desconocida y causa no clara. Acompañada de enfermedades sistémicas o relacionada con la toma de fármacos o traumatismos. Se caracteriza por presencia de quistes llenos de gas en mucosa o subserosa del tracto gastrointestinal. Generalmente de curso benigno, tiene una forma fulminante asociada a enterocolitis pseudomembranosa.

**Objetivos:** Describir el caso de una paciente con pneumatosis intestinal y hacer una revisión de la literatura actual.

**Materiales:** Reporte de caso, de una paciente femenina 24 de años de edad, con un año de evolución de pérdida objetiva de peso, emesis postprandial, epigastralgia, hematemesis intermitente y malestar general. Antecedentes de síndrome convulsivo de novo e intento suicida hace 2 años con ingestión de ácido muriático, con quemaduras de esófago y estómago, que fueron manejadas en forma conservadora. La paciente no volvió a asistir a los controles ordenados.

**Resultados:** Endoscopia realizada con estenosis pilórica. TAC de abdomen contrastado con imágenes características de pneumatosis intestinal que comprometían todas las asas intestinales. Se manejó con nutrición parenteral total por 2 semanas. TAC de control con megaestómago y desaparición de las lesiones de la pneumatosis. Se llevó a gastro-enteroanastomosis laparoscópica sin complicaciones. Dada de alta sin complicaciones.

**Conclusiones:** A pesar de ser una enfermedad rara, sin tratamiento conocido, es un reto para el equipo médico que se enfrenta a ella. Su curso generalmente benigno puede tener fatalidad por la asociación de enterocolitis necrotizante. En este caso la nutrición parenteral fue decisiva en la mejoría de la paciente.

**03 - ID188****Quemadura esofagagástrica severa con cáusticos: Esofagogastrectomía total de emergencia***Agudelo H, Manzano C, Hurtado Y, Herrera J.*

Universidad del Cauca

hagudelo@unicauca.edu.co

**Introducción:** Cada año miles de personas ingieren de forma accidental sustancias a base de cáusticos, en especial niños; sin embargo, están incrementando los casos de intentos suicidas en adultos por sustancias causticas. En un gran porcentaje las lesiones del tracto gastrointestinal superior son menores, sin embargo, hay complicaciones tardías por quemaduras como estenosis, trastornos de absorción y en menor proporción perforaciones.

**Objetivos:** Exponer un caso clínico de perforación esofágica y gástrica por ácido nítrico, con necrosis esofágica y gástrica en las primeras 24 horas, con necesidad de esofagogastrectomía total por falla orgánica múltiple secundaria mediastinitis y peritonitis severa, cirugía de control de daños con esofagostomía cervical y cabo distal duodenal abandonado en primera cirugía.

**Materiales:** Documentación con imágenes y seguimiento clínico de paciente con perforaciones múltiples de vías digestivas superiores por caustico y repercusión hemodinámica severa en las primeras 24 horas de la ingesta de ácido nítrico.

Hallazgos quirúrgicos de necrosis completa de esófago y estomago con mediastinitis y peritonitis secundaria.

**Resultados:** Esofagogastrectomía total en cirugía de control de daños con esofagostomía cervical y cabo distal abandonado.

**Conclusiones:** Las quemaduras de vías digestivas vienen en aumento y en este tipo de emergencias el cirujano general debe tomar decisiones que lleven al control del daño y resolver los retos quirúrgicos que este tipo de cirugía mayor conllevan.

**03 - ID189****Retención de capsula endoscópica***Andres Sanchez Gil, Lázaro Antonio Arango Molano*

Universidad de Caldas - Unión de Cirujanos

asg92@hotmail.com

**Introducción:** Paciente femenina de 68 años de edad, con anemia ferropénica refractaria al tratamiento, endoscopia digestiva alta y colonoscopia negativas para sangrado, por lo que se continuó estudio con videocapsula endoscopica con hallazgo de úlceras a nivel del yeyuno. Enteroscopia anterograda ingresando hasta el ileon proximal con evidencia de ulceracion y anillo de estenosis. Se tomaron biopsias con reporte de mucosa de intestino delgado de histología usual. A los 4 meses consultó por episodios de dolor abdominal tipo colico difuso, distensión y deposiciones cada 2 a 3 días, por lo que se solicitó tránsito intestinal que mostró imagen sugestiva de capsula en fosa iliaca derecha. Se realizó nueva enteroscopia retrograda hasta 80 cm del ileon terminal, sin llegar al sitio de retención de la capsula, por lo que se indicó manejo quirúrgico.

**Objetivos:** Describir un caso de retención de videocapsula endoscopica secundaria a una estenosis intestinal por enfermedad de Crohn, que requirió manejo quirúrgico laparoscópico.

**Materiales:** Descripción de un caso y revisión de la literatura acerca de complicaciones de videocapsula endoscópica y su manejo.

**Resultados:** Se logró la extracción exitosa de la capsula por laparoscopia, no se identificaron zonas de estenosis criticas susceptibles de resección.

**Conclusiones:** La retención de videocápsula endoscopica es una complicación infrecuente que se da en aproximadamente el 2% de los pacientes en estudio de sangrado digestivo. Principalmente se relaciona con zonas de estenosis a nivel de intestino delgado, con un aumento de la tasa de retención del 4 a 8% en pacientes con sospecha o diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal.

**03 - ID190****Síndrome de Boerhaave, un reto diagnóstico para los cirujanos***Susan Marcela Guerrero Ramírez, Carlos Andrés Muñoz, Adolfo González*

Universidad del Valle - Hospital Universitario del Valle

susma\_20@hotmail.com

**Introducción:** La perforación esofágica espontánea, generalmente está precedida por vómito. Se cree que es producida por la transmisión del aumento de la presión intraabdominal hacia el esófago contra una glotis cerrada. Es muy poco frecuente, motivo por el cual su diagnóstico y tratamiento se retrasa. Vómito, seguido de dolor y enfisema subcutáneo, denominada tríada de Mackler, aumentan su sospecha.

**Objetivos:** Describir el caso de un paciente a quien se diagnostica Síndrome de Boerhaave 30 horas después al inicio de sus síntomas.

**Materiales:** Reporte de caso, de un paciente de 63 años de edad, quien consulta por dos episodios de emesis posterior a ingesta, dolor torácico irradiado a miembro superior izquierdo, diaforesis, disnea, electrocardiograma con bloqueo de rama izquierda, Radiografía de tórax con hidroneumotórax izquierdo. Ecografía muestra derrame bilateral, predominantemente izquierdo.

**Resultados:** Se realizó toracostomía donde se identificó salida de material intestinal, confirmando un Síndrome Boerhaave 30 horas después de inicio de síntomas y 8 horas posteriores al ingreso a urgencias. Por los hallazgos se realizó Toracotomía izquierda encontrándose tejido necrótico en espacios intercostales y musculo pectoral menor, líquido intestinal y ruptura de 6 cms en esófago torácico distal. Fue llevado a Terapia intensiva donde cursó con una falla multisistémica progresiva, falleciendo después de 40 días.

**Conclusiones:** El diagnóstico tardío de Síndrome de Boerhaave genera un mal desenlace en términos de morbilidad y mortalidad, por esto se requiere un alto índice de sospecha y tratamiento temprano. En este caso el diagnóstico fue realizado después de 30 horas de inicio de síntomas, con un desenlace fatal.

### 03 - ID191

#### Síndrome de Wilkie manejado por laparoscopia

*Jhonny Sierra, Hernán Restrepo, Maribel Ocampo*

Clínica Medellín

Maoca925@gmail.com

**Introducción:** El síndrome aorto-mesentérico (o síndrome de Wilkie) se caracteriza por compresión extrínseca de la tercera porción del duodeno, por la arteria mesentérica superior y la aorta abdominal. En general se ve en personas jóvenes, más en mujeres con extrema delgadez o alguna condición que lleve a una pérdida rápida e importante de peso. Cuando se presentan cuadros agudos casi siempre responden al tratamiento conservador; sin embargo, aquellos que fallan o cuadros crónicos suelen requerir intervención quirúrgica.

**Objetivos:** Describir el manejo laparoscópico con duodeno-yeyunostomía en una paciente con síndrome de Wilkie

**Materiales:** Observacional descriptivo, reporte de caso.

**Resultados:** Presentamos el caso de una mujer de 31 años de edad, con cuadro de más de 8 meses de evolución de dolor abdominal, hiperémesis y gran pérdida de peso, con múltiples diagnósticos y manejos médicos sin respuesta alguna, en quien finalmente se realiza diagnóstico de síndrome de Wilkie y se decide llevar a duodeno-yeyunostomía por laparoscopia, con excelente resultado posoperatorio, sin complicaciones asociadas y con una rápida recuperación del peso y resolución de los síntomas posterior al procedimiento.

**Conclusiones:** El síndrome de Wilkie implica un gran reto diagnóstico y se deben tener en cuenta los factores predisponentes y el cuadro clínico apoyado en las ayudas imagenológicas, como la serie radiológica con bario y la angiotomografía en la que la distancia aortomesentérica puede tener un valor diagnóstico mayor. Su tratamiento debe estar encaminado inicialmente a la corrección de la causa desencadenante, con un adecuado apoyo nutricional y cuando este falla o en aquellos casos crónicos, debe recurrirse al manejo quirúrgico.

### 03 - ID192

#### Teratoma gástrico como causa de hemorragia de vías digestivas altas

*María Alejandra Arteaga, Emilio Moreno Torres, Víctor Ruano Flórez*

Hospital Universitario Clínica San Rafael

doctoraleja@gmail.com

**Introducción:** Los teratomas son tumores que pueden originarse a partir de células pluripotenciales y contener las tres capas de células germinales embrionarias, generalmente se desarrollan en la línea media y fue Virchow quien usó por primera vez el término teratoma en 1869.

Los teratomas gástricos son neoplasias benignas raras del estómago, que afectan casi exclusivamente a los hombres, representan únicamente el 1% de todos los teratomas infantiles y el primer caso fue descrito en 1922 por Eustermann y Sentry. Las localizaciones más frecuentes son en área sacro coccígea (65%), gónadas (11%) y mediastino (11%). Casi siempre se diagnostican durante la lactancia debido a su gran tamaño. Los teratomas gástricos son de rara presentación en la edad adulta y más raro aún infiltrando el estómago causando hemorragia de vías digestivas como manifestación inicial por lo cual se considera de gran importancia la presentación del caso.

**Objetivos:** Presentar el caso de un adulto de 31 años con hemorragia de vías digestivas, sospecha de fístula gástrica en endoscopia de vías digestivas, toma de Tac abdominal con evidencia de lesión en curvatura menor gástrica con áreas de calcificación, fue llevado a laparotomía y gastrectomía total con hallazgo confirmado de patología de Teratoma gástrico maduro.

**Materiales:** Presentación de caso de un adulto de 31 años de edad, con hemorragia de vías digestivas altas caracterizada por hematemesis, con sospecha de fístula gástrica en curvatura menor en la endoscopia de vías digestivas, por lo cual se indica toma de tomografía abdominal contrastada donde se evidencia una lesión en curvatura menor gástrica con áreas de calcificación.

Revisión de la literatura.

**Resultados:** Fue llevado a laparotomía donde se evidencia masa con áreas de calcificación que infiltra la curvatura menor gástrica en su totalidad, permeando la pared; se practicó gastrectomía total y reconstrucción en Y de Roux. Patología confirmó diagnóstico Teratoma gástrico maduro.

Evolución adecuada, se siguen controles periódicos.

**Conclusiones:** Los teratomas gástricos son tumores benignos muy raros, pero lo que hace especial este caso es su presentación en la edad adulta, ya que, por lo general, se diagnostican en la lactancia, además de su presentación como hemorragia de vías digestivas altas y su localización en la curvatura menor saliendo de todas las estadísticas descritas, siendo éste, el primer caso que encontramos reportado en la literatura con todas estas características.

El manejo, por su compromiso y localización, consistió en gastrectomía total, con una adecuada evolución constatada en sus controles, con un pronóstico excelente al ser del tipo maduro, sin requerir quimioterapia adyuvante.

### 03 - ID193

#### Tumor neuroendocrino gástrico tipo I: a propósito de un caso

Juan Sebastián Parra-Puentes, Juan Manuel Torres-Restrepo, Juan David Areiza-Paramo, Sebastián Serrano-Valderrama, Cristhian Felipe Ramírez-Ramos  
Hospital Universitario Clínica San Rafael  
juansebastianparra@gmail.com

**Introducción:** Los tumores neuroendocrinos (TNE) gástricos representan el 7% de todos los tumores carcinoides y menos del 1% de las lesiones del estómago.

**Objetivos:** Presentar el caso de una patología infrecuente.

**Materiales:** Paciente femenina de 80 años de edad, con cuadro de 2 años de dolor abdominal difuso, asociado a distensión y vómitos, con pérdida de peso significativa.

Búsqueda de la literatura del manejo contemporáneo.

**Resultados:** Estudio endoscópico inicial con lesión polipoidea de 18 mm en curvatura menor. Estudio histológico mostró gastritis crónica con atrofia severa y metaplasia intestinal extensa sin displasia; inmunohistoquímica de la lesión positiva para cromogranina y sinaptofisina en células neoplásicas, Ki-67 de 2% compatible con tumor neuroendocrino

gástrico tipo I (niveles de gastrina 639 pg/ml [rango 13-115]). Tomografía toracoabdominal sin metástasis, gammagrafía con octreotide con incremento anormal leve y difuso de la captación en la pared gástrica. Se indicó polipectomía endoscópica de lesión, sin poder identificar pólipo. Persistió con síntomas por lo que se inició manejo con octreotide, con respuesta clínica completa.

**Conclusiones:** Los tumores neuroendocrinos gástricos son lesiones infrecuentes y sin síntomas carcinoides. El manejo óptimo de los tipo I menores de 1 cm es controversial (seguimiento versus remoción endoscópica). El tratamiento de los tumores de 1 a 2 cm también es incierto. La sociedad europea de tumores neuroendocrinos sugiere remoción endoscópica de los mayores de 1 cm sin invasión de la muscular propia y resección quirúrgica y de ganglios cuando hay invasión más allá de la submucosa. El manejo médico es una alternativa para los que no pueden tener manejo endoscópico.

### 03 - ID194

#### Vólvulo del ciego en paciente con situs inversus parcial, en Hospital de IV nivel, Bogotá, Colombia

*Elkin Benítez, Sebastián Díaz, Susana Rojas*

Hospital Universitario Mayor  
elkinben@gmail.com

**Introducción:** El situs inversus es una patología muy poco frecuente, en el que se evidencia transposición de los órganos de la cavidad torácica y abdominal, en algunos casos es total y en otros, parcial; la posición del corazón es la que determina la totalidad de la transposición. El vólvulo del ciego es una de las causas de obstrucciones intestinales en el adulto, con una incidencia de presentación de 2.8-7.1 por millón de personas año. Cuando se conjugan ambas patologías, un situs inversus parcial y un vólvulo del ciego, se constituye un caso excepcional de presentación.

**Objetivos:** Reportar un caso clínico que a nivel mundial tiene muy baja incidencia

Ampliar el conocimiento de esta patología.

**Materiales:** Paciente de 35 años de edad con situs inversus parcial reportado en TAC abdominal contrastado, con cuadro clínico de dolor abdominal

asociado a obstrucción intestinal de asa cerrada con vólvulos del colon ascendente y ángulo hepático, válvula ileocecal competente y líquido libre, que no descartan estrangulación. La paciente fue llevada a manejo quirúrgico.

**Resultados:** Los hallazgos de la laparotomía exploratoria fueron ciego laxo totalmente móvil, con vólvulos de 360 grados sobre su eje, con dilatación crítica de 10 cm, abundante líquido de reacción peritoneal y asas intestinales en disposición de situs inversus. Ante estos hallazgos se practicó hemicolectomía del colon ascendente y transversal proximal con ileotransverso anastomosis. Posterior evolución adecuada hasta el egreso

**Conclusiones:** Caso clínico extremadamente raro en su incidencia de presentación, que cuenta con muy pocos reportes a nivel mundial y amerita su mención y estudio posterior para ampliar el conocimiento actual de esta patología

## CIRUGÍA BARIÁTRICA

### 03 - ID195

#### Actualización en cirugía bariátrica: conversión de banda gástrica a bypass gástrico

*Alfonso Márquez, Andrés Salazar, Ricardo Metke*

Hospital Universitario San Ignacio  
Metke88@gmail.com

**Introducción:** La cirugía bariátrica es un procedimiento cada vez más frecuente en el contexto del aumento de la obesidad a nivel mundial. Los procedimientos como la colocación de banda gástrica, con el pasar del tiempo, han demostrado que en el seguimiento presentan fallas con regañancia del exceso de peso. En caso de presentarse obesidad en contexto de un procedimiento previo, se debe considerar la conversión de un procedimiento a otro, técnica que es cada vez más frecuente en la actualidad.

**Objetivos:** Presentar el caso clínico de una conversión de banda gástrica a bypass gástrico en el hospital universitario San Ignacio.

**Materiales:** Se documenta el proceso de diagnóstico y la indicación de conversión de banda gástrica

a bypass gástrica. Se registran los procedimientos realizados y se obtiene consentimiento informado del paciente para reporte de caso.

**Resultados:** Se registra el procedimiento realizado y el seguimiento del paciente evidenciando disminución progresiva de peso, documentando la eficacia en el procedimiento realizado.

**Conclusiones:** Los procedimientos quirúrgicos en la cirugía bariátrica han cambiado con el pasar de los años dada la efectividad a largo plazo de cada uno de los mismos. En el caso de la colocación de banda gástrica se ha visto la necesidad de realizar procedimientos de conversión a procedimientos con mayor efectividad, como una opción de tratamiento. Se puede ver como en centros con cirujanos de experiencia, como el hospital universitario San Ignacio, se pueden esperar procedimientos de alta complejidad con buenos desenlaces.

### 03 - ID196

#### Hernia de Peterson: ¿el cierre del defecto disminuye la hernia?. Reporte de casos

*Braulio G. Velásquez C., Jiménez R. Lia J., Herrera C. Jorge*  
Universidad del Cauca  
giovannyv@unicauca.edu.co

**Introducción:** La hernia del espacio de Petersen es una complicación tardía del bypass gástrico, que consiste en la protrusión de asas intestinales a través un defecto entre el asa alimentaria y el mesocolon transversal.

**Objetivos:** Presentar complicaciones de la hernia de Petersen, con o sin cierre de defecto en primera cirugía.

**Materiales:** Estudio descriptivo con reporte de casos y revisión de la bibliografía.

**Resultados:** Se presentan dos casos de bypass gástrico: en el primero de una paciente femenina quien se presenta en urgencias con dolor abdominal, con diagnóstico de hernia de Petersen con sufrimiento de asa que ameritó resección intestinal.

El segundo caso se trata de un paciente masculino con intervención 15 meses antes de la presentación aguda de la hernia como expresión de obstrucción

intestinal, que se manejó en quirófano sin complicaciones.

Al revisar ambas presentaciones llama la atención que en el primero no se realizó cierre preventivo del espacio y en el segundo sí.

**Conclusiones:** Al revisar la literatura se encuentra que, a pesar del cierre preventivo del espacio de Petersen, debido a la disminución significativa de peso, hay una tendencia a generarse aumento del tamaño de los defectos. Aunque se ha reportado disminución de hernias con el cierre en la cirugía primaria, no hay evidencia significativa que apoye esta práctica.

### 03 - ID197

#### Porfiria intermitente aguda complicando una gastrectomía vertical o manga gástrica

*Mauricio Zuluaga, Ivo Siljic, Yeni Arroyave*  
Hospital Universitario del Valle - Universidad del Valle -  
Universidad del Cauca  
yarroyave@unicauca.edu.co

**Introducción:** La porfiria intermitente aguda (PIA) es una patología inusual, y su presentación como complicación postoperatoria de una gastrectomía vertical o manga gástrica lo es aún más.

**Objetivos:** Presentar un caso de porfiria intermitente aguda en el postoperatorio tardío de una gastrectomía vertical o manga gástrica.

**Materiales:** Recolección de información de la historia clínica y seguimiento de la evolución clínica construyendo un reporte de caso y revisión de la literatura.

**Resultados:** Paciente de 20 años de edad, con índice de masa corporal de 49 kg/m<sup>2</sup> a quien se le realizó gastrectomía vertical o manga gástrica para manejo de obesidad. Dos meses después es ingresada a urgencias por dolor abdominal náuseas, emesis, mareo, visión borrosa, coluria, diplopía, parestesias, dolor y paresia en extremidades, hasta la postración. Permaneció hospitalizada por 40 días, sospecharon encefalopatía de Wernicke por lo que iniciaron manejo empírico con tiamina y líquidos dextrosados. El perfil infeccioso, perfil inmunológico, la tomografía cerebral y de abdomen fueron normales, la electro-

miografía evidenció mononeuropatía de nervio peroneo. Interrogaron también porfiria intermitente aguda por lo que solicitaron porfobilinógeno y test de Hoesch que fueron positivos; hematología confirmó el diagnóstico, con primera crisis en relación a la dieta y gastrectomía vertical o manga gástrica. Último control ambulatorio en abril de 2019, con IMC 34 kg/m<sup>2</sup>, mejoría notoria de síntomas visuales, dolor neuropático y fuerza muscular, puede caminar usando apoyo en otra persona

**Conclusiones:** Además del estrés quirúrgico, la limitación de la ingesta calórica puede provocar crisis de porfiria intermitente aguda, por lo que ante alteraciones neurológicas y gastroenterológicas postoperatorias, con todos los demás exámenes normales, debemos considerar el diagnóstico de porfiria intermitente aguda.

### 03 - ID198

#### Protocolo de tromboprofilaxis en cirugía bariátrica y metabólica del centro clínico La Sagrada Familia

*Guillermo Borjas, Ali Urdaneta, María González, Eduardo Ramos*

Centro Clínico La Sagrada Familia  
drguillermoborjas@hotmail.com

**Introducción:** El tromboembolismo venoso (TV) es una de las afecciones más importantes del sistema circulatorio, siendo la tercera causa de mortalidad cardiovascular. Teniendo una incidencia de 0.8 a 1.9 por cada 1.000 personas, incidencia que luego de la cirugía bariátrica varía desde 0,3 hasta 3.3%. El origen es multifactorial, pero en casos de obesidad con índice de masa corporal mayor a 30 Kg/m<sup>2</sup>, el riesgo aumenta significativamente, por lo que en cirugía bariátrica es indispensable la profilaxis de tromboembolismo venoso.

**Objetivos:** El objetivo de nuestra investigación fue ver la eficacia de nuestro protocolo de profilaxis en los 387 pacientes sometidos a cirugía bariátrica entre los años 2017-2018, en el Centro Clínico “La Sagrada Familia”.

**Materiales:** Estudio transversal y descriptivo, uniendo las guías internacionales con nuestras pautas de trabajo, clasificando a cada paciente en bajo,

moderado o alto riesgo, para decidir el tipo de profilaxis. Actualmente trabajamos con profilaxis mecánica en todos los casos, siendo esta la utilización de medias de compresión y deambulación precoz a las 6 horas del postoperatorio o profilaxis farmacológica en pacientes de riesgo más elevado, utilizando Enoxaparina Sódica a dosis de 40mg, subcutánea, interdiaria cumpliendo 5 dosis o diaria por 5 días en riesgo más elevado. Casos particulares de riesgo muy elevado se debe extender hasta 15-21 días de profilaxis.

**Resultados:** Pudimos comprobar que el protocolo aplicado es totalmente seguro ya que se reportó una complicación en un solo caso de los 387 pacientes operados en el periodo.

**Conclusiones:** Podemos concluir que la omisión de esta profilaxis puede traer consigo complicaciones graves, que son evitables con las medidas profilácticas correctas.

### 03 - ID199

#### Manga gástrica laparoscópica en paciente con obesidad morbida y situs inversus totalis. Reporte de caso

*Fredy Romaña Mosquera, Marlon Espinosa, Felipe Beltrán, Luis Herrera, Arturo Hernández, Dairo Salazar.*

Universidad de Cartagena  
fredy.romamos@hotmail.com

**Introducción:** Situs inversus totalis (SIT) es una condición relativamente rara encontrada en aproximadamente 1 de cada 5,000 a 20,000 personas. Es un defecto congénito autosómico recesivo, en el que un órgano abdominal o torácico se posiciona como "imagen en espejo" de la posición normal en plano sagital. Desde 2015 cuando reportaron el primer caso de cirugía bariátrica laparoscópica (CBL) para paciente con situs inversus totalis, hemos visto más pacientes llevados a cirugías realizadas exitosamente.

**Objetivos:** Evidenciar la aplicabilidad segura de cirugía bariátrica en pacientes con situs inversus.

Presentamos un caso, el primero reportado en Colombia.

**Materiales:** Presentamos el caso de un paciente masculino de 46 años de edad, con índice de masa

corporal de 39.1kg/m<sup>2</sup>, quien ingresa a nuestro programa de cirugía bariátrica a tratarse por obesidad mórbida. Como historial refería hipertensión arterial, diabetes mellitus 2 y situs inversus totalis. En el preoperatorio la radiografía torácica evidenció dextrocardia y la esófago-gastro-dudenoscopia y el ecocardiograma fueron reportados normales.

**Resultados:** Tiempo quirúrgico de 120 minutos, evolucionando satisfactoriamente, toleró vía oral a las 6 horas y fue dado de alta 24 horas de postquirúrgico. En control ambulatorio, con adecuada evolución y pérdida peso 11 kg al día 17.

**Conclusiones:** El situs inversus asociado a obesidad es una condición rara, que tiene un riesgo cardiovascular elevado similar en población general, convirtiendo estos pacientes candidatos para cirugía bariátrica de forma segura. Para el cirujano esta condición genera un desafío adicional, que se reduce y controla adecuadamente conociendo la anatomía en espejo del situs inversus totalis, por esto los estudios prequirúrgicos (radiografía de tórax, endoscopia digestiva alta, ecocardiograma) son importante para el planteamiento quirúrgico y lograr el procedimiento sin contratiempos.

### 03 - ID201

#### Trombopprofilaxis después de cirugía bariátrica. Nuestra experiencia.

*Ricardo Nassar, Juan David Hernández, Alberto Ricaurte, Jorge Luis Turizo, Lina Rodríguez*

Hospital Universitario Fundación Santa Fé de Bogotá  
Turizo0324@hotmail.com

**Introducción:** La profilaxis para el tromboembolismo venoso (TEV) se administra rutinariamente a los pacientes sometidos a cirugía bariátrica. Estos tienen por lo menos riesgo intermedio. Las herramientas para la profilaxis incluyen compresión, quimioprofilaxis y el uso de filtros de vena cava (IVC).

**Objetivos:** Evaluar la seguridad y la eficacia del uso de enoxaparina en el postoperatorio de cirugía bariátrica en el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá.

**Materiales:** Estudio retrospectivo utilizando la base de datos de postoperatorios de cirugía bariátrica, desde enero de 2002 hasta diciembre de 2017,

en el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá.

**Resultados:** Un total de 2978 pacientes se sometieron a cirugía bariátrica, 1292 a gastrectomía laparoscópica tipo manga (LSG), 770 bandas gástricas, 749 derivaciones gástricas y 167 a conversión de LSG a derivación gástrica. En 3 (0.1%) pacientes fueron diagnosticados eventos tromboembólicos, y en 1 (0.03%) sangrado que requirió reintervención. La edad media de los pacientes que se complicaron fue de 39,3 años, siendo 3 mujeres y 1 hombre. No hubo mortalidad. La mediana del índice de masa corporal preoperatoria (IMC) fue de 37,2 kg/m<sup>2</sup> y el tiempo operatorio fue de 128,5 min en promedio. La duración de la anticoagulación postoperatoria fue de 12,5 días. El tiempo transcurrido hasta el diagnóstico después de la cirugía fue de 18 horas. Tres pacientes fueron diagnosticados con patologías hematológicas.

**Conclusiones:** De acuerdo con nuestra experiencia, la enoxaparina es segura y efectiva evitando eventos tromboembólicos en pacientes que se han sometido a una cirugía bariátrica.

### 03 - ID202

#### Tumor desmoide gástrico postquirúrgico, reporte de caso en Fundación Santafé de Bogotá, Colombia

*Ricardo Nassar, Elkin Benítez, Ángela Rios, Alberto Ricaurte, Juan David Hernández, Natan Zundel*

Fundación Santa Fe de Bogotá  
elkinben@gmail.com

**Introducción:** La fibromatosis desmoide es parte de los tumores de tejidos blandos y tiene múltiples localizaciones, son tumores raros sin capacidad metastásica, con gran capacidad de recurrencia

**Objetivos:** Reportar un caso clínico de tumor desmoide gástrico postquirúrgico en la Fundación Santafé de Bogotá

**Materiales:** Paciente de 30 años de edad, con antecedente de plicatura gástrica bariátrica llevada a cabo en otra institución, quien fue llevado posteriormente a manga gástrica por laparoscopia con resección de la lesión, la cual fue enviada a patología para su estudio.

**Resultados:** La confirmación histopatológica de lesión fibroblástica/miofibroblástica de 1.6 cm en su diámetro mayor, hay evidencia de presencia de tejido cicatricial de procedimiento previo, restos de sutura mecánica en la curvatura mayor del procedimiento previo, la inmunohistoquímica confirma que es positiva para actina del musculo liso, desmina y beta catenina, que confirma la presencia de fibromatosis desmoide

**Conclusiones:** La fibromatosis desmoide es una patología infiltrativa de muy baja incidencia, que no tiene capacidad metastásica, pero tiene gran capacidad de recurrencia. La importancia de este reporte es la excepcional asociación entre la fibromatosis desmoide y el tejido gástrico, que no ha sido reportado previamente. La importancia del manejo es que debe ser multidisciplinario y el tipo de tratamiento puede ser médico con observación clínica o quirúrgico.

## COLON Y RECTO

### 03 - ID204

#### Gangrena de Fournier por espina de pescado: reporte de caso

*Carlos arenas, Dayana Jiménez*  
dayanajime@gmail.com

**Introducción:** La gangrena de Fournier es un tipo de fasciitis necrosante que afecta el periné y la región genital, y se asocia con altas tasas de mortalidad. Frecuentemente se encuentra relacionada con factores de riesgo como la diabetes mellitus y diversos estados de inmunosupresión, procedimientos o tratamientos quirúrgicos del área genital, perineal o anorectal

**Objetivos:** Este estudio tiene como objetivo principal describir un caso clínico casi excepcional de una mujer adulta mayor, sin antecedentes relacionados, que desarrolló gangrena de Fournier luego de la ingesta de una espina de pescado.

**Materiales:** Estudio observacional, descriptivo, tipo reporte de caso.

**Resultados:** Paciente quien consultó a nuestro servicio de urgencias por cuadro clínico de 10 días de

evolución consistente en dolor en región anal y región glútea izquierda, de intensidad moderada, asociado a estreñimiento. Relacionaba el cuadro clínico con el consumo de pescado, siendo tratada al inicio por medicina general con baños de asiento, lidocaína en gel y antibioticoterapia vía oral, escalonada en futuras consultas a endovenoso por hospitalización en casa. Sin embargo, por la persistencia de dolor y aparición de eritema en región glútea bilateral, perianal y genital externa, asociado a induración y colección glútea izquierda, nuevamente asiste a urgencias, donde en los hallazgos físicos resalta la dificultad para evaluar la región perianal por eritema y gran dolor, que en corto tiempo evoluciona a áreas de necrosis, con deterioro del estado general de la paciente. Fue intervenida de manera multidisciplinaria con hallazgos quirúrgicos de espina de pescado sin digerir en tejido celular subcutáneo en región glútea; retiro de esta quirúrgicamente, manejo antibiótico y reconstrucción de la región afectada.

**Conclusiones:** La ingesta accidental de una espina de pescado puede desarrollar de forma poco frecuente, pero igualmente grave, la aparición de la gangrena de Fournier.

### 03 - ID205

#### Malabsorción intestinal como factor de mal pronóstico en tuberculosis peritoneal: revisión de un caso

*Nairo Javier Senejoa Nuñez, Carlos Edmundo Martínez Jaramillo, Heinz Orlando Ibañez Varela, Luis Francisco Miranda Ruiz, Roberto José Rodríguez Flórez, Alfredo Andrés Muñoz Rangel*

Universidad Militar Nueva Granada - Hospital Militar Central  
coloproctologia@gmail.com

**Introducción:** La tuberculosis es considerada un problema de salud pública a nivel mundial; se estima que anualmente nueve millones de personas en el mundo adquieren esta enfermedad. La tuberculosis abdominal representa del 11-16% de los casos de tuberculosis extrapulmonar, representando la sexta forma de presentación. La región ileocecal representa el sitio anatómico más afectado por el *Mycobacterium* (85-90%), ocasionando complicaciones graves como estenosis y obstrucción. El 90% de estos

pacientes responden al tratamiento antituberculoso convencional. En los pacientes no respondedores se ha observado una mortalidad que puede alcanzar el 90%, explicado por un síndrome de malabsorción intestinal como un factor asociado.

**Objetivos:** Mostrar el impacto que tiene la malabsorción intestinal como factor de mal pronóstico en tuberculosis peritoneal.

**Materiales:** Paciente de 75 años de edad, con diagnóstico de tuberculosis pulmonar en manejo antituberculoso en segunda fase, sarcopénico, con ascitis, deposiciones diarreicas y rectorragia. Colonoscopia que mostró lesión estenosante en ciego, con compromiso del 90% de la luz, con reporte de patología que informó colitis crónica ulcerada granulomatosa.

**Resultados:** Enterorresonancia mostró estenosis de 91x46x50mm, que se extiende desde el íleon terminal hasta la porción proximal ascendente de colon. Se inicia manejo nutricional por desnutrición severa, previo a la realización de hemicolectomía derecha. Presenta obstrucción intestinal aguda y es llevado a hemicolectomía derecha, ileostomía y fistula mucosa. Evolución postoperatoria tórpida, refractaria a manejo médico, con desenlace fatal.

**Conclusiones:** El síndrome de malabsorción derivado del compromiso ileocecal en pacientes con tuberculosis intestinal, se relaciona directamente con la falta de respuesta al manejo médico, desnutrición y mayor tasa de mortalidad.

### 03 - ID206

#### Miositis por E. coli versus fistula de ciego

*Mónica Liliana Pulido Beltrán, María Elena Velásquez Acosta, Rafael García Duperly, Anwar Medellín Abueta, Carlos Manuel López Guzmán*

Fundación Santa Fe de Bogotá  
me.velasquez@uniandes.edu.co

**Introducción:** La piomiositis es una infección bacteriana del músculo esquelético, en la que el S. aureus es la etiología en 90%; E. coli es una causa emergente en pacientes inmunocomprometidos. Los músculos afectados con mayor frecuencia son los músculos largos de los miembros y el tronco. Pueden presentarse abscesos de forma concomitan-

te. Los estudios imaginológicos son la herramienta más útil para el diagnóstico, siendo la RMN la imagen de elección.

**Objetivos:** Presentamos el caso de una paciente inmunocompetente con sospecha de esta afección.

**Materiales:** Paciente femenina de 28 años de edad, con antecedente de apendicectomía por laparoscopia en 2017, quien cursó con dolor crónico en flanco y fosa iliaca derecha, con posteriores cambios inflamatorios en piel. RMN muestra tejido inflamatorio crónico retroperitoneal derecho, con compromiso del músculo psoas ilíaco, en contacto con la pared posterior del colon ascendente, edema y proceso inflamatorio en músculos oblicuo interno, transversal del abdomen, glúteos medio y menor, osteítis de cresta ilíaca. Recibió antibiotioterapia de amplio espectro y drenajes percutáneos con pobre respuesta. Al aislar E. coli, se sospechó origen colónico de la infección y se llevó a laparoscopia diagnóstica

**Resultados:** En cirugía se evidencia trayecto del colon ascendente que se introduce a la pared abdominal posterolateral; se liberan adherencias y se practica cecectomía. Evolución postquirúrgica satisfactoria.

**Conclusiones:** Las infecciones de tejidos blandos pueden tener origen en las vísceras huecas adyacentes. Este caso ilustra cómo una fistula del colon puede mantenerse activa en forma crónica y manifestarse como una infección de tejidos blandos. En este caso requirió una cecectomía puesto que su etiología era una fistula del ciego.

### 03 - ID207

#### Presentación aberrante de un dolico colon en paciente de edad avanzada: a propósito de un caso

*Rivas-Goyes Jesús Alexander, Mera-Martínez Paulo Francisco, Portillo-Miño José Darío*

Hospital Universitario Departamental de Nariño, Pasto - Colombia  
paulofrancisco4@hotmail.com

**Introducción:** El dolico colon es una patología supramente inusual, etiológicamente difícil de establecer, por lo tanto, deben emplearse los elementos de juicio necesarios para un abordaje quirúrgico pertinente.

Se presenta un paciente de 55 años de edad, con antecedente de doble devolvulación y cuadro clínico de 7 meses de evolución consistente en estreñimiento crónico, quien consulta por presentar dolor abdominal incapacitante. Fue llevado a procedimiento quirúrgico por sospecha de obstrucción intestinal; sin hallazgos imagenológicos contundentes sugestivos de la enfermedad. Intraoperatoriamente, se encuentra 4 volvulaciones en diferentes segmentos del colon y dolicocolon de forma incidental, constituyéndose un verdadero desafío alcanzar el diagnóstico preoperatorio.

**Objetivos:** Se intenta proporcionar los elementos de juicio pertinentes para sospechar clínicamente del comportamiento biológico de la patología, evidenciando componentes habituales en la presentación clínica del dolicocolon.

**Materiales:** Se revisaron la historia clínica del paciente, estudios imagenológicos y de material fotográfico de los hallazgos quirúrgicos.

Se hizo revisión de la literatura en las bases de datos Medline, Ovid y Cochrane.

**Resultados:** A partir de la experiencia de reporte de caso presentado, se pretende aportar un valioso conocimiento que enriquezca la práctica clínica para el abordaje adecuado de dolicocolon.

**Conclusiones:** La presentación del dolicocolon con las características descritas es típica, sin embargo, excepcionalmente raro en la práctica clínica y potencialmente fatal cuando presenta complicaciones, planteando un escenario desafiante en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico temprano debido a las circunstancias deletéreas y conspicuas del caso.

### 03 - ID208

#### Reconstrucción posterior a resección abdominoperineal de recto con colgajo de pliegue glúteo inferior

Alexander Obando, Luis Enrique Meza, Yezith Manotas y Andrea Tamayo  
Fundación Valle del Lili  
y2mq@hotmail.com

**Introducción:** Los colgajos de pliegues glúteos inferior se han documentado para reconstrucciones

vulvovaginales, pero existen pocas series publicadas de su uso para la reconstrucción perineal después de la resección abdominoperineal por adenocarcinoma rectal inferior.

**Objetivos:** Documentamos nuestra experiencia en el uso de colgajo de pliegues glúteos inferior después de la escisión radical del cáncer rectal como opción adecuada y viable para la reconstrucción perineal después de una resección abdominoperineal.

**Materiales:** Se compilaron datos de tres casos del servicio de cirugía colorrectal en conjunto con el servicio de cirugía plástica. Se registraron la indicación, procedimiento quirúrgico, complicaciones y el seguimiento, así como la incidencia de terapia neoadyuvante o adyuvante.

**Resultados:** Se trataron tres pacientes con colgajos fasciocutáneos de los pliegues glúteos inferior, una vez culminado el tiempo perineal de la escisión anorrectal radical. La indicación para la escisión anorrectal fue adenocarcinoma rectal inferior. Los colgajos se realizaron de manera unilateral en todos los pacientes. Todos los colgajos presentaron adecuada evolución, ninguno de los pacientes requirió cirugía adicional y no se presentaron complicaciones. El período medio de seguimiento fue de 6 meses.

**Conclusiones:** Los colgajos de pliegue glúteo inferior son una opción adecuada y viable para la reconstrucción perineal, después de una escisión anorrectal radical en paciente con adenocarcinoma rectal, a pesar de la irradiación local, y puede considerarse para aquellos defectos medianos y grandes.

### 03 - ID209

#### Resección abdominoperineal de recto con técnica en pronó

Alexander Obando, Abraham Kestenberg, Yezith Manotas, Jesica Capre y Andrea Tamayo  
Fundación Valle del Lili  
y2mq@hotmail.com

**Introducción:** Durante los últimos años, los avances en la cirugía del cáncer de recto se han centraron, principalmente, en la técnica quirúrgica de la escisión total mesorrectal, y con ello cambios dinámicos en las técnicas quirúrgicas para el mejor con-

trol de la enfermedad. Tal como ha ocurrido en la resección abdominoperineal, se ha propuesto realizar el tiempo perineal en posición prono-navaja para disminuir el riesgo de perforación rectal y tumoral, obtener un espécimen de resección más cilíndrico y reducir el compromiso del margen circunferencial.

**Objetivos:** Documentar nuestra experiencia de realizar el tiempo perineal en posición prono-navaja, lo que nos permite una excelente visión operatoria y probablemente mejora los resultados oncológicos.

**Materiales:** Se compilaron datos de ocho casos del servicio de cirugía colorrectal. Se registraron la indicación, procedimiento quirúrgico, complicaciones, reporte de patología, integridad del mesorrecto, seguimiento, así como la incidencia de terapia neoadyuvante / adyuvante.

**Resultados:** Se realizó el tiempo perineal de la resección abdominoperineal en posición prono, en todos los pacientes. La indicación para la escisión anorrectal fue adenocarcinoma rectal inferior. Todos los pacientes presentaron adecuada evolución; se informan complicaciones menores (grado I y II según Clavein y Dindo) y morbilidad perioperatoria global baja.

**Conclusiones:** La posición en prono del tiempo perineal en la escisión abdominoperineal, es una técnica reproducible y aplicable, que aporta las ventajas de poder voltear el recto para diseccionar la cara anterior bajo visión directa, visualizar mejor y así respetar los nervios y vasos sanguíneos pélvicos, lo que lleva a una disección técnicamente más sencilla, con mejor identificación de los planos anatómicos y probablemente mejora los resultados oncológicos.

### 03 - ID210

#### Úlceras colónicas por estrés en paciente quemado: reporte de un caso y revisión de la literatura

*Gonzalez Ivette, Pineda Marcela, Parra Patricia, Lopez Carlos*  
Hospital Simón Bolívar  
Marce\_12\_30@hotmail.com

**Introducción:** Las úlceras por estrés y su desarrollo están relacionados con la condición clínica aguda del paciente, en donde se compromete la integridad de la pared del tracto gastrointestinal. En

la mayoría de las oportunidades el compromiso se encuentra limitado al tracto gastrointestinal superior, no obstante, se ha observado el desarrollo de lesiones ulceradas en tracto gastrointestinal bajo secundario a procesos isquémicos en pacientes severamente comprometidos por patologías de base, cuyo principal signo clínico adicional a dolor abdominal es sangrado gastrointestinal bajo (hematoquecia y rectorragia).

**Objetivos:** Establecer el mejor tratamiento según la evidencia y revisar la literatura actual sobre úlceras por estrés en tracto gastrointestinal bajo, con énfasis en su diagnóstico y tratamiento oportuno.

**Materiales:** Paciente de 26 años de edad, con quemadura extensa y compromiso de 63% de ASC secundario a explosión. Durante hospitalización cursa con rectorragia profusa, sometida a manejo médico inicialmente, posterior intento con escleroterapia fallida y embolización selectiva igualmente fallida, por lo que paciente fue llevado de manera urgente a colectomía total.

**Resultados:** Evolución postoperatoria sin complicaciones, no se evidenció nuevo sangrado gastrointestinal ni anemia severa secundaria.

**Conclusiones:** Las úlceras colónicas pueden tener un origen múltiple; de acuerdo a la condición clínica de los pacientes se puede orientar a su etiología y posible manejo. Estadísticamente el principal origen de dichas úlceras es el uso crónico de antiinflamatorios no esteroideos, sin embargo, en pacientes con alto estrés metabólico, la principal causa es la isquemia de la mucosa, cuyo manejo definitivo es el quirúrgico.

## HEPATOBILIAR

### 03 - ID211

#### Derivación Meso-Rex para el tratamiento de la degeneración cavernomatosa de la porta

*Cesar Jimenez; Leonardo Randial; Ivan Silva, Osiris Moreno*  
Hospital Simón Bolívar  
cesarejmd@yahoo.com

**Introducción:** La hipertensión portal es una entidad multifactorial de difícil manejo y complicacio-

nes a largo y mediano plazo, que pueden llevar a la muerte del paciente. En niños la principal causa es la degeneración cavernomatosa de la porta por obstrucción portal extrahepática; otras causas en adultos más frecuentes son los fenómenos de hipercoagulabilidad o procesos inflamatorios adyacentes a la porta. El tratamiento con anticoagulación ha sido el estándar, pero se ha visto que otras intervenciones pueden generar inclusive curación de esta entidad al realizarse derivaciones anatómicas que restauren el flujo portal normal. La derivación meso-rex es un procedimiento quirúrgico ideado para la trombosis de la vena porta luego de trasplante hepático, pero se ha visto ideal para los casos de obstrucción portal extrahepática sin daño hepático, por lo que se ha utilizado principalmente en niños; en adultos aun hay pocos estudios y su uso no es muy difundido.

**Objetivos:** Presentar un caso de derivación meso-rex exitoso, indicaciones y técnica quirúrgica.

**Materiales:** Se describe el caso de una paciente femenina de 14 años de edad, proveniente de zona rural de Arauca, con cuadro de hemorragia de vías digestivas a repetición (2 - 3 episodios por mes) que requería transfusión y hospitalización en cada episodio, que se estudió y presentaba como causa de sangrado varices esofágicas grado dos, hipertensión portal extrahepática con degeneración cavernomatosa de la porta, y esplenomegalia severa. Se decidió llevar a manejo quirúrgico en vista de sangrados a repetición, anemia crónica y proveniente de zona rural. Se realizó derivación de la vena porta izquierda, en el receso rex del hígado izquierdo y la vena mesentérica superior inframesocólica, utilizando injerto de vena yugular interna y de vena femoral, en vista que la yugular resulto ser muy corta ,

**Resultados:** Procedimiento exitoso, no hubo complicaciones intraoperatorias. La paciente desarrolló hiperesplenismo en el postoperatorio, que se manejó conservadoramente con mejoría espontánea, que resolvió a los 5 días. Se realizó dúplex portal y tomografía contrastada con fase portal a los 8 días del procedimiento, con permeabilidad del injerto. Endoscopia de control con disminución y casi desaparición de las varices esofágicas. Se dio de alta a los 7 días después del procedimiento con anticoagulación plena.

**Conclusiones:** La derivación meso-rex es una técnica ideal para los pacientes con obstrucción portal extrahepática, usado principalmente en niños, pero que puede ser una buena opción en adultos.

### 03 - ID212

#### Fibrosis de la vía biliar intrahepática en paciente con estenosis de la vía biliar: reporte de un caso

*Angélica M. Delgado Quintero, Manuel Alejandro Giraldo P, Mónica A. Solís, David Benítez, Michael Zapata Palomino, Felipe Castro Villegas*

Hospital Universitario del Valle - Universidad del Valle  
Angelica\_2088@hotmail.com

**Introducción:** La obstrucción benigna de la vía biliar es un trastorno poco frecuente, en relación 1:4 con obstrucciones malignas. Sus causas son principalmente trauma o estados posoperatorios. Generalmente se lleva el paciente a cirugía pensando en la presencia de una patología maligna

**Objetivos:** Presentar el caso clínico de una paciente con estenosis benigna de la vía biliar

**Materiales:** Reporte de caso, revisión de historia clínica de Hospital Universitario del Valle de una paciente femenina de 29 años de edad, sin antecedentes, quien consulta por cuadro clínico de ictericia de 6 meses de evolución. Previo a su ingreso se le realizaron múltiples estudios: CPER que reporta estenosis en punta de lápiz a nivel del conducto hepático común; manejada inicialmente con stent, ColangioRNM que evidencia amputación del conducto hepático común con dilatación de los ductos izquierdos e imagen compatible con posible colangiocarcinoma,

**Resultados:** Se decidió llevar a cirugía donde se evidenció estenosis de los conductos hepáticos, por lo que se practicó reconstrucción de la vía biliar con doble anastomosis. Reporte de patología negativo para lesión neoplásica. Durante postoperatorio presenta buena evolución clínica con disminución de niveles de bilirrubinas por lo cual se da egreso

**Conclusiones:** Aunque se trata de un trastorno poco frecuente, es importante el conocimiento de este tipo de trastornos por el riesgo de complicaciones asociadas; al presentar ictericia obstructiva tiene el riesgo de complicarse con colangitis y a largo pla-

zo con cirrosis, por tal razón se requiere derivación de la vía biliar y un tratamiento quirúrgico definitivo.

### 03 - ID213

#### **Pancreatitis por IgG-4, el riesgo es que lo quieras operar**

*Paulo Cabrera, Daniel Morales, Santiago Mosquera, Akram Kadamani, Carlos Román, Felipe Casas*

Fundación CardioInfantil - Instituto de Cardiología  
cirujanosgenerales@cardioinfantil.org

**Introducción:** En la actualidad las enfermedades relacionadas con IgG-4 (ER-IgG4) cobran gran importancia pues significan un reto para el especialista en su diferenciación y conocimiento. Es así, como se consideran a estas entidades fibroinflamatorias sistémicas como las nuevas grandes simuladoras, y su espectro revela cada vez más casos relacionados con patología pancreatobiliar, como el colangiocarcinoma o adenocarcinoma de páncreas.

**Objetivos:** Se desea mostrar un caso clínico infrecuente de pancreatitis autoinmune y su relevancia como una simuladora de patología quirúrgica

**Materiales:** Descripción de un caso clínico de paciente masculino de 62 años de edad, con cuadro clínico de 5 días consistente en ictericia y epigastralgia, acompañado de coluria sin acolia; en el examen físico, dolor en hipocondrio derecho y paraclínicos séricos que revelan hiperbilirrubinemia obstructiva, y revisión corta de la literatura

**Resultados:** Ecografía abdominal determina lesión focal en cabeza de páncreas que condiciona dilatación de la vía biliar intra-extrahepática. Posteriormente resonancia magnética revela dilatación e “interrupción” del conducto pancreático, que puede estar relacionado con proceso autoinmune. Ecoendoscopia describe parénquima pancreático heterogéneo con focos y bandas hiperecoicas. En Junta médico-quirúrgica el equipo multidisciplinario decide iniciar manejo para pancreatitis autoinmune, a la espera de confirmación de IgG4, los cuales ambulatoriamente confirman sospecha diagnóstica.

**Conclusiones:** Las ER-IgG4 tienen una prevalencia creciente; entre ellas, la pancreatitis por IgG4 representa un diagnóstico diferencial a tener en

cuenta con pacientes que presenten patología pancreática acompañada de cuadros inespecíficos de afecciones sistémicas; lo cual para el especialista se convierte en un verdadero reto clínico y requiere para su diagnóstico alta sospecha, además de un manejo multidisciplinario.

### 03 - ID214

#### **Quiste pancreático complejo posterior, manejo clínico y quirúrgico**

*Angélica M. Delgado Quintero, Mónica A. Solís, Diego F. Caycedo, David Benítez, Michael Zapata Palomino, Felipe Castro Villegas*  
Hospital Universitario del Valle - Universidad del Valle  
Angelica\_2088@hotmail.com

**Introducción:** El manejo de los quistes pancreáticos complejos es un gran desafío para el cirujano, se trata de una entidad poco común. Reportamos manejo clínico y quirúrgico, mostrando la evolución desde pancreatitis hasta la resección y seguimiento posoperatorio, documentando con imágenes un tumor de gran tamaño llevado a pancreatectomía distal.

**Objetivos:** Presentar el caso de un paciente con antecedente de pancreatitis aguda severa, sometido a múltiples laparotomías, con necrosis pancreática, abscesos peripancreáticos y quiste pancreático complejo, con compromiso de estado general.

**Materiales:** Reporte de caso, revisión de historia clínica del Hospital Universitario del Valle de un paciente masculino de 53 años de edad, con antecedente de laparotomía exploratoria por abdomen agudo evidenciando pancreatitis, con posterior cierre de cavidad a los 21 días de la primera intervención. Ingresó a nuestra institución por cuadro de sepsis de origen abdominal.

**Resultados:** Se tomó TAC abdominal que mostró colecciones en fosa ilíaca izquierda y cola de páncreas, manejadas con drenaje percutáneo, se diagnosticó absceso pancreático por *Candida* spp tratado con antimicótico con mejoría. Presentó aparición de quiste pancreático complejo en tomografía, por lo cual se programó para pancreatectomía distal abierta, encontrando lesión quística compleja en cuerpo de páncreas, por lo que se seccionó el páncreas en

unión de cabeza y cuerpo preservando el bazo. La patología reportó esteatonecrosis, negativo para tuberculosis. Paciente con mejoría clínica completa, se dio egreso.

**Conclusiones:** Se trata de un caso consecuencia de un procedimiento que se debe evitar: necrosectomía de páncreas en abdomen agudo. Denota gran complejidad durante el manejo intraoperatorio dado su comportamiento maligno, preservando el bazo.

### 03 - ID215

#### **Síndrome de Bouveret, una causa extraña de obstrucción intestinal alta. Reporte de caso**

*Sergio Andrés Siado, Fermín Alonso Canal, Héctor Conrado Jiménez Sánchez, Carlos Mauricio Martínez Montalvo, Marcela Osorio Santos*

Universidad Surcolombiana - Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo  
carlitos220792@gmail.com

**Introducción:** El síndrome de Bouveret es una patología poco frecuente, la cual se caracteriza por la presencia de obstrucción gástrica o duodenal secundario a un cálculo enclavado en la luz duodenal, el cual migra a través de una fistula colecistoduodenal. Su incidencia es alrededor de 1 al 3% de todos los casos de íleo biliar y los principales síntomas consisten en vómito, dolor abdominal, hematemesis, pérdida de peso y anorexia. En el 91% de los casos se requiere manejo quirúrgico.

**Objetivos:** Describir caso de síndrome de Bouveret, una patología de baja incidencia y revisión de tema.

**Materiales:** Búsqueda de bibliografía en base de datos y revisión de historia clínica.

**Resultados:** Paciente de 50 años de edad, con cuadro clínico de 2 meses de evolución, de dolor abdominal en epigastrio y mesogastrio, distensión abdominal y múltiples episodios de emesis. Al examen físico con clínica de obstrucción intestinal, por lo cual se realizó tomografía abdominal donde se evidenció obstrucción intestinal por imagen intraluminal en primera porción duodenal, asociado a tríada de Rigler, con diagnóstico de síndrome de Bouveret.

**Conclusiones:** Patología de baja incidencia, con sintomatología de presentación amplia. En este caso de obstrucción intestinal alta asociado a hallazgos imagiológicos tomográficos, con criterios de triada de Rigler, se diagnosticó síndrome de Bouveret.

### 03 - ID216

#### **Ultrasonografía endoscópica para el diagnóstico de áscaris biliar, reporte de caso y revisión de la literatura**

*Héctor Adolfo Polania Liscano, Héctor Conrado Jiménez, David José Polania Galindo*

Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo - Universidad Surcolombiana  
Heconjisan@gmail.com

**Introducción:** La obstrucción del conducto biliar común (CBC) por áscaris lumbricoides (AL), es poco frecuente, sin embargo existen diferentes factores de riesgos, sociodemográficos y en el paciente, que lo favorecen. Diversas herramientas son usadas para realizar el diagnóstico.

**Objetivos:** Presentar un caso con diagnóstico por ultrasonografía endoscópica (USE) de ascariasis biliar y manejo integral con Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica de pancreatitis de origen biliar secundaria al nemátodo.

**Materiales:** Se utilizaron la historia clínica del paciente y las imágenes diagnósticas.

Paciente masculino de 47 años de edad, procedente de Leticia, Amazonas, con cuadro de dolor abdominal irradiado en banda, vómito y adinamia, con diagnóstico en otra institución de pancreatitis aguda (amilasa 595 mg/dl), moderadamente severa (Apache 7 puntos y Balthazar D), con riesgo intermedio para coledocolitiasis (Ecografía hepatobiliar: microlitiasis sin alteraciones de la vía biliar). Se indicó manejo integral para su pancreatitis y se realizó ultrasonografía endoscópica que reportó colelitiasis asociado a imagen compatible con áscaris lumbricoides a nivel de la luz del colédoco, "imagen en doble riel".

**Resultados:** Paciente con pancreatitis secundaria a obstrucción de la vía biliar principal por áscaris lumbricoides. Se dio manejo antiparasitario y se rea-

lizó Colangiopancreatografía retrograda endoscópica más papilotomía y extracción de áscaris a nivel de la vía biliar, sin complicaciones posoperatorias. Finalmente fue llevado a colecistectomía laparoscópica en la misma hospitalización. Eresó sin complicaciones.

**Conclusiones:** La obstrucción de la vía biliar por áscaris lumbricoides es una entidad infrecuente. Es necesario conocer los diferentes factores de riesgo que aumentan la probabilidad de su presentación. La sospecha clínica y el diagnóstico oportuno son indispensables. La ultrasonografía endoscópica (USE) es una herramienta útil, de alta sensibilidad para el diagnóstico de esta patología.

## VASCULAR

### 03 - ID217

#### Aneurisma de aorta abdominal en paciente con situs inversus totalis

*Vladimir Barón Cifuentes, Andrés Lanza Díaz, Diego F. Téllez Beltrán, Alejandro González Muñoz*

Pontificia Universidad Javeriana – Hospital Universitario San Ignacio.

diegotellez6@gmail.com

**Introducción:** La relación entre situs inversus totalis y aneurisma de aorta abdominal es bastante infrecuente, evidenciando pocos casos reportados en la literatura, lo cual representa un reto quirúrgico por el cambio en la disposición anatómica.

**Objetivos:** Presentar el caso de situs inversus totalis y aneurisma de aorta abdominal e intervención de relación infrecuente.

**Materiales:** Presentación del caso de un paciente de 56 años de edad, con antecedente de situs inversus totalis, quien consultó a urgencias por dolor abdominal asociado a sensación de masa pulsátil, con registro de tomografía contrastada y reconstrucción tridimensional y fotografías intraquirúrgicas.

**Resultados:** A través de TAC contrastada, se evidenció aneurisma de aorta abdominal, que fue lle-

vado posteriormente a reparación abierta, sin complicaciones perioperatorias.

**Conclusiones:** La relación entre el situs inversus totalis y el aneurisma de aorta abdominal es infrecuente. El situs inversus totalis corresponde a un reto quirúrgico en la intervención de este tipo patologías, debido a una disposición anatómica diferente a la usual. Los casos llevados a reparación programada, representan mayor dificultad respecto a un paciente con anatomía normal, sin embargo, los casos programados presentan una morbilidad semejante a los pacientes sin situs inversus totalis.

### 03 - ID218

#### Aneurisma de aorta abdominal en paciente con situs inversus totalis

*Vladimir Barón Cifuentes, Andrés Lanza Díaz, Diego F. Téllez Beltrán, Alejandro González Muñoz*

Pontificia Universidad Javeriana – Hospital Universitario San Ignacio.

diegotellez6@gmail.com

**Introducción:** La relación entre situs inversus totalis y aneurisma de aorta abdominal es bastante infrecuente, evidenciando pocos casos reportados en la literatura, lo cual representa un reto quirúrgico por el cambio en la disposición anatómica.

**Objetivos:** Presentar el caso de situs inversus totalis y aneurisma de aorta abdominal e intervención de relación infrecuente.

**Materiales:** Presentación del caso de un paciente de 56 años de edad, con antecedente de situs inversus totalis, quien consultó a urgencias por dolor abdominal asociado a sensación de masa pulsátil, con registro de tomografía contrastada y reconstrucción tridimensional y fotografías intraquirúrgicas.

**Resultados:** A través de TAC contrastada, se evidenció aneurisma de aorta abdominal, que fue llevado posteriormente a reparación abierta, sin complicaciones perioperatorias.

**Conclusiones:** La relación entre el situs inversus totalis y el aneurisma de aorta abdominal es infrecuente. El situs inversus totalis corresponde a un

reto quirúrgico en la intervención de este tipo patologías, debido a una disposición anatómica diferente a la usual. Los casos llevados a reparación programada, representan mayor dificultad respecto a un paciente con anatomía normal, sin embargo, los casos programados presentan una morbilidad semejante a los pacientes sin situs inversus totalis.

### 03 - ID219

#### **Aortitis autoinmune. Revisión de literatura y presentación de un caso**

*Camilo Medina Suarez, Jorge Luis Turizo, Fernando Molano, Felipe Antonio Pulido*

Hospital Universitario Mayor Méderi  
Turizoo324@hotmail.com

**Introducción:** Existen muchas causas que llevan a inflamación de la pared aortica. Entre ellas las infecciosas, paraneoplasicas, idiopáticas y las autoinmunes. Dentro de las enfermedades autoinmunes son varias las asociaciones descritas a esta entidad, con una incidencia en general baja.

**Objetivos:** Documentar y presentar un caso de aortitis autoinmune en paciente adulta joven, deportista y sin antecedentes de importancia conocidos. Aunque de incidencia poco frecuente, se debe contemplar como diagnóstico diferencial, un origen autoinmune de la aortitis. Mostrar la importancia no solo de estudios imaginológicos (TAC contrastado, Pet scan), sino también de estudios clínicos (infeccioso, reumatológicos).

**Materiales:** Se hace revisión de historia clínica, tomografías contrastadas y PET scan. Revisión de la literatura y presentación de desenlace.

**Resultados:** Se presenta el difícil diagnóstico y manejo no quirúrgico de un caso de aortitis autoinmune en paciente deportista y sin antecedentes de importancia. Se hace énfasis en la sospecha de esta patología por hallazgos en tomografía contrastada.

**Conclusiones:** La inflamación de la pared aortica representa un reto diagnóstico para determinar su etiología. Ante este cuadro clínico es imprescindible la realización de estudios imagenológicos, para un adecuado acercamiento diagnóstico, basados en hallazgos tomográficos característicos de esta pato-

logía. Como cirujanos tenemos en mente el manejo quirúrgico inminente de esta patología, sin embargo, presentamos un caso en el que el manejo es médico, con adecuada respuesta y seguimiento.

### 03 - ID220

#### **Ascitis quilosa posterior a cirugía de aorta abdominal: presentación de caso clínico y revisión de la literatura**

*Hector C. Jiménez, Edwin Romero, Manuel Mora, Lorena Polania*

Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo  
-Universidad Surcolombiana  
Heconjisan@gmail.com

**Introducción:** La ascitis quilosa es una entidad poco frecuente, caracterizada por acumulación de líquido linfático en la cavidad peritoneal, generalmente asociado a linfadenectomías retroperitoneales (1,1%). La cirugía de aorta abdominal, a pesar de su relación con la cisterna del quilo, es una causa infrecuente de esta entidad (<0,1%).

**Objetivos:** Presentar complicación atípica de cirugía de aorta abdominal, con resultado óptimo.

**Materiales:** Se utilizó historia clínica e imágenes diagnósticas de un paciente de 59 años de edad, con antecedente de tabaquismo severo, quien ingresó por dolor abdominal asociado a masa pulsátil, con hallazgo en angioTAC de aneurisma de aorta abdominal infrarenal de 7,8 cm de diámetro, con compromiso de arterias iliacas comunes, por lo que fue llevado a sustitución de aneurisma de aorta abdominal con prótesis bifurcada. Tuvo evolución adecuada, y fue dado de alta el 5 día posquirúrgico. El día 20 posoperatorio consulta a II nivel por distensión abdominal, asociada a dolor, donde fue llevado a laparotomía exploratoria con hallazgo de líquido peritoneal aspecto lechoso (2000 cc), razón por la que remiten a III nivel.

**Resultados:** Se realizó nuevo TAC abdominal contrastado con evidencia de colecciones tabicadas, por lo que se indicó drenaje percutáneo, obteniendo líquido peritoneal con triglicéridos 840mg/dl y amilasa 983mg/dl. Se inicia manejo multidisciplinario para fistula del quilo de alto gasto (<600cc/día)

y pancreatitis aguda asociada, consistente en reposo intestinal y nutrición parenteral total con TAG de cadena media. Al sexto día hospitalario desarrolló sepsis (bacteriemia versus abdominal), con deterioro clínico y persistencia de alto drenaje abdominal, por lo que fue llevado a re-intervención quirúrgica, drenando colección intraabdominal y ligando el sitio de fuga de quilo a la altura de las arterias renales.

El paciente tuvo una evolución posquirúrgica adecuada, completó manejo antibiótico dirigido (enterobacter aerogenes) con meropenem más polimixina B. Al día 15 posquirúrgico se retira el dren abdominal porque no tiene producción y se da egreso.

**Conclusiones:** Se presenta el caso de un paciente con fistula quilosa posterior a recambio de aorta abdominal, con respuesta adecuada a manejo multidisciplinario. La ascitis quilosa es una entidad infrecuente, es necesario entender sus causas y tener un claro conocimiento de la anatomía del sistema linfático abdominal para disminuir al máximo el riesgo de lesiones, ya que aumentan la morbimortalidad de los pacientes hasta en un 40%.

### 03 - ID221

#### Colocación de cincha aórtica para el tratamiento de la endofuga aórtica tipo Ia

Cesar Jiménez, Leonardo Randial, Iván Silva, Manuel Hosman, Mario Bravo

Hospital Universitario Clínica San Rafael  
cesarejmd@yahoo.com

**Introducción:** El uso de dispositivos endovasculares para el tratamiento de aneurismas se ha popularizado en los últimos años, siendo una opción para los pacientes de alto riesgo quirúrgico. Las características del cuello son la principal razón para rechazar un paciente para reparación endovascular. Las fugas proximales tipo Ia ocurren entre el 4%-8%, pueden generar complicaciones como la ruptura aórtica y existen métodos endovasculares para su manejo. El banding o colocación de cincha aórtica es una opción quirúrgica mínimamente invasiva que no requiere clampeo aórtico y puede ser usada como alternativa en endofugas de difícil manejo. Presentamos dos pacientes manejados con esta técnica.

**Objetivos:** Presentar dos casos exitosos de banding o colocación de cincha aórtica, para el tratamiento de endofugas tipo Ia en pacientes intervenidos en otras instituciones; con controles imagenológicos y descripción de la técnica quirúrgica.

**Materiales:** Se presenta el cuadro clínico e imagenológico de dos pacientes intervenidos por vía endovascular para el tratamiento de aneurismas de aorta abdominal infrarrenal, que presentaron endofugas tipo Ia. El primer paciente se determinó de manera temprana, dado por severa angulación del cuello y falta de aposición de la prótesis (Medtronic) al cuello aórtico y se llevó a procedimiento quirúrgico sin complicaciones y el segundo presentó una oclusión de arteria renal por el dispositivo (Aorfix) generando estenosis de arteria renal y fuga proximal; se intentó manejar por vía endovascular con una técnica de chimenea, pero esta disminuyó la fuga únicamente en un 70%, por lo que se decidió no hacer más intentos endovasculares y colocar una cincha aórtica.

**Resultados:** Los pacientes se llevaron a laparotomía mediana supra e infraumbilical, disección de cuello aórtico y colocación de una banda de dacrón, rodeando el cuello, ajustándolo para generar cierre de la fuga. No se tuvo ninguna complicación postquirúrgica y los controles tomográficos a los 3 días del procedimiento demostraron desaparición de la fuga. Los dos pacientes analizados tuvieron éxito al solucionar la fuga, no hubo complicaciones cardiovasculares mayores o menores durante y después del procedimiento. No hubo mortalidad a 30 días del procedimiento.

**Conclusiones:** El banding o colocación de cincha aórtica es una opción quirúrgica mínimamente invasiva para el tratamiento de endofugas tipo Ia. Se debe analizar la tomografía, la prótesis colocada y los controles postoperatorios para determinar su efectividad.

### 03 - ID222

#### Derivación aorto-aórtica más reimplantación de arteria renal por sospecha de aneurisma aórtico micótico yuxtarenal

Álvaro Turizo, Walter Angel, Marby Forero, María Alexandra Arbeláez

Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín  
alvaro2014@hotmail.com

**Introducción:** El aneurisma micótico es considerado una entidad de poca frecuencia, por lo que su estudio y sus criterios diagnósticos continúan siendo controversiales. El manejo quirúrgico se considera un reto desafiante y se relaciona a importantes tasas de mortalidad. En la literatura no existen consensos definitivos que dicten su abordaje diagnóstico y terapéutico.

**Objetivos:** Presentar la experiencia de un caso clínico del abordaje quirúrgico realizado en paciente con sospecha de aneurisma micótico de aorta yuxtarenal.

**Materiales:** Se presenta un caso clínico de paciente con sospecha de aneurisma aórtico micótico yuxtarenal, que requirió derivación aorto-aórtica extra-anatómico más reimplantación de arteria renal izquierda, mediante un abordaje toraco-abdominal.

**Resultados:** Paciente con adecuada evolución clínica de su postoperatorio, sin complicaciones agudas de injerto aórtico, presentó cultivo de tejido aórtico negativo, y fue dado de alta al octavo día postoperatorio. Continuó en vigilancia ambulatoria por Cirugía Vasculor y Nefrología.

**Conclusiones:** El aneurisma micótico de aorta se considera una entidad de muy poca frecuencia pero con muy alta morbimortalidad. En la literatura no existen consensos definitivos que dicten su abordaje diagnóstico y terapéutico. Dentro de las posibles alternativas quirúrgicas, el bypass aorto-aórtico extra-anatómico es considerado una opción en pacientes bien seleccionados.

### 03 - ID223

#### **Flegmasia cerulea dolens: su agenda oculta, a propósito de un caso**

*Granobles Juan D., Jiménez R. Lia J., Tobar D. Jorge F., Herrera C. Jorge*

Universidad del Cauca

liajimenez@unicauca.edu.co

**Introducción:** La flegmasia cerúlea es una afección infrecuente, caracterizada por oclusión total o incompleta de todo el drenaje venoso de una ex-

tremidad. Sus tasas de morbi-mortalidad son altas, especialmente cuando progresa a gangrena venosa. En los últimos 30 años no se ha logrado consenso ni guías de manejo.

**Objetivos:** Describir mediante un caso clínico la importancia del diagnóstico y manejo de flegmasia cerúlea.

**Materiales:** Estudio descriptivo tipo reporte de caso, con revisión de literatura.

**Resultados:** Paciente femenina de 57 años de edad, con antecedente de hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, aneurisma aorta torácica corregido con endoprótesis que desarrolló infección protésica requiriendo manejo antibiótico, con posterior fistula aorto-esofágica a la que ameritó inserción de endoprótesis, y ulteriormente esofagectomía parcial con anastomosis gastroesofágica, que prontamente desarrolla mediastinitis. El día 25 de estancia presentó necrosis en el dedo índice de la mano izquierda, interpretada como embolismo séptico. No obstante, la ecografía doppler evidenció trombosis extensa arterial y venosa de miembro superior izquierdo, que desarrolló flegmasia cerúlea, a la cual no dan manejo endovascular por riesgo de síndrome de reperfusión. Por no mejoría se decide endarterectomía endovascular venosa, complicándose al día siguiente con agudización de la flegmasia y necrosis de antebrazo, al que se le realiza amputación supracondilia.

**Conclusiones:** La flegmasia cerúlea en menos del 5% de los casos afecta extremidades superiores. En 40% se asocia con malignidad, sin embargo, factores como hipercoagulabilidad, infecciones, catéteres venosos centrales y trombocitosis, vistos en la paciente, también se relacionan. Su diagnóstico es clínico y el manejo debe ser heparina inmediata y, de ser posible trombectomía endovascular o quirúrgica, para evitar propagación de trombos y poder salvar la extremidad.

### 03 - ID224

#### **Fistula aorto-esofágica posterior a TEVAR tardío, enfoque diagnóstico y terapéutico**

*Felipe Tobar, Jorge Herrera, Nicolas Solano*

Universidad del Cauca  
nicolassolano@unicauca.edu.co

**Introducción:** La incidencia de infecciones posteriores a reparación endovascular de la aorta torácica (TEVAR) y la aorta abdominal (EVAR) se ha calculado en menos de 1%, con un impacto importante en la morbi-mortalidad de los pacientes. Las fistulas aortoentéricas representan la consecuencia más fatal de las infecciones aórticas, presentándose en un rango clínico que va desde anemias de origen oculto hasta hemorragias gastrointestinales catastróficas y sepsis.

**Objetivos:** Presentar un caso clínico de fistula aorto-esofágica en TEVAR tardío de 5 años, con sangrado activo; reto terapéutico que involucró manejo endovascular y exclusión esofágica.

**Materiales:** Se presenta el caso clínico de una mujer de 58 años de edad, con antecedentes de reparo endovascular de la aorta torácica (TEVAR) en el año 2013 por disección aórtica Stanford B. En diciembre de 2018 se documentó fistula aorto-esofágica, con sangrado activo, realizando procedimiento endovascular de “TEVAR in TEVAR” y esofagectomía con ascenso gástrico como manejo quirúrgico.

**Resultados:** El manejo de la infección del implante aórtico consiste en su explantación o retiro, pero este caso requería de procedimientos adicionales que implicaban alta mortalidad previo a la corrección de la fistula aorto-esofágica. Evolución adecuada con control inicial de foco infeccioso.

**Conclusiones:** Hasta el momento solo se ha reconocido el manejo quirúrgico en el tratamiento de la fistula aorto-esofágica; continúa siendo desafiante desde el punto de vista endovascular y del manejo del defecto entérico, con resultados desalentadores por ahora.

### 03 - ID225

#### Hernia Interna: Una rara complicación de un puente aortobifemoral

José Eduardo Agamez Fuentes, Natalia Andrea García Castaño, Alejandra Mayorga González, Andrés Uribe, Andrés Cárdenas  
Universidad de Antioquia  
Joseeduardoagamez@gmail.com

**Introducción:** Se presenta el caso de un paciente con hernia interna a través de un puente aortobife-

moral, una complicación tardía, rara y fatal de dicho procedimiento.

**Objetivos:** Presentar y analizar el caso, realizando un análisis y discusión de su desenlace.

**Materiales:** Reporte de caso de un paciente de 73 años de edad, con múltiples comorbilidades y antecedente de corrección de aneurisma infrarenal de aorta con puente aortobifemoral más de 1 año antes. Ingresó por 9 horas de dolor en mesogastrio, irradiado al dorso, que se acompañó de 3 episodios de emesis, masa palpable en fosa iliaca izquierda, no pulsátil, sin signos francos de irritación peritoneal, en estado hiperdinámico, taquicárdico, con tendencia a la hipotensión, acidótico e hiperlactatémico. Angiotomografía de abdomen con hallazgos sugestivos de hernia interna con sufrimiento de asa.

Se hace correlación clínico-radiológica, descripción de procedimientos y revisión de la literatura.

**Resultados:** Se llevó el paciente a laparotomía emergente, donde se encontró un metro de ileon proximal y yeyuno herniado por un defecto debajo del puente aortofemoral derecho, con gangrena del intestino y microperforaciones. Se realizó cirugía control de daños, resecando el segmento de intestino comprometido y dejando los cabos abandonados, se dejó abdomen laparostomizado y el paciente fue trasladado a unidad de cuidado intensivo, en donde a pesar de la reanimación agresiva y nuestros mejores esfuerzos, fallece.

**Conclusiones:** Este caso corresponde a una complicación tardía extremadamente rara, cuyo diagnóstico se confirmó en el intraoperatorio del paciente. Se trata de una complicación devastadora ya que se presenta en pacientes con múltiples comorbilidades y su evolución es rápida y torpida.

### 03 - ID226

#### Manejo de aneurisma de aorta abdominal roto: un reto quirúrgico para el cirujano general

Luis Felipe Cabrera, Brandon Steven Aparicio  
Universidad El Bosque  
brandonaparicio03@gmail.com

**Introducción:** El aneurisma aórtico abdominal (AAA) puede ser corregido por medio de reparo qui-

rúrgico vía abierta con un reemplazo de homoinjerto o por reparo endovascular (EVAR). Se ha visto que el EVAR es un método menos invasivo y con menos sangrado, pero se asocia a más procedimientos de reintervención y su seguimiento se realiza con tomografía computarizada. Por otro lado, la intervención abierta es un método más duradero, no necesita seguimiento imagenológico, pero tiene el riesgo de sangrado aunque es más invasivo.

**Objetivo:** Mostrar nuestra experiencia en el abordaje quirúrgico de un AAA roto, por parte del cirujano general.

**Materiales:** Se presenta el caso de un AAA roto, que fue manejado por un cirujano general quien realizó un reparo quirúrgico vía abierta con un injerto de politetrafluoretileno (PTFE).

**Resultados:** Ingresó a urgencias un paciente en estado de shock de origen desconocido, por lo que se realizó TAC contrastado que mostró un AAA infrarenal roto. Fue llevado de urgencia a una corrección abierta que duró 153 minutos, sangrado intraoperatorio de 1754 cc, con bolsa de Borráz para el manejo de abdomen abierto, el cual se cerró en 48 horas. Posteriormente con estancia de 6 días en UCI y sin de mortalidad.

**Conclusiones:** Se recomienda realizar el reparo de un AAA roto mediante el EVAR, debido a que es menor la mortalidad de este procedimiento frente a un reparo vía abierta, sin embargo, no es el más utilizado porque se necesita de un personal bien entrenado en cirugía endovascular, además de disponer de los recursos necesarios para el procedimiento.

### 03 – ID280

#### Manejo endovascular de lesiones de los vasos supra aórticos

*Jorge Felipe Tobar Díaz, Juan David Granobles Molina*

Universidad del Cauca

judagramo@gmail.com, jgranobles@unicauca.edu.co

**Introducción:** En lesiones penetrantes del cuello, los pacientes estables con traumatismos en la zona I, suelen beneficiarse de angiotomografía para definir la presencia y localización de la lesión. El abordaje quirúrgico de la zona I suele ser muy complejo, con

lesiones iatrogénicas y mortalidad significativa por falta de control del sangrado.

**Objetivos:** Describir nuestra experiencia de un caso de trauma de vasos supraaórticos, con resolución favorable, tras manejo endovascular.

**Materiales:** Hombre de 40 años de edad, con 6 horas de evolución de herida por arma cortopunzante de 2 centímetros en zona I de hemicuello derecho, estable, sin signos duros de trauma vascular. Angio-TAC de cuello y tórax mostró hematoma mediastinal y la Arteriografía de vasos de cuello, un pseudoaneurisma del tronco innominado, que se embolizó con coils.

**Resultados:** Dos días después del procedimiento el paciente fue egresado sin complicaciones.

**Conclusiones:** El tratamiento endovascular tiene resultados alentadores en el traumatismo vascular cervical, especialmente en las lesiones de la zona I y la zona III, donde el manejo quirúrgico convencional es muy complejo técnicamente y puede asociarse a lesiones neurológicas, pleurales o de vasos torácicos; con lo cual las endoprótesis y la embolización con coils podrían limitar el daño iatrogénico asociado al tratamiento convencional y disminuir los tiempos de hospitalización.

### 03 - ID227

#### Manejo híbrido del divertículo de Kommerell

*Cesar Jimenez, Leonardo Randial, Iván Silva*

Hospital Simón Bolívar

cesarejmd@yahoo.com

**Introducción:** La arteria subclavia aberrante es la malformación más común del arco aórtico, es rara en la población general pero puede generar complicaciones severas o llevar a la muerte. La arteria subclavia aberrante es una anomalía congénita dada por la ubicación anómala de la salida de la arteria subclavia derecha, la cual surge distal en el arco aórtico y discurre entre la tráquea y el esófago. Su sitio de origen generalmente se dilata y se comporta como un aneurisma de los vasos supra aórticos; esta dilatación se conoce como divertículo de Kommerell. El manejo tradicional de esta patología ha sido la cirugía abierta con derivación y reemplazo de

la aorta y los tronco supra aórticos con circulación extracorpórea, pero tiene alta mortalidad y morbilidad, por lo que la cirugía endovascular y los procedimientos de derivación extra anatómica se han posicionado como una excelente opción de manejo.

**Objetivos:** Presentar el caso de un paciente con arteria subclavia aberrante manejado de forma híbrida con derivación carótida subclavia izquierda y transposición de carótida a subclavia derecha más endoprótesis aortica torácica, en un caso de disecación aguda del divertículo, con resultado satisfactorio..

**Materiales:** Paciente de 74 años de edad, con historia de disfagia de 6 meses de evolución y sensación de cuerpo extraño al tragar, quien consultó de manera aguda por dolor torácico interescapular severo lancinante, más crisis hipertensiva; se tomó radiografía de tórax donde se observó ensanchamiento mediastinal. Se confirmó con AngioTAC de tórax, arteriografía y aortograma torácico, la presencia de una arteria subclavia aberrante con divertículo de Kommerel disecado y de diámetro de 5 cm, asociado a tronco bicarotideo, sin existencia de tronco braquiocefálico.

**Resultados:** Se llevó a UCI para compensación hemodinámica, control de cifras tensionales, y posterior a ello se practicó en un primer tiempo una derivación de carótida a subclavia izquierda con injerto de safena, ligadura proximal de arteria subclavia y transposición subclavio carotidea derecha, con ligadura de la arteria subclavia aberrante, procedimiento sin complicaciones. En un segundo tiempo se colocó endoprótesis aortica y cubrimiento del divertículo. El paciente evolucionó de manera satisfactoria y se dio de alta sin complicaciones después del manejo híbrido del divertículo de Kommerel.

**Conclusiones:** La cirugía endovascular se ha posicionado día a día como una buena opción a la cirugía abierta aortica. La mezcla de derivaciones extra anatómicas permite realizar reconstrucciones mínimamente invasivas endovasculares, que generan menor morbilidad y disminuyen la mortalidad de estas cirugías, que generalmente requieren circulación extracorpórea y esternotomía.

### 03 - ID228

#### **Pseudoaneurisma de arteria femoral superficial secundario a punción: reporte de caso y revisión de la literatura.**

*Lozada Martínez Iván David, Bolaño Romero María Paz, Poneffz Flórez Jaime Enrique, Muñoz Murillo Willfrant Jhonathan, Paternina Juan David, Ramírez Barakat Efraín*  
Universidad de Cartagena  
ivandavidloma@gmail.com

**Introducción:** El pseudoaneurisma femoral (FPA) es la complicación más común de todas las intervenciones percutáneas. Se ha notificado una mayor incidencia cuando la punción femoral se realiza por debajo de la cabeza del fémur y cuando se utilizan catéteres franceses de calibre 7F o más gruesos.

**Objetivos:** Presentar el caso de un paciente con antecedentes de hipertensión arterial y arteriopatía coronaria revascularizada con stent coronario, quien acude a institución por tumoración en el muslo derecho en el lugar de punción de la arteriografía realizada un mes antes.

**Materiales:** Se realizó una revisión crítica de la literatura en diferentes bases de datos, con el fin de analizar la valoración y el manejo del pseudoaneurisma femoral, basándonos en nuestro reporte de caso.

**Resultados:** La revisión de la literatura, muestra que el pseudoaneurisma femoral (PAF) representa una de las complicaciones vasculares locales más frecuentes relacionadas con los procedimientos endovasculares. Tradicionalmente, el tratamiento se ha realizado con cirugía y reparo de la arteria con cierre directo, anastomosis término-terminal o interposición del injerto. El tipo de lesión en el vaso, extensión, severidad y estado general del paciente influirá en la planificación del tratamiento.

**Conclusiones:** El reparo quirúrgico electivo se recomienda en cualquier tamaño cuando hay complicaciones tales como hemorragia, isquemia, síntomas neurológicos, trombosis y compresión venosa, embolización distal, y cuando son asintomáticos pero con un diámetro mayor de 2,5 cm. Sin embargo, existe una estrategia alternativa, la inyección de trombina, la cual tiene una tasa de éxito de aproxi-

madamente el 97%, incluso en pacientes tratados con niveles terapéuticos de anticoagulantes.

### 03 - ID229

#### Ruptura de una aneurisma de la carótida común ¿Cuál es el manejo apropiado?

Ana Maria Lourido G, Juan David Granobles, Alexei Rojas, Wilson Muñoz

Hospital Universitario San José - Universidad del Cauca  
louridoanamaría@gmail.com

**Introducción:** La incidencia de los aneurismas de arteria carótida extracraneana oscila entre 0,4 y 4% de todos los aneurismas de arterias periféricas. La ruptura de estas es rara y cuando se presenta, generalmente lleva a la muerte.

**Objetivos:** Presentar un caso atípico de presentación de aneurisma de la carótida común izquierda extra craneana.

**Materiales:** Reporte de caso y breve revisión bibliográfica a propósito de paciente de 80 años de edad, con historia de 2 meses de afasia y postración, quien ingresó por historia de ocho horas de sangrado por masa en cuello ulcerada, pulsátil, el cual se controla con presión directa..

**Resultados:** Posterior a realización de angiotomografía que evidenció aneurisma del bulbo carótideo, presentó sangrado activo, por lo que fue llevado de urgencia a cirugía. Se encontró aneurisma de la bifurcación carotídea roto, con coágulos en su interior, sin flujo y se decidió realizar ligadura de la carótida común izquierda.

**Conclusiones:** El abordaje quirúrgico de los pacientes con esta patología varía según el tipo de aneurisma. Aunque esta descrito la alta tasa de accidente cerebrovascular por ligar la carótida común, este método esta indicado en casos puntuales. Por la baja incidencia, no hay estudios grandes en la literatura. En el caso de nuestro paciente, se consideró que era uno de los casos en que la ligadura de carótida está indicada. La oclusión crónica, acompañado de isquemia cerebral con secuelas, asociado a los hallazgos intraoperatorios y el riesgo de conversión a accidente cerebrovascular hemorrágico posterior a la reperfusión, llevó a la ligadura de la arteria carótida como tratamiento.

### 03 - ID230

#### Síndrome de Klippel Trenaunay Weber. Reporte de caso

Ricardo Mario Urzola Martinez

Universidad del Valle - Hospital Universitario del Valle  
ricardourzola@hotmail.com

**Introducción:** El Síndrome Klippel Trenaunay Weber, es de causa desconocida, tiene patrón autosómico dominante y penetrancia variable. Reportado desde 1900 por Maurice Klippel y Paul Trenaunay, y en 1907 por Parkes Weber, se caracteriza por 1) alteraciones cutáneas, 2) alteraciones tisulares, y 3) alteraciones del sistema circulatorio y linfático. Es una afección rara con incidencia de 1/40.000 nacidos vivos. Hay escasos reportes en el país.

**Objetivos:** Describir el caso de una paciente con Síndrome de Klippel Trenaunay Weber y revisión de la literatura actual.

**Materiales:** Reporte de caso, de una paciente femenina de 32 años de edad, qngresa por shock hemorrágico secundario a sangrado vaginal y rectal, de una semana de evolución. Antecedentes TVP y TEP en 2011, por lo que fue anticoagulada, con filtro de vena cava.

**Resultados:** A la revisión con hipertrofia tejidos blandos de miembro inferior derecho, angioma en muslo y dilatación venosa de todo el sistema superficial de cara lateral de miembro inferior. Anemia secundaria al sangrado, requirió terapia transfusional, sin coagulopatía. Colonoscopia mostró maraña vascular submucosa desde línea dentada hasta el sigmoides. AngioTAC con dilatación de estructuras vasculares que comprometían circunferencialmente la vagina, dilatación venosa con engrosamiento difuso de la mucosa rectal, dilatación de plexo hemorroidal, sin extravasación de medio de contraste. Se hizo manejo conservador de su patología con buena respuesta.

**Conclusiones:** Se debe tener en cuenta el síndrome al enfrentarnos a un paciente con una anomalía arteriovenosa. El manejo es conservador y sintomático. Puede llegar a tener gran morbilidad y mortalidad.

**03 - ID231****Tratamiento endovascular del aneurisma esplénico gigante**

*Cesar Jiménez, Leonardo Randial, Mario Bravo*  
Clínica Cardiopabon, Pasto - Nariño  
cesarejmd@yahoo.com

**Introducción:** Los aneurismas viscerales abdominales son raros, pero representan el tercer tipo de aneurismas abdominales, después de los aórticos e ilíacos; el más común es el derivado de la arteria esplénica, con alto riesgo de ruptura, especialmente en mujeres embarazadas. El tratamiento convencional ha sido la resección quirúrgica con esplenectomía, en muy pocos casos con preservación de la integridad de la arteria, con alta incidencia de complicaciones y mortalidad; es por ello que la cirugía endovascular se ha posicionado como una excelente herramienta para el tratamiento de estas patologías.

**Objetivos:** Presentar el caso de una mujer de 74 años con dolor abdominal, debido a aneurisma esplénico gigante, manejado por vía endovascular de manera satisfactoria con embolización del aneurisma y control tomográfico al tercer día, con desaparición del aneurisma.

**Materiales:** Se trata de una mujer múltipara (grávida II) de 74 años de edad, con dolor abdominal de 4 meses, y ecografía con masa en el hilio esplénico pulsátil. Angiotac con aneurisma del tercio medio de la arteria esplénica de 7 cm de diámetro.

**Resultados:** Se llevó a manejo endovascular con embolización del aneurisma y de la arteria esplénica proximal con coils de platino y Onyx, con oclusión completa del aneurisma, sin complicaciones. Desaparición del aneurisma por control tomográfico a los 3 días. Estancia en cuidado intensivo de 3 días y salida a casa al quinto día.

**Conclusiones:** Los aneurismas abdominales pueden tener complicaciones isquémicas o rupturas espontáneas que se manifiesten con shock. El manejo endovascular de los aneurismas viscerales abdominales es de suma importancia para el cirujano general, ya que es una excelente opción, disminuyendo complicaciones y mortalidad.

**03 - ID232****Utilidad quirúrgica del uso de Heli-FX EndoAnchor System (APTUS) para el reparo de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal: uso profiláctico en cuello no favorable**

*Rafael Figueroa, Carlos J Perez Rivera, Cristina Jimenez, Juan Sebastian Ramirez, Cesar Ortiz, Isabella Caicedo*  
Clínica Avidanti, Ibagué  
cjperezrivera@gmail.com

**Introducción:** En los últimos años la incidencia de aneurismas de aorta abdominal ha aumentado debido al adecuado tamizaje diagnóstico. En mayores de 60 años de edad tiene prevalencia de 2% a 5,9%, siendo la corrección temprana la piedra angular del tratamiento. Sin embargo, en pacientes con anatomía del cuello aórtico infrarrenal compleja, pueden presentarse endofugas o migración distal de endoprótesis, entre otras complicaciones. Para esto se crearon dispositivos endovasculares para fijación de la misma como APTUS con EndoAnchors que usa anclajes independientes de la endoprótesis para fijar el dispositivo en el cuello aórtico proximal.

**Objetivos:** Describir el uso de Heli-FX EndoAnchor System (APTUS) como profilaxis de endofugas para reparo de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal con cuello no favorable.

**Materiales:** Caso clínico de paciente de 81 años de edad, a quien remiten a la la Clínica Avidanti, de la ciudad de Ibagué, Colombia, para manejo endovascular de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal fusiforme con trombosis mural confirmado por angioTAC.

**Resultados:** Se hizo reparo endovascular por guía de alto soporte utilizando prótesis Endurant-II. Por el acceso derecho, se avanzó prótesis Endurant-II para iliaca y en el acceso izquierdo se avanzó extensión Endurant-II para iliaca. Posteriormente, por presencia de cuello corto, se utilizaron cuatro APTUS para fijación interna de la prótesis a nivel del cuello. Se realizó aortograma de control sin presencia de endofugas.

**Conclusiones:** La reparación endovascular de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal obtuvo

buenos resultados a corto plazo. Se debe considerar incluir el reparo endovascular en los pacientes con cuello no favorable utilizando EndoAnchor.

## METABOLISMO QUIRÚRGICO

### 03 - ID233

#### Migración de sonda de gastrostomía en paciente con enterocclisis

*Arturo Vergara, Gabriel Herrera, Gabriela Evers Sáenz, Erika Benito*

Universidad El Bosque - Universidad Surcolombiana - Fundación Santa Fe de Bogotá  
Erikabenito16@gmail.com

**Introducción:** La enterocclisis es una técnica de nutrición enteral realizada a través de una enterostomía o fistula enterocutánea ubicada distalmente, concepto diferente al de fistulocclisis. Con los avances en la tecnología de dispositivos enterales, se han descrito diferentes técnicas para aportar nutrición, convirtiéndose en un procedimiento cada vez mas frecuente, pero llevando consigo ciertas complicaciones subsecuentes. Se menciona su uso coadyuvante con la nutrición parenteral en pacientes con falla intestinal.

**Objetivos:** Mostrar una complicación rara e infrecuente de la enterocclisis.

**Materiales:** Paciente portadora de yeyunostomía, en fase avanzada de rehabilitación intestinal, para ser llevada a reconstrucción del tracto gastrointestinal, a quien se le inicia suplencia nutricional a través de una enterocclisis y presenta como complicación migración distal de la sonda.

**Resultados:** Paciente con antecedente de liposucción, que desarrolla choque séptico por abdomen agudo encontrando perforación intestinal en yeyuno distal y que requirió ileostomía en cañón. Se inicia nutrición mixta para reconstrucción intestinal, con nutrición parenteral y enteral por enterocclisis, ubicando sonda de yeyunostomía en asa distal, que migra. Sin abdomen agudo ni obstrucción intestinal, se intentó retiro endoscópico fallido, por lo que se recurrió a extracción por laparotomía y reconstrucción exitosa del tracto gastrointestinal, sin complicaciones.

**Conclusiones:** La enterocclisis es una técnica eficaz para los pacientes con enterostomía o fistulas entéricas en la rehabilitación intestinal; a pesar de sus beneficios con la nutrición parenteral, no está exenta de tener riesgos, por lo que se deben implementar entrenamiento multidisciplinario y medidas específicas para su fijación.

## ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA

### 03 - ID234

#### Manejo quirúrgico del melanoma metastásico, a propósito de un caso

*Santos, Ana. Castilla, Juan. Gutiérrez, Edgar. Díaz, Jaime*

Universidad de Cartagena  
amarisa2007@hotmail.com

**Introducción:** El melanoma es un tumor maligno derivado de células melanocíticas y nevocas, que presenta por lo general un único foco de metástasis y en raras ocasiones dos o más focos. El tratamiento primario de enfermedad metastásica es no quirúrgico, pero en ocasiones esas otras modalidades (quimioterapia, biológicos o bioquimioterapia) son ineficaces. La cirugía en enfermedad avanzada puede aumentar la tasa de supervivencia.

**Objetivos:** Presentar un de caso clínico de melanoma metastásico con diseminación a dos órganos.

**Materiales:** Paciente femenina de 63 años de edad, con melanoma en miembro superior izquierdo, manejada con resección local amplia. Tres años después presenta disnea y pérdida de peso, se confirma progresión metastásica pulmonar y realizan metastasectomía por VATS en dos años consecutivos, simultáneamente con biológicos. Dos años después presenta deterioro constitucional, diarrea crónica y melenas, identificando lesión metastásica a glándula adrenal, de gran volumen, no resecable.

**Discusión:** Los pacientes con melanoma en estadio temprano tienen riesgo de desarrollar metástasis. Las de mejor pronóstico suelen ser las metástasis pulmonares. Sin tratamiento quirúrgico, la supervivencia media es 8 meses, incrementándose a 40 meses si son resecables. La metástasis a glándula suprarrenal es infrecuente y generalmente asociada a mal pronóstico, con una supervivencia media de 6 meses

y en caso de lograrse una metastasectomía asciende hasta de 28 meses.

**Conclusiones:** Considerando el impacto en supervivencia, se debe tener en mente la metastasectomía como opción de manejo en pacientes con melanoma avanzado, comprendiendo el curso natural de la enfermedad, el estado funcional, los objetivos y los resultados que se desean alcanzar con la intervención quirúrgica.

### 03 - ID339

#### Metástasis a labio de cáncer colorectal. “Caso excepcional”

*Tatiana Barragán, William Sánchez*

Departamento de Cirugía-Hospital Militar Central, Bogotá

**Introducción:** Las metástasis a piel de adenocarcinoma colorectal (ACCR) son muy raras, 4-6% de los casos, la gran mayoría de estas metástasis se presentan en la cicatriz quirúrgica. Las metástasis faciales son extremadamente raras. Hasta el 2010 solo se habían publicado 2 casos de metástasis a labio en la literatura mundial, nosotros reportamos el tercer caso y el primero en la literatura Colombiana

**Materiales y métodos:** Masculino de 70 años pop resección anterior por ACCR en la unión rectosigmoidea + metastasectomía hepática (Enero-2014). Estadio T4NoM1, Tumor moderadamente diferenciado tipo NOS, invasión linfovascular(-). Kras Mutado (Exon2), MLH1, MSH6, PMS2, MSH2(-). Aduvancia FOLFOX(6x4), progresión tumoral con metástasis en hígado y pulmón bilaterales difusas recibe FOLFIRI+Bevacizumab. En Octubre-2018 nódulo ulcerado en progresión de labio superior biopsia reporta adenocarcinoma metastásico CK20 y CDX2(positivos) y CK7(negativo). Manejo Paliativo por metástasis difusas en hígado, pulmón y labio.

**Discusión:** Las metástasis cutáneas de ACCR son muy raras, se presentan por lo general en el abdomen y sobre la cicatriz quirúrgica (0.6%) 4.9 años después de la resección primaria, son un signo de mal pronóstico con una sobrevida media de 6 meses. Son CK20(+) y CK7(-). No está claro el patrón de diseminación tumoral y los dos casos previos al igual que el reportado se acompañan de metástasis en pulmón e hígado. Reportamos este tercer caso ex-

cepcional en la literatura mundial y el primero en Colombia.

### 03 - ID235

#### Presentación sincrónica de dos tumores primarios: adenocarcinoma de colon y carcinoma de células renales. Reporte de caso

*Hernando Coba, Carlos Lozano, Giovanna Rivas, Victoria Díaz Granados, Juan Paternina*

Clínica Cartagena del Mar, Cartagena

clozanodio@icloud.com

**Introducción:** Los tumores primarios múltiples se definen como la presencia de dos o más tumores histológicamente diferentes en un mismo paciente; cuando estos se diagnostican de manera simultánea hablamos de tumores primarios múltiples sincrónicos, un evento infrecuente en la población general. Si bien los tumores de colon o de riñón son estadísticamente frecuentes, su presentación sincrónica es un evento excepcional.

**Objetivos:** Presentar el caso de un paciente que consultó a urgencias por sangrado rectal con reporte endoscópico previo de lesión de aspecto neoplásico en colon, a quien se le diagnosticó un adenocarcinoma de colon e incidentalmente un carcinoma de células renales de presentación sincrónica.

**Materiales:** Descripción del caso y revisión de la literatura sobre reportes de casos análogos.

**Resultados:** Se realiza hemicolectomía izquierda y linfadenectomía abdominal con anastomosis colocolónica, con nefrectomía derecha adicional, vía laparoscópica.

**Conclusiones:** La presentación sincrónica de tumores primarios de colon y riñón es un evento infrecuente, el cual ha aumentado en incidencia gracias al avance tecnológico en las ayudas imaginológicas no invasivas. Es conveniente descartar la coexistencia de un tumor primario de presentación sincrónica en pacientes con diagnóstico de cáncer de colon o carcinoma de células renales.

### 03 - ID236

#### Reporte de caso de tumor desmoide en paciente adolescente

Manuel Alejandro Giraldo P, Juan Felipe Osorno, Isabela Rebellón, Álvaro José Martínez, Juan Pablo Flórez  
Universidad del Valle - Hospital Universitario del Valle  
Man\_giraldo@hotmail.com

**Introducción:** Los tumores desmoides son raros; representan aproximadamente el 0.03% de todas las neoplasias. Siendo una neoplasia benigna es altamente agresiva, con una elevada mortalidad.

**Objetivos:** Presentar el caso de una paciente adolescente con un tumor benigno de comportamiento altamente agresivo.

**Materiales:** Reporte de caso y revisión de historia clínica del Hospital Universitario del Valle de una paciente de 19 años de edad, previamente sana, quien ingresó al servicio de urgencias con sospecha de apendicitis. Se llevó a laparotomía exploratoria, donde se evidenció masa en colon transverso, la cual se resecó con sospecha inicial de tumor de GIST por biopsia. Continuó en seguimiento con cirugía oncológica y oncología clínica con posterior reporte de inmunohistoquímica de tumor desmoide. Entre los estudios de seguimiento se solicitó TAC abdominopélvico que reportó gran islote neoplásico hacia el flanco izquierdo..

**Resultados:** Reingresó al servicio de urgencias 9 meses después con cuadro de obstrucción intestinal, que resolvió parcialmente con enema. La TAC de abdomen evidenció gran masa en epigastrio, sin zona de clivaje con asas intestinales. La paciente persistía sintomática por lo que, tratándose de urgencia oncológica, se decidió llevar a laparotomía exploratoria encontrándose abdomen bloqueado en un 90% y masa irresecable. Se consideró paciente no candidata a manejo quirúrgico. Se dio énfasis en manejo paliativo hasta el momento de su fallecimiento un año posterior al diagnóstico

**Conclusiones:** Los tumores desmoides son una patología rara, pero por su elevada mortalidad debe tenerse en cuenta por parte del cirujano general y así mismo, tener claras las estrategias quirúrgicas y médicas en estos casos.

### 03 - ID237

**Reporte de caso de urgencia oncológica en paciente joven con carcinoma estadio IV**

Manuel Giraldo, Juan Felipe Osorno, Isabela Rebellón, Álvaro José Martínez, Adolfo González H.  
Universidad del Valle - Hospital Universitario del Valle  
Man\_giraldo@hotmail.com

**Introducción:** El adenocarcinoma colorectal estadio IV en paciente joven (menor de 50 años) tiene una incidencia en diferentes series alrededor del 6-7% de los cánceres, siendo aun más baja en pacientes menores de 25 años que debutan como urgencias oncológicas.

**Objetivos:** Reportar el caso de una paciente joven, sin antecedentes, que debuta como una urgencia gastrointestinal oncológica.

**Materiales:** Reporte de caso y recolección de información con base en historia clínica del Hospital Universitario del Valle de una paciente de 21 años de edad, sin antecedentes, quien ingresó con un cuadro de cuatro días de evolución de dolor abdominal agudo, con signos clínicos y radiológicos de una obstrucción intestinal.

**Resultados:** Por tal motivo se llevó a laparotomía exploratoria, evidenciándose tumor estenosante de 6 cm en la unión rectosigmoidea, perforado localmente, que invadía la serosa e infiltraba estructuras vecinas (útero, ovario), con carcinomatosis peritoneal y numerosos nódulos en mesocolon, sugestivos de metástasis ganglionar. Se realizó ooforectomía, hemicolectomía izquierda y colostomía terminal. El estudio histopatológico confirmó tumor primario colorectal, tipo adenocarcinoma mucinoso grado 2, con extensión a grasa pericolónica y omento con invasión linfovascular a ovario izquierdo y derecho de tipo adenocarcinoma. Paciente con posoperatorio adecuado, por lo cual se dio egreso con valoraciones ambulatorias por oncología, cirugía colorectal y genética clínica.

**Conclusiones:** El carcinoma colorrectal es el tumor gastrointestinal más común en pacientes mayores; sin embargo, su incidencia en pacientes jóvenes viene en aumento, por tal razón actualmente debe tenerse en cuenta dentro de los diagnósticos diferenciales probables de un abdomen agudo. Adicionalmente deben tenerse claras las estrategias quirúrgicas durante una laparotomía de urgencias.

**03 - ID239****Sarcoma de células de Langerhans (scl) en ganglios cervicales. “Caso excepcional”***Tatiana Barragán, William Sánchez M.*

Departamento de Cirugía-Hospital Militar Central, Bogotá

**Introducción:** SCL es un tumor raro (incidencia 0.2x10.000.000) en la NCDB hay reportados solo 17/52 casos en cuello, y de estos solo 3 exclusivamente localizados en los ganglios linfáticos cervicales (GLC), es más frecuente en la piel. Se asocia a estados de inmunosupresión u otras neoplasias como leucemias. Se caracteriza por la presencia de los gránulos de Birbeck e inmunohistoquímica positiva para CD1a,CD207,S100 y negativa para CD21,CD35,CD68. Nosotros reportamos el cuarto caso a nivel mundial y el primero en la literatura Colombiana.

**Materiales y métodos:** Masculino 52 años, sin antecedentes de importancia. Síntomas de pérdida de peso, fiebre intermitente, astenia. Adenopatías 1-3 cm Nivel II-IV Izquierdo, Resto de Tac corporal y RMN negativa. PET Scan positivo solo en cuello niveles II-IV izquierdo, Medula ósea negativa. Se realiza vaciamiento ganglionar cervical funcional Niveles II-V izquierdo, cirugía RO. Patología informa SCL en ganglios linfáticos Inmunohistoquímica positiva para S100,CD1a,CD68,CD4, Negativo para CD30,CD45,CkI-3,CAM5.2 con Índice mitótico <50 mitosis en 10 campos de alto poder.

**Discusión:** El SCL se distingue de la histiocitosis de Langerhans por su comportamiento agresivo y maligno, describimos el 4° caso mundial con exclusivo compromiso ganglionar cervical y el primero en Colombia con evolución clínica hasta la actualidad favorable.

**03 - ID239****Sarcoma pleomórfico ocular: presentación de un caso***Mauricio Bermúdez, Felipe Beltrán, Camilo Lozano, Yessica Guardo, Juan Diego Lozano*

Universidad de Cartagena - Hospital Universitario del Caribe camilolozanocirugia@hotmail.com

**Introducción:** Los sarcomas son tumores de origen mesenquimal, con una incidencia variable en

el mundo. Dentro de su amplio espectro de presentación, encontramos que su ubicación en cabeza y cuello corresponde solo al 9% de todas las lesiones de tejidos blandos, y a su vez, la aparición en la región ocular y periocular se presenta en menos del 1% de los casos. El tratamiento quirúrgico radical es el pilar de tratamiento para este grupo de tumores, con baja tasa de respuesta al manejo con radio y quimioterapia, y a su vez, su alta tasa de recidiva local y a distancia.

**Objetivos:** Presentar el caso de un paciente con sarcoma ocular manejado en el Hospital Universitario del Caribe, en la ciudad de Cartagena, Colombia.

**Materiales:** Se presenta el caso de un paciente con una lesión ocular exofítica, con hallazgo histológico previa de “Sarcoma pleomorfo de alto grado” manejado con resección quirúrgica en el Hospital Universitario del Caribe, Cartagena.

Se obtuvo información directamente de la historia clínica del paciente, además de complementar fuentes de información primaria con el caso.

**Resultados:** Se logró el abordaje quirúrgico y manejo integral, incluyendo el tratamiento de las complicaciones presentadas durante el manejo del caso descrito. Se obtuvo reporte de patología para quiste paratiroideo.

**Conclusiones:** Los sarcomas oculares con lesiones poco frecuentes, que ameritan un diagnóstico previo acertado y un tratamiento quirúrgico radical. Debe estarse atento a la mínima sospecha, pues en enfermedades tempranas el pronóstico vital y estético es más favorable.

**03 - ID240****Tumor neuroendocrino del ciego, reporte de caso***Julain Jimenez Moreno, Juan Carlos Forero, Maikel Pacheco*

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

Julian\_jimo@hotmail.com

**Introducción:** Los tumores neuroendocrinos son neoplasias derivadas de las células neuroendocrinas a lo largo del cuerpo, representado aproximadamente el 0.5% de las neoplasias recientemente diagnosticadas. Son tumores que se localizan más

comúnmente en el tracto gastrointestinal y representan aproximadamente el 1% de los tumores localizados en este sistema. Dentro de los sitios donde más comúnmente se han documentado este tipo de tumores se encuentran el estomago (8%), el intestino delgado (41%), y el recto (27%), pudiendo variar otras localizaciones entre razas. La prevalencia de los carcinomas en tracto gastrointestinal en general estaba en 35 por 100.000 personas.

**Objetivos:** Presentar un caso de manejo exitoso en paciente con tumor neuroendocrino del ciego que debuta como obstrucción intestinal

**Materiales:** En el presente trabajo presentamos el caso de un paciente de 42 años de edad, con cuadro de sensación de masa en fosa iliaca derecha, que debuta como obstrucción intestinal, sin antecedente quirúrgico, que requirió manejo quirúrgico urgente, oncológico con intención curativa. Junto con una revisión de la literatura sobre el tratamiento, diagnóstico y ultimas asociaciones.

**Resultados:** Desenlace favorable del paciente.

**Conclusiones:** Los tumores neuroendocrinos son patologías poco frecuentes en general, siendo el tracto gastrointestinal el sitio de predilección para su aparición. Su pronóstico depende del grado del tumor y las complicaciones concomitantes. Cabe anotar que estos tumores pueden cursar con otros tumores sincronicos o metacronicos en el mismo segmento, por lo que su seguimiento no solo se debe enfocar en la recadia tumoral (tipo histológico), sino que adicionalmente se debe enfocar en la aparición de otros tumores, predominantemente adenocarcinomas.

## TRAUMA

### 03 - ID241

#### Casi ahorcamiento: un reporte de caso

*Michael Zapata, David Benítez, Mónica Solis, Angelica Delgado, Adolfo González H.*

Universidad del Valle

Michaelzp91@gmail.com

**Introducción:** Las lesiones por casi ahorcamiento están asociadas a secuelas neurológicas; sin embar-

go, a pesar de su bajo puntaje en la escala de Glasgow al ingreso, el único predictor del pronóstico neurológico, son los signos de hipoxia cerebral en la tomografía.

**Objetivos:** Describir el caso de un paciente quien ingresa con Glasgow de 6/15, manejado con intubación orotraqueal y extubación durante la noche del ingreso, sin secuelas neurológicas.

**Materiales:** Reporte de caso de casi ahorcamiento, de un paciente con Glasgow 6/15 manejado con intubación orotraqueal, con extubación temprana y evaluación posterior sin secuelas neurológicas.

**Resultados:** Paciente de 60 años de edad, quien ingresa en contexto de casi ahorcamiento por intento suicida, con Glasgow 6 /15, por lo que fue manejado con intubación orotraqueal. AngioTAC de cuello, TAC cerebral y radiografía de tórax normales. Se hizo extubación la misma noche del evento y evolución posterior sin secuelas neurológicas, continuando su manejo por el servicio de psiquiatría y egreso a la semana.

**Conclusiones:** El ahorcamiento es la segunda modalidad más letal de suicidio, solo superado por las heridas por proyectil de arma de fuego, sin embargo, los pacientes que no muestran lesiones sugestivas de hipoxia cerebral en la TAC, a pesar del pobre puntaje en la escala de Glasgow al ingreso, tienen probabilidades altas de egreso con buen pronóstico neurológico.

### 03 - ID242

#### Enfisema subcutáneo masivo secundario a trauma penetrante de tórax en ausencia de neumotórax

*Rivas-Goyes Jesús Alexander, Mera-Martínez Paulo Francisco, Portillo-Miño José Darío, Montero-Conde Lisbeth*

Hospital Universitario Departamental de Nariño, Pasto  
paulofrancisco4@hotmail.com

**Introducción:** El enfisema subcutáneo masivo es una condición infrecuente como complicación en trauma penetrante de tórax, que implica lesión laríngea, traqueal o del árbol bronquial. En ausencia de neumotórax o neumomediastino la incidencia es alrededor del 1,3%. Presentamos un paciente con en-

fisema subcutáneo masivo en ausencia de entidades mencionadas.

**Objetivos:** Proporcionar elementos para reconocimiento temprano de enfisema subcutáneo masivo en ausencia de neumotórax y neumomediastino en la radiografía de tórax, para realizar un diagnóstico temprano y abordaje quirúrgico adecuado.

**Materiales:** Se realizó seguimiento exhaustivo del paciente desde su ingreso, revisión de historia clínica, estudios imagenológicos, material fotográfico y hallazgos quirúrgicos.

Se realiza revisión de la literatura en las bases de datos Medline, Ovid y Cochrane.

**Resultados:** El paciente fue llevado a toracoscopia video-asistida derecha encontrándose fragmento de objeto punzante en parénquima de lóbulo pulmonar inferior, con lesión de pleura mediastinal. Se realizó manejo quirúrgico pertinente, obteniendo evolución hacia la mejoría y pronta resolución del cuadro clínico.

**Conclusiones:** Es importante reconocer el enfisema subcutáneo masivo secundario a trauma penetrante de tórax, en ausencia de neumotórax y neumomediastino como patología anómala; pero con un potencial lesivo notable. Las ayudas diagnósticas como la radiografía de tórax son útiles en definir neumotórax; sin embargo, se pudo observar que no son una herramienta concluyente en la aproximación diagnóstica. El reconocimiento de manifestaciones clínicas tempranas de enfisema subcutáneo masivo lleva a tomar decisiones tempranas para salvar la vida del paciente. La toracoscopia video-asistida (VATS) fue decisiva y permitió el diagnóstico y tratamiento acertado.

### 03 - ID243

#### Epiplotele escrotal postraumático

*Margarita Cáceres Parra, Ileana Rocio Bautista Parada, Javier Mauricio Pacheco Maldonado, Laura Sofía Torres Parada, Erika Julieth Alarcón Meléndez, Juan Daniel Ribero Cáceres*  
Hospital Universitario de Santander  
pachecojavier88@gmail.com

**Introducción:** El trauma genitourinario es una entidad poco frecuente, de predominio en género masculino por su alto índice de violencia y las ca-

racterísticas anatómicas de los genitales externos. El mecanismo de trauma más frecuente es el cerrado; pero el trauma penetrante, ya sea por proyectil de arma de fuego o cortopunzante, evidencia una mayor tasa de exploración quirúrgica.

**Objetivos:** Dar a conocer el manejo del trauma penetrante en escroto con epiplotele, en pacientes con hernias inguinoescrotales crónicamente encarceladas.

**Materiales:** Se presenta el caso de un paciente con antecedente de hernia inguinoescrotal izquierda crónicamente encarcelada, quien sufrió trauma penetrante con objeto cortopunzante en escroto, generando epiplotele, quien fue atendido en el Hospital Universitario de Santander. Se hizo atención inicial siguiendo las recomendaciones del apoyo vital avanzado en trauma (ATLS) y posteriormente se indicó manejo quirúrgico con retiro de bolsa de Viasflex, omentectomía parcial, reducción del contenido herniario a cavidad peritoneal (epiplón) y mediante técnica preperitoneal, corrección de defecto herniario empleando malla de polipropileno. En el mismo tiempo quirúrgico Urología descarta lesión testicular o del cordón espermiático.

**Resultados:** Se logró una adecuada preservación del contenido del saco herniario, gracias al manejo inicial prequirúrgico y la utilización de recursos como la bolsa de Viasflex. Debido a la intervención multidisciplinaria, solo requirió un abordaje localizado. Actualmente el paciente presenta una adecuada evolución.

**Conclusiones:** En pacientes con trauma penetrante escrotal con epiplotele, debe abordarse usando el ATLS para el manejo inicial. La intervención quirúrgica debe ser manejada interdisciplinariamente, para lograr mayor poder de resolución del caso.

### 03 - ID244

#### Exploración de arteria axilar en trauma: abordaje alternativo

*Juliana Maria Ordonez, Carlos Alberto Ordoñez D, Daniel Gonzalez Nunez, Diego Fernando Caycedo Medina, Mauricio Pedraza, Luis Felipe Cabrera*  
Fundación Valle del Lili  
Julianita206@hotmail.com

**Introducción:** Las lesiones de arteria axilar son poco frecuentes, asociándose usualmente a luxación de hombro, fracturas del húmero proximal y trauma penetrante. La exploración es técnicamente exigente debido a la posición anatómica del vaso y las posibles lesiones concomitantes. Todos los pacientes con trauma axilar o periclavicular deben ser evaluados para trauma vascular y del plejo braquial. La angiografía se reserva para pacientes estables con signos blandos de trauma vascular, y muy rara vez para el paciente estable con signos duros sin claro sitio de lesión.

**Objetivos:** Describir una técnica alternativa para exploración de arteria axilar en trauma.

**Materiales:** Revisión de literatura y descripción del caso de un paciente con lesión por proyectil de arma de fuego en región torácica, con salida supraescapular ipsilateral, quien ingresó al servicio de urgencias estable hemodinámicamente, con Angiotomografía que muestra lesión de arteria axilar, descripción de la técnica quirúrgica.

**Resultados:** Fue llevado a cirugía de urgencia con abordaje axilar similar al realizado para vaciamiento de nivel IV, dada su exposición adecuada y facilidad de abordaje. Se identificó lesión de 50% en tercio medio y se realizó resección y reparo con injerto Gore-Tex, con adecuada perfusión, presentando un postoperatorio sin complicaciones.

**Conclusiones:** Las lesiones de la arteria axilar son poco frecuentes, incluso en heridas penetrantes, pero el índice de sospecha debe ser alto. El abordaje anterior sobre el surco deltopectoral, realizando una exploración justo después de la tercera porción de la subclavia es la indicación clásica, sin embargo, puede presentar limitaciones técnicas, por lo que el abordaje axilar descrito podría facilitar la disección y adecuada reparación de dichas lesiones.

### 03 - ID245

#### Fistula gastropleural secundaria a trauma gástrico: un reporte de caso

Manuel Alejandro Giraldo P, Angelica Maria Delgado, Alvaro J. Martinez, Jose Julian Serna  
Universidad del Valle, Hospital Universitario del Valle  
Man\_giraldo@hotmail.com

**Introducción:** Las fistulas gastropleurales son complicaciones raras y generalmente asociadas a patologías neoplásicas o posoperatorios de cirugía bariátrica

**Objetivos:** Describir el manejo de una paciente con fistula gastropleural postraumática

**Materiales:** Se describe el caso de una paciente de 17 años de edad, con antecedentes de tuberculosis pleural tratada, quien sufre herida por arma cortopunzante en región epigástrica, requiriendo laparotomía exploratoria, donde encontraron herida en espejo de estómago y colon transverso; en el posoperatorio cursó con adecuada evolución clínica, por lo cual se dio egreso. Tres meses después reconsultó por disnea, con radiografía de tórax que evidenciaba derrame pleural izquierdo, que fue manejado con toracostomía, obteniendo drenaje fibrinopurulento y restos sugestivos de contenido alimentario. Se realizaron estudios de extensión, incluidos endoscopia de vías digestivas altas y tomografía de tórax y abdomen, que confirmaron la presencia de fistula gastropleural.

**Resultados:** La paciente fue llevada a primer tiempo quirúrgico de laparotomía exploratoria donde se encontró orificio traumático de tres centímetros en diafragma, con estomago herniado a través de él, con dos orificios en cuerpo gástrico; se practicó frenorrafia, resección del segmento comprometido del cuerpo gástrico y gastro-gastro anastomosis.

Diez días después fue llevada a segundo tiempo quirúrgico, en el cual se realizó decorticación pulmonar. Posteriormente la paciente cursó con adecuado postoperatorio, por lo que se retiró tubo de tórax y se dio egreso.

**Conclusiones:** Se trata del primer caso reportado en la literatura colombiana de una fistula gastropleural secundaria a trauma gástrico, manejado exitosamente en dos tiempos quirúrgicos.

### 03 - ID246

#### Hemorragia masiva de vías digestivas altas secundaria a pseudoaneurisma postraumático de arterias pancreatoduodenales: un reporte de caso.

Manuel Alejandro Giraldo P, Monica Alejandra Solis, Adolfo Gonzalez H.

Universidad del Valle - Hospital Universitario del Valle  
Man\_giraldo@hotmail.com

**Introducción:** Un sangrado gastrointestinal masivo por un pseudoaneurisma secundario a un trauma duodenal penetrante es una complicación rara y potencialmente mortal

**Objetivos:** Describir el manejo endovascular exitoso de un paciente con hemorragia masiva de vías digestivas altas, secundaria a ruptura de un pseudoaneurisma postraumático de la arteria pancreatoduodenal, hacia la luz del duodeno

**Materiales:** Se describe el caso de un paciente de 25 años de edad, quien posterior a heridas abdominales por proyectil de arma de fuego desarrolló un sangrado digestivo masivo, secundario a la ruptura de un pseudoaneurisma de la arteria pancreatoduodenal.

**Resultados:** Paciente que ingresa con múltiples heridas por proyectil de arma de fuego a urgencias con abdomen agudo, por lo cual requirió laparotomía exploratoria encontrando heridas de estómago, colón transverso, duodeno (grado III) y cabeza del páncreas. Al quinto día postoperatorio requirió reintervención por abdomen agudo, hallando abundante contenido intestinal bilioso, sin filtración identificable; se hizo cierre temporal asistido por vacío y reanimación en UCI. En un tercer tiempo quirúrgico, se evidenció lesión duodenal posterior inadvertida, que se resuelve con sutura.

Durante el día 25 de hospitalización, presentó episodio de hematemesis (400 ml). La endoscopia evidenció coágulos en rafia duodenal, sin sangrado activo. Presenta un segundo sangrado masivo (1500 ml) con inestabilidad hemodinámica, llevándose inmediatamente a arteriografía, donde se identificó un pseudoaneurisma en la unión de las arterias pancreatoduodenales superior e inferior. Se realizó manejo endovascular con coils hasta lograr control de la hemorragia.

**Conclusiones:** Se trata del primer caso reportado en la literatura de un sangrado gastrointestinal masivo por un pseudoaneurisma, secundario a un trauma duodenal penetrante, manejado exitosamente con terapia endovascular

### 03 - ID247

#### Hemotórax masivo tardío en trauma cerrado de tórax, reporte de caso

Susan Marcela Guerrero Ramírez, Mario Alaín Herrera  
Universidad del Valle - Hospital Universitario del Valle  
susma\_20@hotmail.com

**Introducción:** El hemotórax se define como la presencia de sangre en espacio pleural, y es tardío, cuando aparece posterior a 24 horas del trauma. Es una entidad rara, sin embargo, en la literatura esta reportado hasta 44 días posterior al trauma. Los síntomas suelen ser: dolor torácico pleurítico y disnea; se asocia con una morbi-mortalidad significativa. El manejo incluye drenar y controlar el sangrado.

**Objetivos:** Describir el caso de un paciente a quien se le diagnosticó hemotórax tardío masivo, por trauma de tórax cerrado posterior a 23 días.

**Materiales:** Reporte de caso, de un paciente de 50 años de edad, con antecedente de trauma cerrado por caída de 3 metros de altura 23 días atrás, quien consulta en dos ocasiones por dolor en hemitórax izquierdo. Tomaron radiografía de tórax que consideraron normal, dan analgesia y egreso.

**Resultados:** El paciente reconsultó por dolor, disnea, hipotensión y taquicardia, con nueva radiografía de tórax que mostró un pulmón izquierdo blanco y desviación traqueal hacia la derecha, por lo que se llevó a toracostomía cerrada, donde hay salida de 2200 cc de sangre y coágulos, sin inestabilidad hemodinámica; se transfundieron 2 unidades de glóbulos rojos. La tomografía axial computarizada de tórax posterior reveló escaso hemotórax residual y fractura costal. No requirió manejo quirúrgico, tuvo evolución favorable, se retiró el tubo de tórax y egresó.

**Conclusiones:** Los médicos de urgencias deben estar atentos ante la posibilidad del hemotórax tardío, por eso la importancia de aconsejar a los pacientes de acudir a urgencias en caso de síntomas de alarma, al dar egreso posterior a un trauma cerrado. En este caso, el desenlace fue favorable y no hubo requerimiento de manejo quirúrgico adicional.

### 03 - ID249

#### Hernia diafragmática aguda secundaria a trauma

### toraco-abdominal en adulto

Edgardo Antonio Gómez Villadiego, Ximena Camargo García,  
Leonel Galindo Fonseca  
Hospital Erasmo Meoz  
edgardogomezmd@gmail.com

**Introducción:** La hernia diafragmática traumática constituye una forma infrecuente de afección diafragmática en la actualidad. Se calcula que su incidencia varía de 0,8 a 8 %, con un promedio del 3 % en todas las lesiones traumáticas abdominales torácicas y de 10-15% de los penetrantes del abdomen o del tórax. La mortalidad general es del 13,7 % en la mayoría de las series reportadas.

**Objetivos:** Presentar el caso de un paciente adulto con hernia diafragmática aguda secundaria a trauma toraco-abdominal.

**Materiales:** Caso clínico de un paciente de 65 años de edad, quien ingreso al servicio de urgencias del Hospital Erasmo Meoz, por presentar traumatismo toraco-abdominal izquierdo cerrado y trauma en miembros superior e inferior izquierdos, asociado a dolor, taquipnea e hipoventilación.

**Resultados:** Los exámenes imagenológicos realizados confirmaron que se trataba de una hernia diafragmática izquierda, con presencia de estómago e intestino delgado en el hemitórax izquierdo. El paciente fue intervenido quirúrgicamente de urgencias.

**Conclusiones:** La hernia diafragmática traumática, es poco frecuente en el paciente politraumatizado, por lo cual requiere una alta sospecha diagnóstica, evitando posibles complicaciones a corto y largo plazo, asociadas a la función respiratoria y de los órganos intra-abdominales, como estrangulaciones.

### 03 – ID250

#### Injerto de peritoneo para corrección de lesión de vena iliaca: un reporte de caso

Manuel Alejandro Giraldo P, Michael Zapata, Adolfo Gonzalez H.  
Universidad del Valle - Hospital Universitario del Valle  
Man\_giraldo@hotmail.com

**Introducción:** Las lesiones vasculares por trauma están asociadas a una gran morbi-mortalidad. En muchas circunstancias las lesiones destructivas de grandes venas son manejadas con ligadura o con ra-

fias, que estrechan la luz generando complicaciones como trombosis y/o edema crónico, que comprometen la calidad de vida del paciente.

**Objetivos:** Describir el caso de un paciente a quien se le realiza injerto de peritoneo para corrección de lesión vascular venosa mayor.

**Materiales:** Reporte de caso de un paciente con lesión de la vena iliaca externa izquierda reparada con parche de peritoneo.

**Resultados:** Paciente de 18 años de edad, quien ingresa con herida única por proyectil de arma de fuego en glúteo derecho, con abdomen agudo y tacto rectal positivo; fue llevado a laparotomía exploratoria encontrando: hemoperitoneo 2000cc, herida de ileon, vejiga, recto extraperitoneal y una lesión en vena iliaca externa de 3 cm de longitud y 70% de su circunferencia. La lesión venosa se corrigió con injerto de peritoneo obtenido de cara posterior de recto abdominal; se realizó colostomía de sigmoides y terapia VAC. Posteriormente fue llevado a cierre de cavidad. Durante posoperatorio se realizó ecografía doppler de miembro inferior que mostró flujo adecuado, sin signos de trombosis ni edema de la extremidad. Finalmente se da egreso por buena evolución clínica.

**Conclusiones:** En las lesiones venosas destructivas de miembros inferiores generalmente se opta por realizar ligadura. En este caso se recurrió a un injerto de peritoneo, procedimiento exitoso, sin trombosis ni edema. Este es el primer reporte de caso de una lesión de iliaca externa manejada con parche de peritoneo.

### 03 – ID251

#### Manejo conservador de ventana pericárdica positiva

Oscar Iván Mosquera Yacub, Adolfo González H.  
Universidad del Valle - Hospital Universitario del Valle  
oskarivani85@hotmail.com

**Introducción:** El trauma precordial penetrante, con ventana pericárdica positiva, generalmente se trata con apertural de tórax.

**Objetivos:** Describir el manejo de herida precordial penetrante, con ventana pericárdica positiva, que no requiere apertura de tórax.

**Materiales:** Se describe el caso de un paciente masculino de 14 años de edad quien ingreso por cuadro de herida por arma corto punzante en quinto espacio intercostal con línea paraesternal izquierda. Ingresó con signos vitales normales. Se realiza eco fast con derrame pericárdico positivo y coágulos libres.

**Resultados:** El paciente fue llevado a ventana pericárdica subxifoidea, que fue positiva para sangrado pericárdico y extracción de coágulo de aproximadamente 10 cm de longitud. El paciente se mantuvo hemodinámicamente estable durante procedimiento, por lo que no fue llevado a toracotomía o esternotomía, y se decidió lavado pericárdico con solución salina tibia 500cc; se revaloró a los 3 minutos sin sangrado de saco pericárdico adicional. Se cerró por planos. En hospitalización se realizó ecocardiograma formal a los dos días posoperatorios, que tuvo resultado normal, y se dio de alta con recomendaciones.

**Conclusiones:** Se trata de un caso de trauma precordial penetrante con ventana pericárdica positiva, que cambia la percepción de la necesidad de apertura de tórax por toracotomía o esternotomía, basados en el estado hemodinámico del paciente. Se realizó lavado pericárdico con evolución favorable.

### 03 – ID252

#### Manejo conservador del trauma mesentérico aislado: reporte de dos casos

Andrés Velásquez Hoyos, Guillermo Vélez Parra

Universidad CES

andresvelasquezhoyos@gmail.com

**Introducción:** El trauma de abdomen representa el 15% de todas las muertes traumáticas en Colombia. El trauma mesentérico e intestinal es poco prevalente, encontrado hasta en un 5% de las laparotomías por trauma cerrado. La tomografía computarizada multidetector (TCMD) contrastada es la herramienta radiológica con mejor rendimiento diagnóstico, que, correlacionado adecuadamente con el estado clínico del paciente, predice el manejo, quirúrgico o conservador.

**Objetivos:** Describir los signos tomográficos encontrados en el trauma mesentérico aislado, para determinar la indicación de manejo conservador

**Materiales:** En el presente reporte se describen dos pacientes, de 40 y 67 años de edad, con trauma cerrado de abdomen de alta energía. Ingresan estables hemodinámicamente, con dolor abdominal localizado, sin signos de irritación peritoneal. Se realiza tomografía computarizada multidetector contrastada de abdomen y pelvis en la que se describen signos de trauma vascular mesentérico sin signos de sangrado activo o lesión visceral, diagnosticando trauma mesentérico aislado. Además, se describen las características de los pacientes y los hallazgos radiológicos.

**Resultados:** Se inició manejo expectante con control clínico y paraclínico. Fueron dados de alta a las 24 y 96 horas de evolución, sin necesidad de manejo quirúrgico.

**Conclusiones:** Las lesiones mesentéricas aisladas generalmente se asocian a trauma de alta energía, son poco prevalentes y con manifestaciones inespecíficas. La tomografía computarizada multidetector contrastada de abdomen se recomienda en la evaluación inicial y caracterización de lesiones, asociado a la evolución clínica, para predecir la viabilidad del manejo conservador.

### 03 – ID253

#### Manejo conservador en quemadura de vía aérea: serie de 3 casos

Michael Zapata, David Benítez, Mónica Solís, Angelica Delgado, Adolfo González, Juan Pablo Trochez.

Universidad del Valle

Michaelzp91@gmail.com

**Introducción:** De acuerdo con las guías clínicas internacionales, los pacientes con sospecha de quemadura de la vía aérea deben ser llevados a nasofibrolaringoscopia. Si se observa estigmas de quemadura, supra o infraglótica, debe asegurarse la vía aérea con intubación orotraqueal y en algunos casos traqueostomía. La evidencia más reciente muestra que la intubación puede ser innecesaria en hasta un tercio de los pacientes con estas indicaciones.

**Objetivos:** Describir una serie de 3 pacientes con manejo conservador, a pesar de hallazgos de quemadura de vía aérea por nasofibrolaringoscopia, con buena evolución clínica.

**Materiales:** Reporte de sería de 3 casos de pacientes de pacientes con signos clínicos de quemadura de vía aérea (quemadura orofacial, de vibras, esputo carbonáceo, disfonía, historia de quemadura en espacio cerrado), saturación de oxígeno > 95 % con FiO<sub>2</sub> del 21%, no tirajes, no estridor laríngeo, gases arteriales sin hipoxemia ni hipercapnia, con nasofibrolaringoscopia que confirmó quemadura de vía aérea.

**Resultados:** Los pacientes fueron manejados con cabecera a 60°, Oxígeno a FiO<sub>2</sub> altas > 50% y nebulizaciones con adrenalina, sin necesidad de intubación orotraqueal ni traqueostomía. La nasofibrolaringoscopia de control a las 24 y 72 horas mostró evolución hacia la mejoría y fueron manejados finalmente solo con escarectomias e injertos.

**Conclusiones:** Las quemaduras de vía aérea confirmadas por nasofibrolaringoscopia pueden ser manejadas de forma conservadora, siempre que no existan signos ominosos de falla ventilatoria (estridor, saturación < a 95% a pesar de FiO<sub>2</sub> altas, gases arteriales con hipoxemia o hipercapnia, Glasgow < 8), lo cual permite evitar riesgos innecesarios de intubación orotraqueal y, aun más, de traqueostomía.

### 03 – ID254

#### Manejo conservador para lesión de la pared posterior de la tráquea y esófago por trauma contuso: un reporte de caso

*Mónica A. Solís-Velasco, Diego Caycedo, Orlando Arévalo, Adolfo González-Hadad*

Universidad del Valle

monica.solis@correounivalle.edu.co

**Introducción:** Las lesiones traqueo-bronquiales en trauma cerrado son raras y difíciles de diagnosticar. La mayoría ocurren a 2 cm de la carina. La disrupción concomitante del esófago, el enfisema progresivo y el requerimiento de ventilación mecánica son, tradicionalmente, indicaciones de cirugía.

**Objetivos:** Describir el diagnóstico y manejo de un paciente con una lesión traqueo-esofágica por trauma contuso.

**Materiales:** Paciente de 26 años de edad, quien ingresa por politraumatismo al colisionar en su moto

contra un muro. Al examen físico gran enfisema subcutáneo en cuello y tórax. Una angiotomografía computarizada mostró fractura de odontoides, enfisema subcutáneo extenso y neumomediastino; no se observó discontinuidad de la tráquea ni neumotórax. Se solicitó fibrobroncoscopia, por persistencia de sospecha de lesión de vía aérea superior, y esofagogastroduodenoscopia.

**Resultados:** La fibrobroncoscopia identificó lesión en la porción membranosa de la tráquea a 3 cm de la carina y el 20% de su circunferencia. La esofagogoscopia identificó dos úlceras cubiertas de fibrina, sin compromiso de todo el espesor de su pared. Un esofagograma de control no mostró extravasación del medio de contraste. La fibrobroncoscopia de control, a los 8 días del trauma, mostró la lesión de 4 cm de longitud cubierta por fibrina. Se decidió manejo no operatorio para lesión traqueal, esofágica superficial y fractura de C2, con evolución satisfactoria.

**Conclusiones:** El manejo conservador es una opción para pacientes con lesión de la tráquea por trauma contuso, especialmente en la porción membranosa. La presencia de enfisema subcutáneo y neumomediastino, son altamente sugestivos de lesión traqueal, en ausencia de otras causas.

### 03 – ID255

#### Manejo expectante del trauma hepático grado IV

*William Salamanca, Cesar Jiménez, Cristina Padilla, Diego Valbuena, Andrés Lasso*

Clínica Medical Proinfo

williamhsalamanca@yahoo.com, judithpa2014@gmail.com

**Introducción:** El trauma hepático es la causa más común de muerte, por trauma abdominal, y depende directamente del grado del trauma. Gracias a los avances en procedimiento mínimamente invasivos, se han disminuidos las tasas de morbimortalidad en pacientes con trauma hepático, convirtiéndose en una opción cada vez más común entre diferentes instituciones a nivel mundial

**Objetivos:** Describir el manejo expectante que se le dio a un paciente con trauma hepático grado IV y realizar una breve revisión de la literatura

**Materiales:** Se trata de un paciente de 32 años de edad, de sexo masculino, víctima de accidente de

tránsito, quien ingresa con dolor y distensión abdominal, además de taquicardia. Posteriormente fue llevado a imágenes diagnósticas, en donde se evidenció trauma hepático grado IV. Como manejo, a la patología diagnosticada, se indicó angioembolización.

**Resultados:** Posterior a la angioembolización requirió vigilancia en unidad de cuidado intensivo, con soporte ventilatorio y soporte vasopresor el primer día de ingreso a la institución. Tuvo adecuada evolución clínica y no requirió intervención quirúrgica adicional

**Conclusiones:** El manejo no quirúrgico del trauma hepático, en la actualidad, tiene altas tasas de éxito, siendo superiores al 89.5%, reduciendo la morbimortalidad en un 82-100%, lo que está en relación con los resultados obtenidos en el paciente en mención

### 03 – ID256

#### Manejo no convencional en trauma vascular cerrado poplíteo por luxación de rodilla: reporte de caso

Jairo González Quitian, Manuel Giraldo, Sergio León, José Julián Serna

Universidad del Valle  
jairogqui@hotmail.com

**Introducción:** La lesión vascular mayor a 6 horas está asociada a mayor riesgo de amputación por el síndrome de reperfusión. En pocos casos reportados en la literatura, se ha realizado reparo a largo tiempo de isquemia.

**Objetivos:** Describir el caso de un paciente a quien se le realizó un manejo no convencional de trauma vascular poplíteo, con preservación de la extremidad después de 20 horas del evento.

**Materiales:** Reporte de caso de un paciente de 32 años de edad, quien sufrió caída de propia altura con trauma en rodilla derecha, posterior inestabilidad articular y dolor. Consultó a una institución nivel II, evidenciando luxación posterior completa de rodilla, con ausencia de pulso distal, reducción no satisfactoria, y 20 horas después es trasladado a institución nivel III de atención.

**Resultados:** AngioTAC mostró ausencia de flujo a partir de arteria poplíteo. Ortopedia y Cirugía Vascular, a pesar del tiempo del trauma, decidieron no amputar la extremidad, realizan una reducción en quirófano con colocación de tutor externo, fasciotomía anterior y lateral, y embolectomía con catéter Fogarty desde tercios superior e inferior, sin exploración directa del vaso. Estuvo en UCI por dos semanas con falla renal que resolvió y finalmente fue dado de alta. Quedó con secuelas para movilidad y sensibilidad de la extremidad.

**Conclusiones:** Las lesiones vasculares periféricas son tiempo-dependientes para salvar extremidades. Este caso es extraordinario y no buscamos generalizar o normalizar un manejo, sin embargo, es interesante cómo un trauma vascular de tanto tiempo no haya terminado en amputación de la extremidad, con resultados satisfactorios.

### 03 – ID257

#### Neumopericardio en paciente con trauma precordial por almarada, sin neumotórax asociado: Reporte de un caso

David Benítez Bermúdez, Michael Zapata P., Mónica Solís, Angélica Delgado, Adolfo González H.

Universidad del Valle - Hospital Universitario del Valle  
davini137@hotmail.com

**Introducción:** El neumopericardio, sin neumotórax, es un hallazgo infrecuente en pacientes con trauma precordial penetrante, pudiendo causar signos y síntomas de taponamiento cardiaco y muerte.

**Objetivos:** Describir el caso de un paciente que presenta neumopericardio posterior a herida traumática precordial sin neumotórax, en el cual se realizó manejo conservador con éxito.

**Materiales:** Se describe el caso de un paciente masculino de 39 años de edad, quien bajo efectos de alcohol ingresa con heridas autoinflingidas por almarada en región precordial y dos heridas no penetrantes en la zona 2 de cuello. Al ingreso se presentó con inestabilidad hemodinámica, por lo que se inició reanimación y rápidamente los signos vitales se

normalizaron, tornándose asintomático. Los gases arteriales del ingreso evidenciaban acidosis metabólica compensada.

**Resultados:** El FAST fue clasificado como indeterminado al no lograr identificar las estructuras cardiacas en ninguno de los focos, a pesar de ser realizada por múltiples evaluadores y radiólogo ecografista; por lo cual se realizó tomografía de tórax, que evidenció neumopericardio sin neumotórax asociado. Se dejó en vigilancia clínica estricta y se tomaron radiografías de control seriadas, siendo negativas para hemotórax o neumotórax: Finalmente a las 72 horas, se dio egreso asintomático y sin complicaciones, después de realizar un manejo conservador exitoso.

**Conclusiones:** Se trata del reporte de caso de un paciente con herida precordial autoinflingida con neumopericardio sin lesión pleural, quien ingresa inicialmente inestable y es manejado exitosamente de forma conservadora.

### 03 – ID258

#### Neumopericardio por efecto Macklin en trauma de tórax penetrante

*Susan Marcela Guerrero Ramírez, Juan José Meléndez Lugo, Jose Julián Serna.*

Universidad del Valle, Hospital Universitario del Valle  
susma\_20@hotmail.com

**Introducción:** El Neumopericardio por trauma es la presencia de aire entre las pleuras pericárdicas, muy poco frecuente, aunque potencialmente mortal ya que puede llegar a evolucionar a un taponamiento cardíaco. Una de las formas en que se genera, es el resultado de mecanismos que crean ruptura alveolar, disección de las vainas broncovasculares y diseminación del enfisema intersticial pulmonar hacia el mediastino, conociéndose como efecto Macklin.

**Objetivos:** Describir el caso de un paciente con trauma penetrante en tórax, con neumotórax a tensión, a quien se le realizó ventana pericárdica descompresora por un neumopericardio secundario a efecto Macklin.

**Materiales:** Reporte de caso, de un paciente de 29 años de edad, quien sufre herida por proyectil de

arma de fuego a nivel de T4 paravertebral izquierda, y se aloja en hemitórax derecho, trayecto posterior, con trauma raquimedular. Ingresa a urgencias con hipotensión, taquicardia, neumotórax izquierdo a tensión, neumotórax derecho, para lo que se inició manejo con toracostomía bilateral; tuvo necesidad de inicio de vasoactivos, sin mejoría hemodinámica.

**Resultados:** Se tomó TAC de tórax con evidencia de gran neumopericardio, y por inestabilidad hemodinámica, fue llevado a ventana pericárdica descompresora, con posterior mejoría clínica significativa, posteriormente retiro de toracostomías y egreso.

**Conclusiones:** Son pocos los casos reportados que relacionan el efecto Macklin como origen del neumopericardio. En la mayoría de los casos, éste es autolimitado y se opta por manejo médico. No obstante, si el paciente presenta signos de taponamiento cardíaco, éste requiere de descompresión urgente. En este caso requirió ventana pericárdica debido a su inestabilidad hemodinámica, con exitoso desenlace.

### 03 – ID259

#### Politraumatismo grave en paciente gestante con compromiso de pelvis y reja costal. Reporte de un caso

*Carlos Andrés Delgado López, Paula Andrea Jurado Muñoz, David Alejandro Mejía Toro, Alejandro García Chavez, Daniela Carolina Huertas Contreras, Carolina Restrepo Herrera*

Universidad de Antioquia  
andresdelgadotr@gmail.com

**Introducción:** El 7% de las gestantes sufren de algún tipo de traumatismo durante el embarazo, de estos la tercera parte están relacionados con accidentes de tránsito. Cuando el trauma pone en riesgo la vida materna, está asociado con un 50% de pérdida fetal.

**Objetivos:** Analizar la evolución y desenlace de una paciente gestante con trauma pélvico y de pared torácica.

**Materiales:** Reporte de caso y correlación clínico-radiológica de una paciente de 24 años de edad, secundigestante de 26 semanas, quien sufre accidente de tránsito en calidad de copiloto, con avulsión de tejidos blandos del periné, sangrado vaginal, pelvis inestable y fracturas costales con marcado distrés respiratorio. Revisión de la literatura.

**Resultados:** Presenta muerte fetal por lo que realizaron cesárea. En la UCI requiere intubación y se considera fijación de la reja costal, con lo que presentó marcada mejoría. Requirió fijación de la pelvis con tutor externo y colostomía por contaminación de la región perineal y osteomielitis de los huesos pélvicos. Mejoría progresiva, control del foco infeccioso y alta al día 19 de hospitalización.

**Conclusiones:** Algunos autores postulan que la sobrevida de las mujeres gestantes con traumatismos es mayor al compararlas con aquellas que no lo están, en relación a su mayor reserva fisiológica y el postulado de una mejor perfusión de los órganos, que las hace más tolerantes al estado de shock. El trauma de reja costal empeora la situación al realizar un cambio drástico en el proceso de oxigenación. La fijación quirúrgica ha demostrado ser una estrategia eficaz para normalizar la dinámica ventilatoria.

### 03 – ID260

#### Revascularización extrema en paciente con trauma vascular asociado a lesiones óseas

*Leonardo José Randial, Cesar Jiménez, Manuel Hosman, Iván Silva, Mario Bravo*

Hospital Universitario Clínica San Rafael  
lrandialp@yahoo.es

**Introducción:** El trauma cerrado de alta energía de extremidades frecuentemente se presenta con fracturas, hasta el 39% puede presentar trauma vascular de diferente severidad y hasta 25% puede requerir una reparación vascular. Las luxaciones y fracturas articulares son las que, con más frecuencia, presentan lesiones vasculares..

**Objetivos:** Reportar dos casos de reconstrucciones vasculares ultra distales. Revisión de la literatura.

**Materiales:** Se presentan 2 casos de trauma vascular severo secundario a trauma cerrado osteomuscular por accidente de tránsito. Revisión de la literatura.

**Resultados:** Pacientes en segunda década de vida, con traumatismo de alta energía por accidente de tránsito, con lesión en extremidad inferior con fracturas abiertas IIIC: un paciente con fractura de diáfisis de tibia y peroné con lesión de vasos infrapoplíteos y otro paciente con fractura de platillos tibiales

con lesión de arteria poplítea. Se realizaron bypass ultra distales: uno a tibial posterior y otro a arteria pedia.

**Conclusiones:** Se requiere manejo multidisciplinario con ortopedia y cirugía vascular para el tratamiento de estas lesiones.

La piedra angular en el diagnóstico es la arteriografía temprana.

Cuando se usan técnicas avanzadas de diagnóstico y reconstrucción vascular se pueden lograr altas tasas de salvamento de la extremidad.

### 03 – ID261

#### Tratamiento endovascular del trauma hepático severo, presentación de dos casos

*César Jiménez, Leonardo Randial, Iván Silva*

Clínica Medical  
cesarejmd@yahoo.com

**Introducción:** El trauma abdominal cerrado secundario a accidentes automovilísticos y caídas a gran altura está en aumento en las ciudades como Bogotá, dado el incremento de accidentes de tránsito por motocicleta y medios masivos de transporte como el Transmilenio. El manejo intervencionista endovascular con embolización hepática ha entrado a jugar un papel importante en el control de sangrados masivos dentro del parénquima hepático, disminuyendo la mortalidad y estancia hospitalaria en este grupo de pacientes.

**Objetivos:** Presentar dos pacientes tratados con embolización hepática exitosos, sus indicaciones y técnica del procedimiento.

**Materiales:** Se atendieron dos casos de pacientes con trauma hepático severo, ambos arrollados por un vehículo de Transmilenio, quienes ingresaron con hipotensión y dolor abdominal.

En el primer caso se realizó tomografía y se encontró lesión hepática severa; no se realizó laparotomía, se encontró el sangrado y se embolizó selectivamente, con control tomográfico y clínico a los 3 días sin aumento del hematoma, se dio de alta al 5 día.

El segundo caso fue un paciente en shock por trauma abdominal con lesión hepática severa, que

se empaquetó y en 24 horas se llevó a nueva laparotomía, pero no se encontró el sitio de sangrado, por lo que se llevó a embolización logrando controlar el foco por vía endovascular; se pudo desempaquetar y se manejó con abdomen abierto.

Revisión de la literatura.

**Resultados:** Embolización hepática satisfactoria. Los dos pacientes sin mortalidad a 30 días, ni complicaciones secundarias al procedimiento de embolización.

**Conclusiones:** La embolización hepática en el manejo del trauma hepático severo ha disminuido la mortalidad y el tiempo de hospitalización comparado con el manejo quirúrgico convencional. El manejo médico del trauma hepático cerrado en paciente estable sin abdomen agudo, es el estándar de manejo actual; la angiografía ofrece ventajas diagnósticas y terapéuticas y debe ser considerada de entrada en el manejo de pacientes con trauma cerrado hepático estables y sin abdomen agudo. Es importante que los cirujanos generales conozcan esta herramienta y la soliciten a los cirujanos vasculares para el manejo temprano y conjunto de este tipo de trauma, que se ha visto en aumento por los cambios en el transporte de las grandes ciudades.

### 03 – ID262

#### Trauma de vejiga enmascarado, una entidad rara

*Susan Marcela Guerrero Ramírez, Adolfo González*  
Universidad del Valle, Hospital Universitario del Valle  
susma\_20@hotmail.com

**Introducción:** La evacuación espontánea de un proyectil a través de la uretra, después de trauma penetrante, es extremadamente rara. Se cree que pueden llegar al tracto urinario por: lesión directa, migración desde tejidos adyacentes, lesión de la uretra, o por impactación sin perforación de la pared. En casi todos los casos reportados, las lesiones no fueron detectadas inicialmente.

**Objetivos:** Describir el caso de un paciente con lesión penetrante de vejiga no detectada, que se presenta con la evacuación espontánea del proyectil.

**Materiales:** Reporte de caso de un paciente de 48 años de edad, quien ingresa herido por proyec-

til de arma de fuego, con orificios inguinal derecho, glúteo derecho y fosa iliaca izquierda, sin hematuria ni rectorragia. Se tomó TAC de pelvis, que identificó proyectil alojado en fondo saco de Douglas, sin hallazgo sugestivo de lesión de vejiga. También se hizo Rectosigmoidoscopia informada como normal y se decidió retiro de sonda vesical.

**Resultados:** Horas después el paciente presenta retención urinaria, al examen se observa proyectil alojado en uretra distal y se retira el proyectil bajo anestesia. Posteriormente se tomó CistoTAC más ureterografía retrograda, con resultado normal. Se dio egreso con orden de retiro de sonda en 5 días, sin complicaciones.

**Conclusiones:** En trauma penetrante con sospecha de lesión de vejiga, se utilizan estudios diagnósticos como TAC y/o CistoTAC. Se han reportado menos de 10 casos en la literatura de balas expulsadas espontáneamente por la uretra., todas ellas lesiones no detectadas en la presentación inicial. Este es un nuevo caso manejado sin cirugía.

### 03 – ID263

#### Trauma renal grado V en un paciente pediátrico, ¿el manejo no operatorio es una opción viable?.

##### Reporte de un caso

*Carlos Andrés Delgado López, Andrés Felipe Duque Suárez, Walter David Espitia Romero, Catalina Restrepo Reyes*  
Universidad de Antioquia  
andresdelgadogtr@gmail.com

**Introducción:** El manejo no operatorio del trauma renal en niños se acepta actualmente, con efectividad mayor al 85%. El grado V clásicamente ha sido de manejo quirúrgico por la condición clínica de estos pacientes, sin embargo, hay reportes de manejo no operatorio exitoso, el cual se considera en ausencia de sangrado activo y presencia de estabilidad hemodinámica.

**Objetivos:** Analizar la evolución y desenlace de un paciente con trauma renal grado V con manejo no operatorio.

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

**Resultados:** Paciente de 14 años sin antecedentes, quien presenta caída desde 5 metros de altura.

Inicialmente identifican fractura de radio y cúbito derecho y hematuria franca, asociada a dolor abdominal. Remiten a segundo nivel en donde se documenta por tomografía trauma renal derecho grado V, hepático grado IV y esplénico grado I. Derivan a institución de alta complejidad, realizan arteriografía abdominal que no identifica sangrado activo. Tomografía de control sin evidencia de nuevos hallazgos. Adecuada evolución clínica, sin disminución de la hemoglobina y mejoría de la función renal. Alta al sexto día sin complicaciones. Seguimiento a 2 meses con adecuada evolución.

**Conclusiones:** El trauma renal de bajo grado es una entidad de manejo no operatorio en la mayoría de casos. Los grados IV-V se pueden beneficiar de observación clínica, siempre que se cuente con los recursos que permitan una intervención oportuna. Las lesiones grado V por trauma cerrado tienen mejores resultados al compararlas con el penetrante. La principal complicación podría ser el desarrollo de urinomas y la hipertensión arterial.

### 03 – ID264

#### **Tromboembolismo pulmonar tumoral secundario a trauma cerrado de tórax. Una presentación clínica inusual del tumor intracardiaco**

*Laura Cristancho Torres, Camilo Mejía, Carlos Arias, Ricardo Barragán, Aminta Capasso*

Universidad Militar Nueva Granada - Hospital Militar Central

[laura\\_abc73@hotmail.com](mailto:laura_abc73@hotmail.com)

**Introducción:** Los tumores intracardiacos son una patología rara, con una incidencia de alrededor del 0,02%, siendo los benignos los más frecuentes. Los émbolos a vasculatura pulmonar constituyen una presentación clínica infrecuente, con una incidencia del 0,5% en algunas series. En la literatura revisada no se han encontrado casos de émbolos de tumor intracardiaco posterior a trauma cerrado de tórax.

**Objetivos:** Se presenta un caso excepcional de paciente que presenta embolismo pulmonar submasivo tumoral, posterior a trauma cerrado de tórax.

**Materiales:** Paciente de 25 años, quien presenta trauma cerrado de tórax por caída de 4 metros de

altura, con posterior sensación de opresión torácica, dificultad respiratoria y pérdida del estado conciencia. TAC toracoabdominal mostró tromboembolismo de la rama pulmonar derecha y rama segmentaria superior izquierda, parcialmente recanalizado; en ecocardiograma transtorácico, transesofágico y cardiorrsonancia se visualiza masa multilobulada en aurícula derecha de 5 x 3 cm, dependiente del septum interauricular.

**Resultados:** Se lleva a cirugía por esternotomía y bajo circulación extracorpórea, se encuentran una masa multilobulada intraauricular derecha de 5 x 7 cm, con implantación en fosa oval, con signos de contusión con hematoma. Biopsia por congelación compatible con mixoma. Además se realiza arteriotomía pulmonar con embolectomía de los émbolos tumorales. Postoperatorio sin complicaciones. Reporte final de patología compatible con mixoma.

**Conclusiones:** Hacemos el aporte a la literatura mundial de un caso excepcional de tromboembolismo pulmonar tumoral, secundario a trauma cerrado de tórax, como presentación clínica inusual del tumor intracardiaco, siendo el primero descrito en la literatura y en el que se logró un manejo quirúrgico adecuado.

## MÍNIMAMENTE INVASIVA

### 03 – ID265

#### **Corrección de fistula recto vesical por laparoscopia: un reporte de caso**

*Sergio Darley León Castro, Mauricio Zuluaga*

Universidad del Valle

[buddy265@gmail.com](mailto:buddy265@gmail.com)

**Introducción:** Dentro de las complicaciones de la enfermedad diverticular encontramos las fistulas colovesicales. En los últimos años, la cirugía mínimamente invasiva ha mostrado ventajas frente a la cirugía abierta, con resultados exitosos en el manejo de esta patología

**Objetivos:** Presentar el caso de un paciente de 64 años de edad, quien recibió manejo laparoscópico de una fistula rectovesical secundaria a enfermedad diverticular

**Materiales:** Reporte de caso, correlación clínico-radiológica, descripción de procedimientos de un paciente que presenta fistula colovesical y su manejo

**Resultados:** Paciente de 64 años de edad, a quien le realizaron colonoscopia donde se diagnostica enfermedad diverticular de colon sigmoides, sin otros hallazgos; un mes después presenta fecaluria y neumaturia, se realizó tomografía donde se observó trayecto fistuloso con paso de medio de contraste entre la pared lateral izquierda de la vejiga urinaria y el colon sigmoides distal. Fue llevado a cirugía mínimamente invasiva donde se evidenció fistula colovesical y se practicó sigmoidectomía y anastomosis colorrectal, además de reparo primario en vejiga. Presenta adecuada evolución postquirúrgica, siendo dado de alta a los 3 días

**Conclusiones:** Es importante destacar los resultados obtenidos con la cirugía mínimamente invasiva frente a los métodos tradicionales siendo esta modalidad un tratamiento seguro, con menos dolor para el paciente y menor estancia hospitalaria

### 03 – ID266

#### Corrección laparoscópica de evisceración intestinal vaginal. Reporte de caso

Ramiro Alexander Romero Muñoz, Giovanny Vergara Osorio  
Universidad de Caldas  
Ramiro.ls.2009@gmail.com

**Introducción:** La evisceración intestinal vaginal es una entidad rara, generalmente como complicación de cirugía ginecológica previa. Desde que el primer caso de evisceración vaginal fue descrito, en 1864 por Hyernaux, se han reportado alrededor de 120 casos en la literatura. Sin embargo, solo hay descritos un poco más de 10 casos cuyo manejo se realizó mediante técnicas mínimamente invasivas.

**Objetivos:** Describir la evisceración intestinal vaginal como una complicación posquirúrgica infrecuente y en nuestro caso de aparición tardía (recidiva). Evaluar sus factores desencadenantes y abordar su manejo desde el punto de vista de la cirugía mínimamente invasiva, basándonos en la literatura científica disponible.

**Materiales:** Presentamos el caso clínico de una paciente de 61 años de edad, con presencia de segundo episodio de evisceración intestinal vaginal, su abordaje inicial, manejo quirúrgico laparoscópico y seguimiento. Se realizó abordaje laparoscópico con reducción y evaluación de viabilidad de asas herniadas, lavado de cavidad abdominal, colporrafia y colocación de malla separadora de tejidos, con adecuado resultado posterior.

**Resultados:** Paciente con evolución favorable después de la corrección de evisceración intestinal pélvica mediante técnica totalmente laparoscópica, sin morbilidad ni mortalidad asociada al cuadro descrito. Dolor postoperatorio controlado y estancia hospitalaria de 8 días por manejo antibiótico dado contaminación fecal de asas.

**Conclusiones:** Se considera, dado los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva como en este caso, que la técnica laparoscópica es una herramienta valiosa en el manejo de esta rara complicación posquirúrgica. Esto nos motiva a la realización de ensayos clínicos para avalar su beneficio sobre las técnicas comúnmente realizadas.

### 03 – ID267

#### Dolor torácico atípico secundario a vólvulo gástrico orgánoaxial: presentación de caso y revisión de la literatura.

Paula Lilibiana Torres Gómez, Natalia Andrea Rivera Rincón,  
Marco Fidel Chala  
Hospital Universitario Mayor Méderi  
Paulal.torres@urosarioedu.co

**Introducción:** El vólvulo gástrico es una patología infrecuente. Su condición se establece por falla de los tejidos de soporte, generando la rotación sobre su propio eje. Se describen cuatro tipos: Tipo 1: Órgano axial (59%), Tipo 2: Mesentéricoaxial (29%), Tipo 3: Mixto (2%), y Tipo 4: Sin clasificar (10%). La sintomatología está dada por la Triada de Borchardt: (i) inicio agudo y severo de dolor epigástrico, (ii) arcadas sin producción de vómito, e (iii) incapacidad para paso de sonda nasogástrica; sin embargo, estos síntomas no contemplan un cuadro crónico de vólvulación.

**Objetivos:** Presentar el caso de una paciente con dolor torácico crónico y revisar la literatura.

**Materiales:** Presentamos el caso de una paciente, con cuatro años de dolor torácico crónico, quien consultó al Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario Mayor - MEDERI.

**Resultados:** Paciente de 88 años de edad, con dolor torácico inespecífico, de cuatro años de evolución, con múltiples consultas a urgencias e impresión diagnóstica de angina inestable. Ante la asociación con síntomas gastrointestinales (sialorrea, disfagia, llenura postprandial) y síndrome constitucional en el último mes, se estudió con endoscopia de vías digestivas altas y tomografía toracoabdominal, documentando hernia hiatal tipo IV, con vólvulo gástrico organoaxial. Se realizó devolvulación gástrica y corrección de hernia hiatal, por abordaje laparoscópico, con resolución satisfactoria de síntomas y egreso temprano.

**Conclusiones:** El vólvulo gástrico es una patología infrecuente, con clínica inespecífica, lo cual puede contribuir a un diagnóstico tardío. La sospecha clínica es la herramienta inicial de abordaje, dado que puede debutar como diagnóstico diferencial del dolor torácico atípico, intermitente y crónico.

### 03 – ID268

#### **Drenaje percutáneo guiado por ultrasonografía**

*Wilmer Botache, Rolando Medina, Neftalí Vargas, David Muñoz, Andrés Bolaños, Mario Espinosa, Juan Torres, Juan Sanjuan, Nohora Montero, Gustavo Poveda, Luis Arturo Rojas.*

Universidad Surcolombiana - Hospital Universitario de Neiva

wilmerbotachec@hotmail.com

**Introducción:** El cirujano entrenado en ultrasonografía (US) puede actualmente realizar procedimientos quirúrgicos percutáneos como biopsias y drenajes. Para la US, por ser operador dependiente, se requiere adquirir adecuada experiencia. El equipo de US tiene ventaja de trasladarse a la cama del paciente.

El caso clínico es una paciente femenina menor de edad, que presenta derrame pleural bilateral y pericárdico. Se encuentra en la UCI por sepsis de origen

pulmonar, sin soporte ventilatorio y requiere drenaje percutáneo con guía ecográfica.

**Objetivos:** Determinar la necesidad del drenaje percutáneo por toracostomía bilateral y pericardiotomía. Analizar el resultado del procedimiento guiado por imagen de US

**Materiales:** Revisión de historia clínica y reporte de laboratorios, revisión de US de tórax y pericardio, revisión de ecocardiograma, revisión de radiografía de tórax. Se utilizaron equipo de US y traductor convex 3,5 Mhz y catéter multipropósito de 10 fr.

**Resultados:** Drenaje de derrame pleural izquierdo 530 ml y derecho 460 ml. Drenaje de derrame pericárdico 480 ml. Procedimiento en la cama del paciente. Monitoria UCI con vigilancia hemodinámica. Retiro de catéter multipropósito de 10 fr a los 8 días. Egreso UCI a los 15 días, al terminar esquema de antibióticos.

**Conclusiones:** No se requiere el traslado del paciente a sala de cirugía. El drenaje percutáneo de toracostomía y pericardiotomía fueron guiados por US, con resultados satisfactorios.

### 03 – ID269

#### **¿Esplenopexia o esplenectomía total en el manejo del bazo errante? A propósito de un caso**

*Mauricio Zuluaga, Ivo Siljic, Yeni Arroyave*

Hospital Universitario del Valle - Universidad del Valle - Universidad del Cauca

yarroyave@unicauca.edu.co

**Introducción:** El bazo errante se caracteriza por una movilidad y migración excesivas del bazo desde su posición normal, debido a la falta de fijación y al pedículo esplénico demasiado largo, por fracaso en el desarrollo de los ligamentos gastroesplénicos y lienorenales.

**Objetivos:** Presentar un caso clínico sobre el manejo del bazo errante.

**Materiales:** Reporte de caso clínico. Se revisó la historia clínica, seguimiento de la evolución y registro fotográfico de imágenes diagnósticas y procedimiento quirúrgico.

**Resultados:** Paciente de 16 años de edad, con antecedente de epilepsia, hipoacusia neurosensorial y enfermedad de Gaucher en estudio. Dos años previos al ingreso había sido sometida a esplenopexia de bazo errante en otra institución. Consultó por historia de 3 semanas de emesis, dolor y sensación de masa abdominal; al examen físico sin evidencia de abdomen agudo y con masa palpable en mesogastrio, dolorosa a la palpación. La tomografía de abdomen mostró bazo errante y esplenomegalia, y los paraclínicos trombocitopenia. Ante estos hallazgos y el fracaso de una esplenopexia previa, se decidió llevar a esplenectomía total laparoscópica, previo protocolo de vacunación. En cirugía se encontró bazo de 20x10cm en mesogastrio, rotado sobre su propio eje a nivel de hilio y con áreas de infarto. Hasta el momento, paciente con adecuada evolución postoperatoria, mejoría de dolor abdominal y tolerancia a la vía oral.

**Conclusiones:** La esplenopexia es un tratamiento razonable para el manejo del bazo errante, sin embargo cuando se asocia a esplenomegalia, y más aún con trombocitopenia, la esplenectomía total es la opción más conveniente.

### 03 – ID270

#### Exploración de vías biliares en pacientes con bypass gástrico: experiencia y resultados con cirugía mínimamente invasiva

*María Antonia Velasquez, Hernán Restrepo, Gabriel Arroyave*  
Clínica Medellín  
arroyavegabriel@gmail.com

**Introducción:** El bypass gástrico en Y de Roux ha sido uno de los procedimientos más realizados en el mundo para obesidad mórbida. El riesgo de coledocolitiasis en estos pacientes puede alcanzar hasta 52% y el de coledocolitiasis hasta 10%. Por los cambios anatómicos generados en la cirugía, hay dificultad para extraer cálculos de la vía biliar. Las opciones endoscópicas propuestas, como la CPRE y la enteroscopia, por el estómago excluido, tienen tasas de éxito bajas, con tiempos quirúrgicos prolongados y mayores complicaciones que en los pacientes con anatomía normal. Se han propuesto otras alternativas como la exploración laparoscópica de las vías biliares.

**Objetivo:** Presentar una serie de pacientes con coledocolitiasis y antecedente de bypass gástrico en Y de Roux tratados con exploración laparoscópica de las vías biliares

**Materiales:** Se recopilaron 7 pacientes con diagnóstico de coledocolitiasis y antecedente de bypass gástrico en Y de Roux tratados con exploración de vías biliares laparoscópica.

**Resultados:** Fueron 5 mujeres y 2 hombres, promedio de edad de 61 años, tiempo quirúrgico promedio 106 minutos, estancia hospitalaria de 3,5 días, No se presentaron complicaciones como conversión a cirugía abierta, fistula, litiasis residual o mortalidad.

**Conclusiones:** Nuestros resultados con ELVB son equiparables con lo reportado en la literatura, lo que lo hace un procedimiento viable y seguro, que puede tenerse en cuenta dentro de las opciones de tratamiento de coledocolitiasis en pacientes con bypass gástrico en Y de Roux.

### 03 – ID271

#### Manejo laparoscópico del quiste de Nuck. Reporte de caso

*Deisy Katherine Lizcano González, Ramiro Alexander Romero Muñoz, Giovanni Vergara Osorio, Diana Angélica Morales, Herney Solarte Pineda*  
Universidad de Caldas  
ktlizcano\_15@hotmail.com

**Introducción:** El canal de Nuck es el repliegue del peritoneo parietal persistente, que acompaña el ligamento redondo a través del canal inguinal. Es una rara entidad, en su mayoría abordada por técnicas quirúrgicas abiertas, sin embargo, presentamos un caso tratado por técnica mínimamente invasiva y muy poco descrita en el manejo de esta entidad.

**Objetivos:** Describir la presentación del quiste de Nuck como una patología poco frecuente dentro de los diagnósticos diferenciales de la hernia inguinal. Mencionar su clínica, método diagnóstico y plantear un abordaje desde la vía mínimamente invasiva, basándonos en la literatura científica disponible.

**Materiales:** Presentamos el caso clínico de una paciente de 45 años de edad, con presencia de tu-

mefacción inguinal derecha, dolorosa, y diagnóstico ecográfico confirmado por RMN de quiste de Nuck derecho. Se realizó abordaje laparoscópico por técnica TAPP, resección y extracción completa de quiste y corrección de hernia obturatriz y crural, como hallazgo incidental, con malla de polipropileno de densidad intermedia.

**Resultados:** Paciente en quien mediante un manejo mínimamente invasivo, se logra la resolución del quiste de Nuck, con tiempo quirúrgico reducido. Manejo ambulatorio, adecuada evolución clínica, mínimo dolor postoperatorio, rápido reingreso laboral y sin recidiva a mediano plazo.

**Conclusiones:** Se plantea la cirugía mínimamente invasiva y los avances tecnológicos para el diagnóstico de este tipo de patologías, además de depurar técnicas quirúrgicas para el abordaje y manejo de entidades del canal inguinal, entre ellas, aunque con poca incidencia, la presencia del quiste de Nuck. Se analizan los beneficios de las técnicas quirúrgicas laparo-endoscópicas para la recuperación postquirúrgica de estos pacientes.

### 03 – ID272

#### Manejo mínimamente invasivo de paciente adolescente con acalasia

Oscar Iván Mosquera Yacub, Mauricio Zuluaga  
Universidad del Valle - Hospital Universitario del Valle  
oskarivan185@hotmail.com

**Introducción:** Epidemiológicamente la acalasia se presenta según las últimas guías actuales entre 1.8 a 2 por cada 100 mil habitantes, con una edad que oscila entre los 30 a 60 años. Es infrecuente en adolescentes.

**Objetivos:** Describir el caso poco frecuente y el manejo quirúrgico de acalasia en una adolescente.

**Materiales:** Se describe el caso de una paciente con acalasia que no responde a manejo médico y se resuelve con manejo quirúrgico mínimamente invasivo.

**Resultados:** Paciente de 16 años de edad, sin antecedentes médicos o quirúrgicos importantes, con cuadro clínico de aproximadamente 3 años de evolución consistente en disfagia a sólidos y posterior-

mente a líquidos, que se acompañó de dolor retroesternal y sialorrea ocasional. Recibió tratamiento empírico con omeprazol, sin mejoría. La esofagogastroduodenoscopia mostró falta de relajación del esfínter esofágico inferior, el esofagograma con signo radiológico de “pico de ave” y la manometría esofágica confirmó el diagnóstico de acalasia. Se inició manejo con nitratos y toxina botulínica, sin mejoría. Se llevó a cirugía mínimamente invasiva donde se practicó miotomía de Heller y funduplicatura parcial, con evolución satisfactoria posquirúrgica.

**Conclusiones:** En esta paciente adolescente de 16 años de edad, con 3 años de sintomatología, se realizó el diagnóstico basados en los criterios establecidos de endoscopia, esofagograma y manometría. No respondió a manejo médico, por lo que se decidió manejo quirúrgico mínimamente invasivo, con miotomía de Heller, con evolución satisfactoria.

### 03 – ID273

#### Manejo mínimamente invasivo de una hernia hiatal gigante estrangulada y perforada.

Mauricio Zuluaga, Ivo Siljic, Yeni Arroyave  
Hospital Universitario del Valle  
yarroyave@unicauca.edu.co

**Introducción:** En escenarios electivos, la laparoscopia es el estándar para la reparación de la hernia hiatal, pero en situaciones de emergencia hacen falta más estudios que demuestren su superioridad.

**Objetivos:** Presentar el manejo laparoscópico de un paciente con hernia hiatal gigante complicada

**Materiales:** Reporte de caso. Recolección de información de la historia clínica y registro fotográfico de las imágenes diagnósticas y procedimiento quirúrgico.

**Resultados:** Mujer de 69 años de edad, con dolor abdominal crónico, intensificado en el último mes y asociado a emesis, documentándose obstrucción intestinal. Además de TAC y RMN de abdomen, en otra institución realizaron EVDA que mostró esofagitis severa, retención gástrica, compresión extrínseca en antro y bulbo duodenal. Fue valorada posteriormente en nuestra institución, donde se observó

en la RMN una hernia hiatal de más o menos 6x3cm, con primera porción duodenal y colon transversal deslizados hacia el hemitórax izquierdo. Por hallazgos clínicos se sospechó isquemia intestinal y se llevó a cirugía de urgencia por vía laparoscópica, confirmando la hernia hiatal de 8 cm, en su interior todo el estómago, omento y colon transversal isquémico, con plastrón y perforación fecal contenida; se redujo de forma muy laboriosa la hernia, se resecó el saco herniario, se reparó el hiato sin malla, se realizó funduplicatura tipo Nissen, omentectomía, resección de colon isquémico y anastomosis mecánica extracorpórea colo-colónica. Hasta el momento presenta muy buena evolución posoperatoria.

**Conclusiones:** En el tratamiento quirúrgico urgente de la hernia hiatal gigante complicada, el enfoque laparoscópico parece ser eficaz y seguro.

### 03 – ID274

#### **Purpura trombocitopénica idiopática (PTI) refractaria luego de esplenectomía abierta: Resección laparoscópica de dos bazos accesorios**

*Juan Pablo Toro, Andrés Aponte Vargas*

San Vicente de Paul - Universidad de Antioquia  
Aplti409@gmail.com

**Introducción:** La presencia de tejido esplénico residual luego de esplenectomía, ya sea por esplenosis o por bazos accesorios, tiene una incidencia reportada hasta del 26%.

**Objetivos:** Describir abordaje diagnóstico y terapéutico de PTI refractaria a cirugía.

**Materiales:** Caso de paciente con PTI refractaria a manejo médico y quirúrgico inicial.

**Resultados:** Paciente de 45 años de edad, con PTI y enfermedades autoinmunes asociadas, y antecedente de esplenectomía abierta hace 16 años. Se identificó tejido esplénico residual por tomografía de abdomen y gammagrafía con eritrocitos marcados. Se llevó a cirugía de esplenectomía laparoscópica de bazos accesorios, sin complicaciones.

**Conclusiones:** Una de las causas de PTI refractaria a esplenectomía puede ser la presencia de bazos

accesorios, por lo cual su búsqueda activa durante el procedimiento inicial es un principio quirúrgico necesario.

### 03 – ID275

#### **Reparación laparoscópica de hernia diafragmática derecha traumática de presentación tardía: Reporte de caso**

*Carolina Guzmán A, Natalia Guzmán A, Carlos A. Calle L, Sebastián Sierra, Rogelio Matallana*

Clínica CES

guzmanarangocarolina@gmail.com

**Introducción:** Las lesiones diafragmáticas ocurren en el 0,8 - 5% de los pacientes ingresados en el servicio de urgencias y sus causas son el traumatismo cerrado y el penetrante. Los órganos más comúnmente involucrados en las hernias del lado derecho, son el colon, el omento, el hígado e intestino delgado. Su diagnóstico es difícil, pues en la mayoría de los pacientes, no hay una clara sintomatología. El manejo definitivo es quirúrgico, realizándose una reducción de las vísceras y reparación del diafragma.

**Objetivos:** Revisión sistemática de la literatura acerca del manejo de las hernias diafragmáticas de rechas de origen traumático, junto con presentación de un caso clínico al respecto.

**Materiales:** Paciente masculino de 53 años de edad, con antecedente de trauma cortopunzante en tórax derecho 20 años antes. Consultó a urgencias por dolor en hemitórax derecho y disnea posterior a trauma cerrado por caída de 2 metros de altura. Se realizó tomografía de tórax que evidenció asimetría pulmonar por presencia de hernia diafragmática derecha con diámetro de 48 mm, con paso de grasa mesentérica, ángulo hepático del colon y parte del segmento VIII del hígado.

**Resultados:** Por los hallazgos tomográficos y los síntomas de paciente, se decidió programar para reparación laparoscópica, encontrando defecto herniario descrito, con epiplón en su interior, el cual se reduce a la cavidad, tracción de hígado hacia el tórax y colapso parcial pulmonar derecho. Se reparó el defecto del diafragma con sutura continua de Ethibon

2-0 y posteriormente toracostomía derecha. Hospitalización durante 4 días con mejoría clínica, retiro de toracostomía y alta. Revisión posoperatoria sin complicaciones.

**Conclusiones:** Las hernias diafrágicas derechas dificultan su diagnóstico por lo bizarro de la sintomatología, especialmente cuando tienen presentación tardía. Es imprescindible tener la sospecha clínica con los antecedentes personales, para realizar un enfoque adecuado del manejo. La cirugía siempre es necesaria para el tratamiento; se propone la laparoscopia como vía de abordaje quirúrgico, siendo un método seguro y exitoso, además facilita la evaluación y el tratamiento de la lesión torácica. La reparación primaria con suturas no absorbibles sigue siendo el estándar de oro para el cierre de defectos pequeños. Sin embargo, el manejo debe individualizarse según la condición clínica del paciente, el tipo de lesión, tipo de hernia y experiencia del cirujano.

### 03 – ID276

#### Resección por laparoscopia de un Schwannoma retroperitoneal asociado a hidroureteronefrosis

*Gabriel Arroyave, Hernán Restrepo, Esteban Isaza*  
Clínica Medellín  
arroyavegabriel@gmail.com

**Introducción:** Los Schwannomas, son los tumores benignos de los nervios periféricos más comunes, compuestos por células neoplásicas de Schwann. Se presentan en adultos de edad media, son asintomáticos usualmente y gran parte de ellos se diagnostican de forma incidental. Los sitios de presentación más usual son en cabeza, cuello y extremidades.

**Objetivo:** Describir el caso de un paciente con hidroureteronefrosis secundaria a compresión por Schwannoma retroperitoneal

**Materiales:** Reporte de caso de un paciente con de un Schwannoma retroperitoneal que causó hidroureteronefrosis por compresión y se trató por vía laparoscópica, y revisión de la literatura

**Resultados:** Paciente de 42 años de edad, con infecciones urinarias a repetición y TAC abdominal con hidroureteronefrosis derecha y masa retroperitoneal en fosa iliaca derecha, que desplaza vena cava

y uréter. El paciente fue llevado a resección laparoscópica, con disección compleja por contacto íntimo con la vena cava y compresión extrínseca del uréter. Procedimiento sin complicaciones y alta temprana.

**Conclusiones:** Aunque los Schwannomas son usualmente asintomáticos, ocasionalmente pueden causar compresión extrínseca de estructuras retroperitoneales como el uréter. El tratamiento laparoscópico es una opción viable y segura en estos casos.

### 03 – ID277

#### Síndrome de Mirizzi tipo IV asociado a fistula colecistoduodenal con intervención por vía laparoscópica: reporte de caso

*Luis Ernesto Lopez Gómez, Gonzalo Andres Domínguez Alvarado, Daniela D'Vera Camargo*  
Universidad Autónoma de Bucaramanga  
cirugia.semillero@gmail.com

**Introducción:** El síndrome de Mirizzi es una complicación poco frecuente de la coledocitis y colecistitis, que produce una compresión extrínseca sobre el conducto biliar. Su incidencia es menor al 1% en países desarrollados y es aún más infrecuente el tipo IV con fistula colecistoduodenal.

**Objetivos:** Mostrar la seguridad y efectividad del tratamiento de síndrome de Mirizzi tipo IV asociado a fistula colecistoduodenal por vía laparoscópica.

**Materiales:** Paciente adulto mayor, con clínica de ictericia y síndrome séptico, quien requirió manejo en UCI; paraclínicos e imágenes diagnósticas sugestivos de obstrucción litiasca del colédoco, con cálculos de gran tamaño, que no fue posible extraerlos por vía endoscópica. Requirió exploración quirúrgica laparoscópica, en la cual se estableció el diagnóstico definitivo y se hizo la reparación quirúrgica pertinente.

**Resultados:** Evolución postoperatoria satisfactoria, sin complicaciones, con alta hospitalaria al quinto día.

**Conclusiones:** El síndrome de Mirizzi es una evolución tardía y avanzada de la litiasis biliar; actualmente es poco común que llegue a complicaciones graves. El tratamiento principal requiere extracción de los cálculos y corrección quirúrgica; actualmente la manera más segura y exitosa es por vía endoscópica, sin embargo, en este caso, los cálculos eran de

gran tamaño, lo que hace difícil el tratamiento por esta vía, requiriendo intervención quirúrgica.

Inicialmente era frecuente la intervención quirúrgica abierta, actualmente la vía laparoscópica es una excelente opción, recalando que el grupo quirúrgico debe tener habilidad y experiencia en sutura manual laparoscópica para poder hacer el adecuado cierre de la vía biliar evitando posibles complicaciones post-quirúrgicas.

## INFECCIONES Y HERIDAS

### 03 – ID278

**Perforación intestinal por histoplasmosis diseminada en un paciente con SIDA de novo avanzado.**

#### Reporte de un caso

*Carlos Andrés Delgado López, José Luis Albarracín Reyes, Luis Francisco Pérez Montaguth, Alejandro García Chavez, Daniela Carolina Huertas Contreras, Carolina Restrepo Herrera*  
Universidad de Antioquia  
andresdelgado@gmail.com

**Introducción:** La histoplasmosis es causada por el hongo dimórfico *Histoplasma capsulatum*, endémico en Latinoamérica. La incidencia anual en pacientes con VIH es cercana al 5%. Un conteo de linfocitos  $CD4 < 150 \text{ cells/mm}^3$  es asociado con mayor riesgo de enfermedad sintomática. Se desconoce la fisiopatología de la perforación intestinal, pero podría ser secundaria a estenosis no advertida por inflamación crónica.

**Objetivos:** Analizar la evolución y desenlace clínico de un paciente con SIDA y perforación intestinal por histoplasmosis.

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

**Resultados:** Hombre, 52 años de edad, con 6 meses de síntomas constitucionales. Durante la hospitalización se diagnosticó SIDA de novo con  $CD4$  de 85  $\text{cells/mm}^3$  y CV-VIH de 2127605 copias/mL. Dentro de los paraclínicos realizados se encontró antigenuria para *H. capsulatum* positiva y las biopsias de ganglio y médula ósea mostraron estructuras fúngicas compatibles con *H. capsulatum*. Durante la

hospitalización presentó dolor abdominal difuso y se diagnosticó por tomografía perforación de víscera hueca. En cirugía se encontró perforación del íleon distal con histopatología positiva para histoplasmosis intestinal.

**Conclusiones:** La infección por *H. capsulatum* es sintomática en el 5% de los casos, los síntomas más frecuentes son diarrea, fiebre, dolor abdominal y pérdida de peso. La infección no tratada tiene una tasa de mortalidad cercana al 83%. Los lugares frecuentemente afectados del tracto gastrointestinal son el íleon y el colon.

### 03 – ID279

**Tuberculosis intestinal debutando como perforación libre: Un reporte de caso**

*Manuel Alejandro Giraldo P, Jairo A. Gonzalez. Luis G. Ramos*  
Universidad del Valle - Hospital Universitario del Valle  
Man\_giraldo@hotmail.com

**Introducción:** Alrededor del 5% de los casos de tuberculosis se presentan a nivel abdominal, principalmente peritoneal. Cuando afecta el intestino presenta síntomas como estreñimiento o dolor abdominal inespecífico; la presentación como perforación libre es una complicación rara, al momento solo se cuenta con reportes de caso.

**Objetivos:** Presentar el caso de un paciente con abdomen agudo como presentación inicial de tuberculosis intestinal.

**Materiales:** Reporte de caso, recolección de información con base en historia clínica del Hospital Universitario del Valle.

**Resultados:** Paciente masculino de 74 años de edad, con antecedentes cardiovasculares, quien consultó por 10 días de dolor abdominal, que 24 horas previo a su consulta se localiza en cuadrante inferior derecho. Ingresó con abdomen agudo por lo cual fue llevado a cirugía, encontrando peritonitis purulenta de 4 cuadrantes, perforación de íleon a 220 y 230 cm del ángulo de Treitz y 20 cm de válvula ileocecal. Se reseccó el intestino, con anastomosis. Se trasladó a UCI, con evolución favorable durante la primera semana. En el octavo día, presentó dolor abdominal e hipotensión. Se llevó a laparotomía encontrando

dehiscencia parcial de anastomosis, se realizó control de daños, continuó reanimación en UCI, donde fallece en el postoperatorio.

La histopatología evidenció granulomas con necrosis central y coloración BAAR positiva.

**Conclusiones:** La tuberculosis intestinal es una entidad rara, y cuando se presenta perforación se genera una respuesta inflamatoria local que lleva a formación de un plastrón; es inusual que se presente como perforación libre. En nuestro medio debe tenerse en cuenta como una de las posibilidades a tratar en el contexto de una perforación intestinal espontánea.

## CIRUGÍA GENERAL

### 03 – ID281

#### **Absceso hepático secundario a perforación gástrica por ingesta de cuerpo extraño**

*Andrés Eduardo Marín C., Jhordan Guzmán C., Fabián Darío Barajas S., Paula Andrea Vélez C., Carlos Manuel Zapata*  
Hospital Universitario Clínica San Rafael

jhordanguzman4@gmail.com, fabianbarajas19@otmail.com, pau.velca@gmail.com **Introducción:** Los abscesos relacionados a perforación por cuerpo extraño presentan una baja incidencia, ya que la mayoría cruzan por el tracto digestivo sin lesionar. Cuando hay perforación puede pasar inadvertida lo que lleva a diagnósticos tardíos, esto exige un abordaje médico con antibioterapia y drenaje percutáneo, además, en algunos casos manejo endoscópico o quirúrgico según la estabilidad del paciente.

**Objetivos:** Valorar el enfoque diagnóstico y terapéutico del absceso hepático secundario a perforación gástrica por ingesta de cuerpo extraño, identificar las opciones terapéuticas existentes y exponer el abordaje realizado en nuestra institución.

**Materiales:** Se presentan dos casos clínicos, en pacientes masculinos de 63 y 57 años de edad, con sepsis de origen abdominal, con ecografía de abdomen con imágenes sugestivas de abscesos hepáticos y tomografía de abdomen donde se evidenciaba imagen sugestiva de perforación gástrica por cuerpo extraño

con abscesos hepáticos, por lo que se decidió llevar a manejo quirúrgico, el primer paciente vía laparoscópica y el segundo por laparotomía.

**Resultados:** Los abscesos hepáticos por perforación gástrica posterior a ingesta de cuerpo extraño, se resolvieron con manejo quirúrgico, vía laparoscópica y laparotomía, con adecuada evolución postquirúrgica.

**Conclusiones:** El manejo de los abscesos hepáticos va dirigido acorde a su etiología y el alcance de dicho abordaje obliga a tomar conductas quirúrgicas cuando el manejo médico no es suficiente. La evolución clínica del paciente y su estabilidad, el tipo de lesión y la ubicación del cuerpo extraño, nos orientan a definir qué acciones tomar, sumado al tratamiento antibiótico respectivo y así definir la pertinencia de manejo quirúrgico.

### 03 – ID282

#### **Ameboma cecal con colecciones hepáticas múltiples: reporte de caso**

*Javier Javier Gregorio Liévano Barreto, Daniela Atuesta Acevedo*

Universidad de Caldas  
gregoriolievano@gmail.com

**Introducción:** Las colecciones hepáticas múltiples secundarias a amebomas son inusuales. El colon ascendente y el ciego son los lugares más frecuentemente invadidos por estos microorganismos y llegan a generar lesiones que fácilmente pueden ser confundidas con neoplasias de colon o enfermedad metastásica del hígado.

**Objetivos:** Documentar el caso de un paciente con colecciones hepáticas múltiples secundarias a ameboma cecal.

**Materiales:** Descriptivo. Reporte de caso de un paciente masculino de 66 años de edad, sin antecedentes patológicos relevantes, quien presentó cuadro de 15 días de dolor punzante en hipocondrio derecho, no irradiado, sin factores agravantes ni atenuantes. Concomitantemente, fiebre subjetiva, sudoración nocturna y pérdida involuntaria de 6 kg en 15 días, niega deposiciones diarreicas.

Revisión bibliográfica de la literatura.

**Resultados:** Se solicitó tomografía axial computarizada que reportó 24 lesiones hepáticas, colecciones versus metástasis, asociadas a engrosamiento del ciego. Se realizó Colonoscopia descartando lesión neoplásica cecal, pero evidenciando lesión ulcerada de aspecto infeccioso del 80% de la circunferencia del ciego. Se inició manejo antimicrobiano y se llevó a drenaje percutáneo por ecografía de 22cc de material purulento; el cultivo y Gram fueron negativos. Posteriormente adecuada evolución. Biopsia de ciego por colonoscopia reportando colitis infecciosa de origen amebiano. Se concluye que las colecciones hepáticas eran secundarias a ameboma cecal. Se completó antibioticoterapia durante 14 días.

**Conclusiones:** El ameboma intestinal es una forma inusual de presentación en infección por *E. histolytica*. Se debe descartar esta entidad en pacientes con lesiones intestinales sospechosas de malignidad que habitan en zonas endémicas, evitando tratamientos equivocados e innecesarios.

### 03 – ID283

#### **Aneurisma de arteria ovárica roto: un diagnóstico diferencial raro de apendicitis aguda**

*Leonardo Jose Randial, Cesar Jiménez, Manuel Hosman, Iván Silva, Martín Contreras, Mario Bravo*

Hospital Universitario Clínica San Rafael  
lrandialp@yahoo.es

**Introducción:** La ruptura espontánea de aneurisma de arteria ovárica es una condición muy rara, que puede ser fatal. Se relaciona en un 50% al embarazo y posparto en mujeres en cuarta década de la vida. Es importante reportar este caso dado la extrema rareza del mismo, con sólo 26 casos reportados en la literatura.

**Objetivos:** Reportar un caso raro de aneurisma roto de arteria ovárica derecha y su diagnóstico diferencial con apendicitis aguda.

**Materiales:** Reporte de caso y revisión de la literatura. Se presenta un caso de ruptura de aneurisma de arteria ovárica derecha con manejo endovascular, cuyo diagnóstico inicial se enfocó como apendicitis aguda por presentar dolor en fosa iliaca derecha.

**Resultados:** Paciente de 38 años de edad, remitida de Arauca, con antecedente de posparto vaginal que posteriormente presentó cuadro de dolor abdominal intenso localizado en fosa iliaca derecha, con abdomen agudo que necesitó exploración quirúrgica por incisión de Rocky-Davis, encontrando hematoma retroperitoneal sin sangrado activo y apéndice cecal sin apendicitis. Posteriormente presentó choque con respuesta adecuada a reanimación con cristaloideos. Se realizó TAC de abdomen con hallazgo de hematoma retroperitoneal y aneurisma de arteria ovárica derecha roto. Fue remitida a esta institución donde se realizó manejo endovascular exitoso.

**Conclusiones:** Considerar el aneurisma de arteria ovárica derecha roto como diagnóstico diferencial de apendicitis aguda en posparto.

El manejo endovascular debe ser la primera línea de tratamiento.

### 03 – ID284

#### **Apendicitis del muñón en un caso de obstrucción intestinal**

*John Alexander Mancilla, Nayib De Jesús Zurita*  
Universidad del Sinú, Cartagena  
alexs440@hotmail.com

**Introducción:** La apendicitis del muñón es una rara complicación de la apendicectomía que consiste en la inflamación del tejido remanente apendicular, la cual puede suceder entre los 2 meses hasta los 52 años posteriores a la realización de la apendicectomía. Su diagnóstico y manejo oportuno permite disminuir el riesgo de desarrollo de otras complicaciones, como perforaciones del muñón, formación de abscesos, y peritonitis, entre otros.

**Objetivos:** Describir un caso de apendicitis del muñón evidenciado como hallazgo incidental en una paciente apendicectomizada quien concomitantemente presentaba una obstrucción intestinal complicada con sufrimiento de asa.

**Materiales:** Se toma historia clínica bajo consentimiento de la paciente, una mujer de 68 años de edad, con antecedente de apendicectomía abierta aproximadamente 1 año antes, quien fue atendida en el Hospital Nuevo Bocagrande de Cartagena de

Indias, por clínica de obstrucción intestinal y signos de irritación peritoneal, llevándose a laparotomía exploratoria. En cirugía se evidencia isquemia de intestino delgado distal e incidentalmente se observan signos inflamatorios de remanente apendicular, sin perforación ni absceso, requiriendo resección intestinal seguida de anastomosis, así como resección del muñón apendicular.

**Resultados:** Se encuentra caso de apendicitis del muñón como hallazgo incidental intraoperatorio de una paciente con obstrucción intestinal complicada, quien fue llevada como urgencia a laparotomía exploratoria, lográndose evolución satisfactoria.

**Conclusiones:** La apendicitis del muñón es una complicación poco frecuente de la apendicectomía, la cual no se debe dejar de sospechar siempre que se presenten síntomas que asemejen apendicitis en pacientes apendicectomizados, lográndose así un manejo oportuno, con disminución de la morbimortalidad de los afectados.

### 03 – ID285

#### Isquemia intestinal extensa secundaria eventración abdominal

Rodrigo A. Jiménez, Julián A. Loaiza

Universidad Libre Barranquilla - Clínica General del Norte  
rodrigojimgo@gmail.com

**Introducción:** El manejo inicial ante un cuadro abdominal agudo en pacientes con antecedentes de defectos en pared abdominal (hernias o eventraciones), presenta un reto diagnóstico, en el cual el enfoque primario conduce al posterior manejo y así mismo, a la obtención de resultados favorables para el paciente.

Este trabajo presenta un caso clínico ocurrido en la organización Clínica General del Norte, en la ciudad de Barranquilla.

**Objetivos:** Determinar la importancia del diagnóstico clínico temprano para optimizar el manejo quirúrgico resolutivo en pacientes con abdomen agudo, los cuales presenten defectos en la pared abdominal, así como la importancia del manejo posterior a resecciones amplias intestinales.

**Materiales:** Recopilación de datos de la historia clínica de un paciente masculino de 67 años edad, con antecedentes previos de laparotomía 10 años antes por herida por proyectil de arma de fuego en abdomen, manejado con abdomen abierto y posterior eventración no corregida como secuela. Consulta a urgencias remitido de nivel I y comenta evolución de 72 horas de dolor abdominal marcado, con mayor localización flanco derecho, asociado a gran masa tumefacta en flanco y datos clínicos de obstrucción intestinal (ausencia flatos y emesis).

Recopilación bibliográfica.

**Resultados:** El paciente en contexto de abdomen agudo fue llevado a tomografía abdominal, en la cual se evidenció gran eventración en flanco derecho, que contenía la mayor parte de asas intestinales delgado. Fue llevado a cirugía de urgencia evidenciando defecto herniario con diámetro de 15 cm, en el cual se encontraba contenido devestestinal delgado desde los 60 cm posteriores al ángulo de Treitz, hasta el ángulo hepático del colon ascendente; las estructuras comprometidas evidenciaban datos de isquemia y necrosis intestinal importante, las cuales posterior a reducción no presentaron mejoría, por lo que se hizo resección en bloque en el primer tiempo quirúrgico. Posteriormente fue trasladado a unidad cuidados intensivos para estabilización y en las siguientes 24 horas se llevó a anastomosis intestino (yeyuno) a colon transversal terminal. Se decidió diferir la corrección del defecto pared abdominal. Durante la estancia UCI se instaura régimen nutricional en contexto paciente con intestino corto y medidas de soporte, presentando evolución aceptable. Infortunadamente durante proceso convalecencia cursa con evento broncoaspirativo, lo cual deriva en proceso séptico pulmonar y posteriormente conduce al fallecimiento del paciente

**Conclusiones:** Es importante la mención del aporte nutricional adecuado posterior a resecciones intestinales amplias, las cuales influyen directamente en la morbilidad postoperatoria, además del seguimiento conjunto con los servicios de cuidado crítico para la optimización de resultados.

**03 – ID286****Caso inusual de hiperplasia folicular linfoide apendicular con afectación colónica**

*Juan David Lotero, Daniel Morales, Diego Delgado, Luis Carlos Domínguez, Neil Valentín Vega, Juan José Pepin, Diego Sierra*

Clínica Universitaria La Sabana  
juandalot@hotmail.com

**Introducción:** Los cuadros clínicos apendiculares comprenden uno de los tópicos más habituales en los insólitos casos clínicos presentados en los congresos quirúrgicos, pues su contexto clínico, que parece simple, reviste en algunos pacientes hallazgos quirúrgicos que llevan a la controversia en el manejo quirúrgico.

**Objetivos:** Se desea mostrar un caso clínico infrecuente de apendicitis aguda y sospecha de lesión multiquística del mesocolon, con los hallazgos patológicos y su relevancia en la morbilidad del paciente.

**Materiales:** Descripción del caso clínico de un paciente masculino, de 25 años de edad, con cuadro clínico de 3 días de evolución, consistente en dolor abdominal en fosa ilíaca derecha, de intensidad 10/10, asociado a náuseas y anorexia. Refiere deposiciones y diuresis sin alteraciones, niega emesis, náuseas o fiebre. A la valoración inicial se encontró sin taquicardia, pero con signos de irritación peritoneal localizada.

Revisión corta de la literatura

**Resultados:** El paciente fue llevado a apendicectomía por laparoscopia, con hallazgos de apéndice cecal sana, lesión mixomatosa dependiente de colon ascendente, adherida a pared abdominal, con adenopatías en mesocolon derecho en trayecto de arteria ileocólica, lesión pediculada en meso colon transverso, y lesión nodular en borde libre hepático de 0.5 cm en segmento VI. La patología con análisis inmunohistoquímico negativo concluye que se trata de una inflamación crónica con reacción granulomatosa a cuerpo extraño y lipogranulomas.

**Conclusiones:** Son controversiales los manejos conservadores en sospecha de patología apendicular tumoral, sin embargo, cada vez más la evidencia clínica establece pautas claras en la conducta qui-

rúrgica a seguir. Casos como este demuestran que estas pautas no albergan a cabalidad estos pocos pacientes en los que la morbilidad postquirúrgica juega un papel importante.

**03 – ID287****Cistogastrostomía por laparoscopia para manejo de pseudoquiste pancreático con complicación local**

*Eliana Cortes, Carlos López, Rolando Martínez*  
Universidad El Bosque  
Eliana\_1514@hotmail.com

**Introducción:** La pancreatitis aguda de origen biliar es una entidad relativamente frecuente en nuestro medio, tiene una alta morbimortalidad y las complicaciones, tanto tempranas como tardías, se presentan en su mayor porcentaje en los casos severos.

Los pseudoquistes pancreáticos son colecciones ricas en enzimas, tejido necrótico y contenido hemático, delimitadas por una pared de tejido de granulación o colágeno, formadas al menos 4 semanas después del episodio de pancreatitis.

El manejo intervencionista de dichas lesiones está determinado por su presentación clínica, tamaño y características radiológicas. Con la introducción de estrategias endoscópicas y radiológicas, la cirugía abierta y laparoscópica se ha limitado a casos específicos.

**Objetivos:** Mostrar nuestra experiencia en el abordaje quirúrgico por laparoscopia del pseudoquiste pancreático, con complicación local, en el servicio de Cirugía General

**Materiales:** Se presenta el caso de un paciente masculino de 55 años de edad, con pseudoquiste pancreático con complicación local tardía de pancreatitis aguda severa de origen biliar, con contraindicación de manejo endoscópico por estar en íntima relación con la arteria mesentérica superior y arteria esplénica.

Cistogastrostomía por laparoscopia con 4 puertos usando sutura mecánica Echelon flex 60mm

**Resultados:** Se realizó cistogastrotomía por laparoscopia, la evolución fue satisfactoria y el paciente fue dado de alta tempranamente.

**Conclusiones:** La cistogastrotomía por laparoscopia hace parte de los abordajes mínimamente invasivos del manejo de pseudoquistes pancreáticos. Actualmente se han implementado estrategias para mejorar los resultados y perfeccionar las técnicas quirúrgicas, obteniendo tasas de éxito elevadas y disminución importante en la tasa de complicaciones postoperatorias.

Es por eso que se propone dicha estrategia terapéutica como opción de tratamiento válida en pacientes en los cuales se contraindica el abordaje endoscópico.

### 03 – ID288

#### **Colecistitis aguda en situs inversus totalis: Una oportunidad para aplicar los principios de la colecistectomía segura**

*Diego Orlando Sierra, Paola Zuleta Quintero, Sebastián Contreras Páez, Luis Carlos Domínguez*  
Universidad de la Sabana, Chía  
Paolazuqu@unisabana.edu.co

**Introducción:** Existen escasos reportes en la literatura científica de pacientes con situs inversus totalis sometidos a colecistectomía laparoscópica, así como sobre las especificaciones técnicas relacionadas con el procedimiento. Aprovechamos este caso para revisar las variantes anatómicas biliopancreáticas asociadas con esta entidad, así como los desafíos técnicos que enfrenta el cirujano, y que invitan a enfatizar y aplicar los principios de la colecistectomía segura considerando la alta tasa de lesión de vía biliar reportada en estudios previos (7,3%). Presentamos una síntesis de las recomendaciones técnicas a la luz de la prevalencia del situs inversus en la población colombiana.

**Objetivos:** Publicar un caso inusual de colecistitis aguda en paciente con situs inversus totalis y su abordaje laparoscópico como reto quirúrgico.

**Materiales:** Describimos el caso de una mujer de 21 años de edad, con situs inversus totalis conocido,

quien presentó una colecistitis aguda con riesgo intermedio de coledocolitiasis, descartado por métodos no invasivos. Se practicó una colecistectomía por laparoscopia ambulatoria, sin complicaciones.

Se grabó el procedimiento quirúrgico, identificando anatomía específica de la paciente, mediante uso de equipo de laparoscopia de alta definición e instrumental de laparoscopia básico.

**Resultados:** La paciente fue llevada a colecistectomía por laparoscopia en técnica modificada dado a su condición anatómica de base; el procedimiento se llevó a cabo de manera exitosa.

**Conclusiones:** El Situs Inversus Totalis implica un reto en la cirugía general, porque además de representar una patología poco frecuente, su abordaje quirúrgico es mucho más complejo dadas las variantes anatómicas que se podrían presentar. A pesar de las dificultades encontradas en cuanto a la técnica convencional de la colecistectomía laparoscópica, el procedimiento fue llevado a cabo exitosamente.

### 03 – ID289

#### **Colectomía total de urgencia por perforación en enfermedad inflamatoria intestinal**

*Sebastián Contreras, Julián Eduardo Senosiain*  
Hospital Universitario de la Samaritana - Universidad de la Sabana  
Sebastiancopa@unisabana.edu.co

**Introducción:** Se presenta el caso de un paciente en 4 década de la vida, privado de su libertad, con antecedente de enfermedad inflamatoria intestinal con actividad moderada a severa durante los últimos 6 meses, quien requirió hospitalización en nuestra institución y mejoró con manejo médico. Un mes posterior al alta ingresó con signos y síntomas de perforación intestinal por lo cual fue llevado a laparotomía de urgencia y bajo hallazgos intraoperatorios se decide realización de colectomía total.

**Objetivos:** Análisis de caso poco frecuente basado en la indicación de colectomía total de urgencia secundaria a enfermedad inflamatoria intestinal no controlada.

**Materiales:** La toma de datos e imágenes se obtuvo a partir de sistema historia clínica del Hospital Universitario de la Samaritana, El contenido audiovisual intraoperatorio y de pieza de resección quirúrgica fue obtenido por el grupo quirúrgico.

**Resultados:** Se realizó colectomía total de urgencia, ileostomía terminal y muñón rectal por perforación intestinal, además de lavado peritoneal por peritonitis fecal de 4 cuadrantes, con posterior recuperación en unidad de cuidado intensivo y lavado quirúrgico con evolución favorable.

**Conclusiones:** El bajo control de la enfermedad en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, secundario a factores de riesgo sociales, es un factor de mal pronóstico en este tipo de pacientes. La colectomía total e ileostomía terminal es un adecuado manejo en este grupo de pacientes por la contaminación de cavidad y la menor incidencia de recaída posoperatoria.

### 03 – ID290

#### Colelitiasis del muñón, un diagnóstico infrecuente - Reporte de Caso

*Diego Fernando Caycedo, Juliana María Ordoñez, Orlando Arévalo, Mónica Solís, Carlos Munar*

Hospital Universitario del Valle Evaristo García  
DiegocayceI@gmail.com

**Introducción:** En el postquirúrgico cualquier ducto cístico mayor a 1cm se considera un conducto cístico remanente. Es una de las causas del síndrome postcolecistectomía en un 16% de los casos. Su incidencia ha aumentado con el advenimiento de la laparoscopia y la mayor cantidad de colecistectomías parciales. El diagnóstico a menudo se retrasa debido a la baja sospecha. Su diagnóstico se hace con Colangiorresonancia magnética, con una seguridad del 92%. Su manejo es quirúrgico, abierto o laparoscópico, según la experticia del cirujano.

**Objetivos:** Describir caso de colelitiasis del muñón vesicular.

**Materiales:** Reporte de caso de paciente que ingresó al servicio de cirugía de la Clínica Rey David, en Cali, en abril de 2019. Se hizo revisión de la historia clínica completa y de la literatura.

**Resultados:** Paciente femenina, de 67 años de edad, con antecedente de colecistectomía abierta hacía 15 años y clínica de 3 días de dolor epigástrico, que luego se generaliza, múltiples episodios eméticos biliosos y distensión abdominal. Al examen físico sin SIRS, anictérica, dolor a la palpación en epigastrio, sin signos de irritación peritoneal, perfil hepático normal y lipasa elevada, por lo que recibió manejo de pancreatitis aguda. Ecografía hepatobiliar evidenció hígado graso y zona de respeto en caudado. Por evolución tórpida se realizó tomografía abdominal reportando muñón de vesícula biliar con cálculos. Solicitaron colangiorresonancia magnética que confirmó el diagnóstico. Una vez la paciente mejoró del cuadro de pancreatitis biliar, fue llevada a colecistectomía abierta de manera ambulatoria.

**Conclusiones:** La colelitiasis del muñón vesicular es más común posterior a colecistectomías parciales; se debe sospechar en casos de síndrome postcolecistectomía. Requiere de una colangiorresonancia preoperatoria para confirmar su diagnóstico; su abordaje puede ser abierto o laparoscópico.

### 03 – ID291

#### Complicación atípica de un vólvulo del sigmoides y revisión de literatura

*Camilo Ernesto Giraldo Hincapié, Carlo Manuel López Guzmán*  
Universidad El Bosque  
erniegiraldock@gmail.com

**Introducción:** El vólvulo del sigmoides es la tercera causa de obstrucción intestinal en el mundo, es una patología relativamente infrecuente en el paciente joven, y sus complicaciones consisten principalmente en obstrucción intestinal, isquemia del asa afectada y perforación con peritonitis subsecuente. El diagnóstico se hace por radiografía de abdomen vertical o por tomografía axial computarizada. El manejo actual es inicialmente la devolvulación por colonoscopia y en ataques recurrentes la resección quirúrgica del sigmoides, ya sea abierta o laparoscópica.

**Objetivos:** Mostrar nuestra experiencia en un caso de complicación atípica del vólvulo del sigmoides.

**Materiales:** Revisión de la historia clínica de un paciente de 23 años con dolor abdominal severo de

tres días de evolución, deshidratación y taquicardia, quien ingresó a urgencias.

**Resultados:** El paciente fue llevado a cirugía como una urgencia vital encontrando isquemia mesentérica que comprometía 180 cm de intestino delgado, a 120 cms del ligamento de Treitz, el cual se resecó dejando intestino viable a 120 cm del Treitz y a 20 cm de la válvula ileocecal. Adicionalmente a esto se evidenció necrosis del sigmoides, por lo que se realizó sigmoidectomía. Se observó que el vólvulo del sigmoides condicionaba el anillo de una hernia interna que comprometió el intestino delgado.

**Conclusiones:** El vólvulo del sigmoides es una entidad que, aunque es infrecuente, puede producir una amplia gama de alteraciones intraabdominales, las cuales el cirujano debe estar preparado para resolver en el escenario de una cirugía de urgencias.

### 03 – ID292

#### Divertículo de Meckel gigante como causa de obstrucción intestinal

Ada Mercedes Bustos Guerrero, Silvia Inés Guerrero Macías  
Hospital Universitario de Bucaramanga Los Comuneros  
adabustosmd@gmail.com

**Introducción:** El divertículo de Meckel es la malformación congénita gastrointestinal más frecuente (2 – 4%), causada por obliteración incompleta del conducto onfalomesentérico. Es considerado un divertículo verdadero, que se encuentra a 60cm de la válvula ileocecal, en el borde antimesentérico, con una longitud generalmente de 2 – 5 cm. Es diagnosticado con mayor frecuencia en los primeros 2 años de vida y la probabilidad de ser sintomático es de 1%, disminuyendo con la edad. La manifestación clínica más frecuente es el sangrado digestivo secundario a tejido ectópico gástrico o pancreático, siendo una causa rara de obstrucción intestinal del intestino delgado en la edad adulta, constituyendo un 5% de las secundarias a hernias internas.

**Objetivos:** Reportar el caso de un paciente con divertículo de Meckel como causa de obstrucción intestinal

**Materiales:** Se presenta el caso de un paciente masculino de 19 años de edad, con clínica de tres

días de distensión abdominal, emesis y ausencia de deposiciones y radiografía de abdomen con niveles hidroaéreos, por lo que se consideró que cursaba con una obstrucción intestinal primaria. Datos e imágenes recopilados de la historia clínica del Hospital Universitario de Bucaramanga Los Comuneros.

**Resultados:** El paciente fue llevado a laparotomía con hallazgo de hernia interna secundaria a divertículo de Meckel. Se practicó resección en cuña y enterorrafia exitosamente, con evolución posoperatoria favorable y egreso al tercer día.

**Conclusiones:** Entre las causas de obstrucción intestinal primaria en pacientes adultos jóvenes deben considerarse las patologías que se generan por complicación de malformaciones congénitas, como el divertículo de Meckel.

### 03 – ID293

#### Drenaje percutáneo como manejo de absceso hepático gigante con compromiso pulmonar: reporte de un caso y revisión de la literatura

Fernando Asmar Rengifo, Daniela Cuadrado  
Universidad Javeriana  
fasmarm@icloud.com

**Introducción:** La amebiasis es una entidad de carácter mundial, sin embargo, presenta mayor incidencia en países en vía de desarrollo y en el trópico. El 90% de los pacientes son asintomáticos y 10% presentan síntomas; sus manifestaciones más frecuentes corresponden a síntomas gastrointestinales. Las manifestaciones extraintestinales no son frecuentes, y dentro de estas, el compromiso hepático se encuentra en primer lugar, seguido por el pulmonar, representando un reto en el diagnóstico por la alta sospecha clínica que debe existir y en la dificultad del manejo.

**Objetivos:** Describir el manejo establecido para un paciente con absceso hepático gigante con compromiso pulmonar y realizar una revisión de la literatura acerca de la evidencia existente.

**Materiales:** Recolección de datos e imágenes de historia clínica y revisión de la literatura

**Resultados:** En este caso se presenta un paciente joven quien ingresa por un cuadro de síntomas

respiratorios y síndrome constitucional, con antecedente epidemiológico de haber habitado en área rural endémica en los últimos 6 meses previos a la consulta. El diagnóstico final correspondió a un absceso hepático gigante con compromiso pulmonar. El drenaje percutáneo combinado con terapia antimicrobiana como manejo en el absceso hepático con compromiso pulmonar, fue eficaz en la resolución de la patología y de sus manifestaciones extrahepáticas.

**Conclusiones:** El absceso hepático amebiano es una patología poco frecuente y existen múltiples alternativas terapéuticas, sin embargo, no existe en la literatura suficiente evidencia para establecer el mejor manejo cuando la patología se presenta con compromiso extrahepático secundario. El drenaje percutáneo es una alternativa segura para el manejo completo de la misma, con adecuados resultados.

### 03 – ID294

#### Duplicación vesical en niños, una malformación extremadamente rara

*Nicolás Felipe Torres España, Deisy Katherine Lizcano González, Fernando Álvarez López, Consuelo Cárdenas Zuluaga, Oscar Salazar Gómez*  
Universidad de Caldas  
nicolasfelipe.torres@gmail.com

**Introducción:** La duplicación vesical corresponde a una malformación congénita que se presenta en muy pocos casos, usualmente debido a un trastorno en la conformación de la cloaca y su diferenciación en seno urogenital y vejiga. Hasta el momento en la literatura se han reportado 50 casos, ninguno en nuestro país.

**Objetivos:** Mostrar la presentación de una duplicación vesical a través de un caso clínico en una paciente de 2 años de edad y su tratamiento quirúrgico exitoso.

**Materiales:** Descripción de un caso clínico de interés, revisión de la literatura, y dar a conocer la entidad con el tratamiento quirúrgico realizado.

**Resultados:** Paciente con diagnóstico antenatal de hidroureteronefrosis derecha, quien después del nacimiento desarrolló infecciones urinarias a repe-

tición y en el estudio subsecuente por resonancia magnética se detectó una masa intravesical interpretada como un ureterocele, acompañada de un megauréter derecho y una cicatriz polar superior del parénquima renal. En el procedimiento quirúrgico se resecó una masa intravesical de paredes gruesas, se remodeló y reimplantó el uréter ipsilateral. El estudio histopatológico descartó el diagnóstico de ureterocele y confirmó el diagnóstico de una duplicación vesical. Actualmente la paciente se encuentra asintomática, se resolvió la hidronefrosis y se encuentra en seguimiento para manejo del reflujo vesicoureteral residual.

**Conclusiones:** Si bien el ureterocele es la causa más frecuente de masas intravesicales en la edad pediátrica, este puede confundirse con lesiones de baja prevalencia como el caso descrito de una duplicación vesical intravesical. En relación con la literatura consultada el tratamiento efectuado ha mostrado ser el habitual y busca evitar la progresión del daño renal.

### 03 – ID295

#### Embolización transarterial de emergencia para el control del sangrado recurrente de úlcera duodenal post-bulbar: un reporte de caso

*Mónica A. Solís-Velasco, Angélica Delgado, Michael Zapata, David Benítez, Jorge Cifuentes, Adolfo González-Hadad.*  
Universidad del Valle  
monica.solis@correounivalle.edu.co

**Introducción:** Las úlceras de la pared posterior del duodeno tienen riesgo de sangrado severo por su proximidad anatómica con arterias de gran calibre. La arteriografía con embolización es una alternativa a la cirugía para el control del sangrado recurrente posterior al manejo endoscópico.

**Objetivos:** Describir el manejo exitoso con embolización en un paciente con sangrado recurrente secundario a úlcera duodenal en comunicación con la arteria pancreatoduodenal superior.

**Materiales:** Paciente de 81 años de edad, quien ingresó por dolor en epigastrio, emesis en “cuncho de café” y melenas. La esofagogastroduodenoscopia mostró úlcera Forrest Ib de la pared posterior del

duodeno; se logró hemostasia con terapia de inyección con epinefrina. A las 24 horas presentó hematemesis abundante con shock hipovolémico. Requiere reanimación con cristaloides, glóbulos rojos y ácido tranexámico. Una nueva endoscopia de emergencia no permitió identificar ni controlar el sitio de sangrado activo, razón por la cual se ordenó arteriografía de emergencia.

**Resultados:** La arteriografía mostró extravasación activa del medio de contraste desde una rama de la arteria pancreatoduodenal superior hacia la segunda porción del duodeno en su aspecto proximal. Se realizó embolización proximal y distal en la arteria gastroduodenal con microcoils de platino, logrando cese inmediato del sangrado. Permaneció en UCI 48 horas para su estabilización y 10 días en hospitalización, en seguimiento por re-agudización de enfermedad renal crónica post-renal, sin presentar recurrencias.

**Conclusiones:** La arteriografía con embolización es efectiva para el control del sangrado refractario al manejo endoscópico y debe ser considerada en pacientes con re-sangrado después de una segunda endoscopia fallida.

### 03 – ID296

#### Endometriosis apendicular como causa de dolor crónico

Natalia Rodríguez Rosales, Andrés Marín, Lina Andrea Bermeo  
Hospital Universitario Clínica San Rafael  
Natalia408@gmail.com

**Introducción:** La endometriosis apendicular es una entidad rara, que puede dar manifestaciones como dolor pélvico crónico, dolor cíclico o apendicitis aguda. El diagnóstico de esta entidad es histológico y el manejo quirúrgico con apendicetomía permite obtener el diagnóstico y realizar el tratamiento a la vez.

**Objetivos:** Describir el caso clínico en el que una paciente presenta dolor pélvico crónico y colonoscopia con sangrado en orificio apendicular, con hallazgos de engrosamiento de apéndice y reporte de patología compatible con endometriosis apendicular

**Materiales:** Caso clínico de paciente femenina de 53 años de edad, antecedente de cesárea, atendida en Hospital Universitario Clínica San Rafael, con historia de dolor crónico en fosa iliaca derecha de aproximadamente 5 años de evolución, sin signos de irritación peritoneal.

**Resultados:** Dentro de los estudios de dolor abdominal se realizó tomografía de abdomen que mostró leve engrosamiento apendicular, adecuado tránsito intestinal, sin alteraciones de grasa periapendicular y colonoscopia con hallazgo de sangrado por el orificio apendicular, sin evidencia de lesiones. Fue llevada a laparoscopia diagnóstica, encontrando apéndice engrosado, que se extrajo. El reporte de patología que evidenció a nivel de la serosa formaciones glandulares y estroma que evoca tejido endometrial. La paciente tuvo adecuada resolución de la sintomatología

**Conclusiones:** La endometriosis apendicular es una entidad rara, que se puede presentar como dolor cíclico o dolor pélvico crónico. Se debe tener en cuenta para diferenciarla de patologías como apendicitis aguda. El diagnóstico se confirma con el reporte de patología y el procedimiento quirúrgico a su vez, es su tratamiento

### 03 – ID297

#### Erosión aorto-entérica: una propuesta de manejo quirúrgico exitoso

Akram Kadamani, Paula Flórez, Mariagracia Martínez  
Fundación CardioInfantil  
mariagraciamane@gmail.com

**Introducción:** La erosión aorto-entérica es un tipo de fistula aorto-entérica falsa, que representa una comunicación entre el tracto gastrointestinal y la superficie externa del cuerpo del injerto protésico sin fistulización real. Aunque infrecuentes, se reporta alta tasa de mortalidad. La sepsis y el sangrado digestivo son unas de las manifestaciones clínicas principales, sin embargo, su diagnóstico suele ser tedioso.

**Objetivos:** Presentar tres casos de erosión aorto-entérica con desenlace exitoso, una propuesta de

manejo quirúrgico y preventivo y una revisión de la literatura.

**Materiales:** El primer caso clínico fue abordado como un sangrado digestivo que requirió control quirúrgico con hallazgo operatorio de erosión aorto-entérica; los otros dos casos fueron abordados como endoprótesis infectadas, uno de ellos confirmado con tomografía por emisión de positrones y el tercero de forma intraoperatoria.

**Resultados:** En el primer caso se evidenció erosión del injerto aórtico al duodeno, al apéndice cecal, íleon terminal y úlcera prepilórica; dado el antecedente de síndrome de Leriche sin proceso séptico asociado, requirió únicamente reconstrucción intestinal y un parche bovino sobre el injerto expuesto. Los otros dos casos se trataron de pacientes con antecedente de reparación aneurismática con endoprótesis infectadas que requirieron reconstrucciones tanto intestinales como vasculares.

**Conclusiones:** Las erosiones aorto-entéricas son una causa rara y mortal, con sintomatología directa u oculta en diferentes contextos, por lo cual el abordaje quirúrgico debe ser individualizado. Se proponen técnicas quirúrgicas diferentes para cada contexto, el uso de imágenes de medicina nuclear para confirmación de sepsis asociada y una alternativa preventiva.

### 03 – ID298

#### Fístula biliopleural secundaria a HPAF toracoabdominal derecho

*Diego Fernando Caycedo, Juliana María Ordoñez, David Benítez*

Hospital Universitario del Valle Evaristo García  
Diegocaycei@gmail.com

**Introducción:** La fístula biliopleural es una complicación rara, en trauma es poco conocida, por lo tanto hay muy poca evidencia documentada. Su presentación puede ser biliopleural y biliobronquial. La mayoría son secundarias a infección, neoplasias, enfermedades congénitas o intervenciones del tracto biliar. Su diagnóstico y manejo es por CPRE.

**Objetivos:** Describir el caso de un paciente con fístula biliopleural secundaria a herida toracoabdomi-

nal derecha por proyectil de arma de fuego.

**Materiales:** Reporte de caso de paciente ingresado al servicio de cirugía del Hospital Universitario del Valle Evaristo García, en abril de 2019, con revisión de la historia clínica completa y revisión de la literatura.

**Resultados:** Paciente masculino de 18 años de edad, con herida por proyectil de arma de fuego (HPAF) con trayecto transabdominal toracoabdominal derecho, orificio de entrada en sexto EICD – LAP y salida en flanco izquierdo con epiplocele. Ingresó hemodinámicamente estable, pero con abdomen agudo. En la laparotomía mediana se hizo drenaje de hemoperitoneo 1500cc y se encontraron heridas grado II de estómago, herida grado V de duodeno, 7 heridas en los 50cms proximales al Treitz grado V, heridas grado III en segmentos IV Y VII del hígado y herida pancreática Grado I. Se llevó a cabo resección y anastomosis de intestino delgado; abdomen abierto con sistema presión negativa; 48 horas después se llevó a revisión de cavidad y cierre. Se retiró el de tubo de tórax a las 72 horas. Al cuarto día postoperatorio se detectó evolución tórpida, polipneico, desaturado, con derrame pleural derecho documentado por ecografía. Por toracoscopia diagnóstica se identificó líquido bilioso +/-300cc y lesión diafragmática con salida activa de bilis; se practicó decorticación pulmonar, retiro de coágulos de receso costodiafragmático, pleurectomía visceral y se dejó tubo de tórax orientando fístula. Finalmente se solicitó CPRE.

**Conclusiones:** La fístula biliopleural es una complicación infrecuente; conocer su presentación y abordaje permite al cirujano saber enfrentarse a esta entidad clínica.

### 03 – ID299

#### Fístula íleo-ileal por inserción de catéter peritoneal: A propósito de un caso clínico.

*Ferney Sarmiento Fontalvo, Julián Loaiza, Gary Muñoz Solano, Carlos González-rubio Altamar.*

Organización Clínica General de Norte  
cgonzalezrubio@unisimon.edu.co

**Introducción:** La diálisis peritoneal ha sido un gran logro terapéutico en los pacientes con insufi-

ciencia renal crónica terminal (IRC), Implica la colocación y el uso de un catéter peritoneal, sin embargo, su inserción puede generar complicaciones, siendo las más frecuentes las de tipo infeccioso, como la peritonitis; entre las menos frecuentes están aquellas relacionadas con la perforación de vísceras huecas.

**Objetivos:** Presentar el caso clínico de un paciente con una fistula íleo-ileal como complicación de la inserción de un catéter peritoneal.

**Materiales:** Se presenta el caso de un paciente masculino de 69 años de edad, con antecedentes de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2 y Enfermedad Renal Crónica estadio 5, quien consultó por cuadro clínico de 5 días de evolución consistente con dolor abdominal difuso, evidenciando al examen físico catéter peritoneal en desuso.

**Resultados:** Se llevó a laparotomía exploratoria encontrando como hallazgos quirúrgicos catéter peritoneal insertado en el interior de asa de íleon, a 160 cms de la válvula ileocecal, con múltiples adherencias firmes de asas de intestino delgado alrededor del sitio de ubicación del catéter que condiciona fistula íleo-ileal a 120 cms de válvula ileocecal.

**Conclusiones:** El aumento en la demanda de inserción de catéteres peritoneales por la creciente epidemiología de la insuficiencia renal crónica, aumenta las complicaciones asociadas con la colocación del mismo, por lo que aportar a la literatura científica este tipo de casos, permite orientar al cirujano a tomar conductas resolutivas que mejoren la calidad de vida del paciente y minimicen las secuelas propias de las complicaciones.

### 03 – ID300

#### **Hernia de Amyand encarcelada en un paciente con tumor del páncreas: reporte de un caso**

*Juan Camilo Gómez, Ivonne N. Echeverry López*

Fundación Clínica Shaio

inae88@gmail.com

**Introducción:** La hernia inguinal es una patología frecuente y motivo de consulta habitual para el servicio de cirugía general. En algunos casos, ésta puede tener dentro de su saco herniario el apéndice cecal encarcelado, el cual, si se encuentra sano se

denomina hernia de Garengeot. Su incidencia está alrededor del 1% de todos los pacientes con diagnóstico de hernia inguinal. La hernia de Amyand es una entidad poco frecuente, con un incidencia cercana al 0.1%, en donde se evidencia apendicitis aguda. El diagnóstico preoperatorio es casi nulo, siendo un hallazgo intraoperatorio incidental en la mayoría de los casos, constituyéndose en un reto para el cirujano. En este artículo se presenta el caso de una paciente femenina de 84 años de edad, quien ingresó por cuadro clínico de dolor abdominal secundario a hernia inguinal derecha encarcelada con apendicitis aguda y dentro de sus estudios complementarios se le diagnosticó concomitantemente un tumor del páncreas.

**Objetivos:** Revisar el caso clínico de una paciente con hernia de Amyand a quien se le dio manejo quirúrgico, presentando posteriormente una evolución clínica satisfactoria, sin requerimiento de nuevas intervenciones.

**Materiales:** Paciente femenina de 84 años con antecedente de HTA y EPOC, quien ingresó por cuadro clínico de 4 días de dolor inguinal derecho, asociado a picos febriles. Concomitantemente refería dos semanas de tinte icterico generalizado. Se realizó TAC de abdomen que evidenció hernia inguinal derecha, que contenía en su interior el apéndice cecal, con signos sugestivos de proceso inflamatorio asociado, y una lesión sólida con componente necrótico que comprometía el cuerpo pancreático, de probable etiología neoplásica.

Se realiza revisión bibliográfica al respecto.

**Resultados:** Se realizó apendicectomía y herniorrafia inguinal con colocación de malla, sin complicaciones. Se continuaron estudios complementarios y manejo de la masa del páncreas con derivación transparietoheática como manejo paliativo. La paciente egresa al 15 día de hospitalización con manejo paliativo. Presentó evolución clínica favorable, egresando sin requerimiento de nuevas intervenciones quirúrgicas.

**Conclusiones:** La hernia de Amyand es una entidad poco frecuente y una complicación de una hernia inguinal encarcelada la cual presenta apen-

dicitis aguda. Su diagnóstico preoperatorio es difícil y puede generar múltiples complicaciones, tales como perforación y abscesos. Su manejo quirúrgico se basa teniendo en cuenta sus características y presentación clínica.

### 03 - ID301

#### **Hernia de Bochdalek en adultos: diagnósticos diferenciales. Reporte de caso y revisión de literatura**

*Mario R. Rodríguez, Juan S. González S, Karen L. Alfonso R, Paula A. Becerra P., María C. Gaviria P.*

Fundación Universitaria Juan N. Corpas  
Juanse-gonzalez@juanncorpas.edu.co

**Introducción:** La hernia de Bochdalek (HB) es una patología congénita caracterizada por un defecto en la región posterolateral del diafragma, con desplazamiento de los órganos de la cavidad abdominal hacia la cavidad torácica. Clínicamente se sospecha por sintomatología respiratoria y/o digestiva y se confirma con una tomografía axial computarizada (TAC) o una resonancia magnética (RNM). Asocia complicaciones como el dolor torácico por neumonía, atelectasia y vólvulos. Es de baja incidencia en adultos (0,17%); afecta dos veces más a las mujeres; 85% son izquierdas y ocasionalmente (<0,5%) bilaterales. Dada su baja incidencia y complicaciones, conocer los diagnósticos diferenciales permite diagnosticarla y tratarla oportunamente.

**Objetivos:** Revisar los diagnósticos diferenciales a tener en cuenta durante la atención del paciente adulto en quien se sospecha una Hernia de Bochdalek.

**Materiales:** Reporte de caso bajo las pautas de la Guía del Grupo Case Reports (CARE). Se realizó una búsqueda de literatura en PubMed, EMBASE, Google Scholar y ClinicalKey relacionada con hernia de Bochdalek en adulto. Se contactó al paciente a través del cirujano tratante; firmó el consentimiento informado y se procedió a hacer la revisión y recopilación de información requerida para el reporte.

Se recopiló información para la creación de tablas basadas en Razón de Probabilidad (LR), con el fin establecer los síntomas y signos más importante en cada diagnóstico diferencial.

**Resultados:** Se reporta el caso de un hombre de 55 años de edad, con cuadro clínico de un año de evolución de disnea clase funcional NYHA II (New York Heart Association), tos con expectoración hialina; e hipoventilación global del pulmón izquierdo al examen físico. Se sospechó la existencia de una hernia de Bochdalek, con diagnósticos diferenciales de neumonía, quiste pulmonar, derrame pleural, atelectasia y tumor de mediastino. Se confirmó el diagnóstico de la hernia por TAC de tórax y se intervino por cirugía laparoscópica, identificándose y corrigiéndose el defecto herniario diafragmático posterior.

**Conclusiones:** La hernia de Bochdalek es Infrecuente y escasa en adultos, siendo necesario, para reducir la confusión en el personal médico al momento de abordar al paciente, considerar los diagnósticos diferenciales más frecuentes como neumonía, quiste pulmonar, derrame pleural, atelectasia y tumor de mediastino.

### 03 - ID302

#### **Hernia diafragmática posoperatoria: reporte de caso y revisión de la literatura**

*Diego Rodríguez, Alejandro Sánchez, Edgar Prieto, Katherin Beltrán, Pablo García*

Hospital Universitario de la Samaritana  
Katherinbci@gmail.com

**Introducción:** Las hernias diafragmáticas iatrogénicas, más frecuentes en el lado izquierdo, se han documentado como complicación de la cirugía esofágica, gastrointestinal, hepática y urológica. Su presentación puede ser precoz o tardía, con síntomas generalmente inespecíficos, en función del tamaño de la hernia y el órgano afectado. El diagnóstico ante la sospecha de esta entidad en un escenario con antecedente quirúrgico, se confirmará mediante pruebas de imagen, y el tratamiento de elección es quirúrgico. La sospecha clínica e identificación mediante pruebas de imagen de este tipo de complicación quirúrgica son fundamentales para su diagnóstico y tratamiento.

**Objetivos:** Dar a conocer caso de urgencia de Hernia diafragmática postoperatoria

Documentar técnica quirúrgica para corrección

**Materiales:** Historia clínica de paciente en caso de Hospital de la Samaritana

Imágenes diagnosticas del caso e imágenes intraoperatorias del procedimiento

**Resultados:** Nuestro paciente debutó con síntomas respiratorios y cardiovasculares, pero permaneció estable hemodinámicamente, sin presentar signos de obstrucción intestinal. El diagnóstico se estableció con TAC abdominal.

Corrección completa del defecto herniario.

No complicaciones con la técnica quirúrgica utilizada

**Conclusiones:** Las hernias diafragmáticas intrapericárdicas tienen tres etiologías conocidas: traumáticas, congénitas o iatrogénicas. La hernia traumática es la causa más común y generalmente se debe a lesiones contusas, las causas iatrogénicas son extremadamente raras y pueden ser causadas por una cirugía de bypass coronario anterior, la inserción de un marcapasos mediante un abordaje abdominal o como en el caso que presentamos, la ventana pericárdica subxifoidea para los derrames pericárdicos recurrentes. Las tasas de morbilidad y mortalidad de esta condición dependen de la gravedad de las lesiones.

### 03 - ID303

**Hernia inguinoescrotal recurrente con megauréter: Presentación de caso**

*Muñoz Murillo Willfrant Jhonnathan, Lozada Martínez Iván David, Bolaño Romero María Paz, Suárez Causado Amileth, Ospina Pérez Christian Germán, Mirando Fontalvo Asdrubal*  
Universidad de Cartagena  
ivandavidloma@gmail.com

**Introducción:** La frecuencia de la enfermedad herniaria es una de las más altas dentro de las patologías quirúrgicas. Sin embargo la asociación de la misma a la presencia de megauréter en el saco herniario, es extremadamente rara, teniendo pocos reportes en la literatura internacional.

**Objetivos:** Presentar el caso de un paciente con antecedente quirúrgico de herniorrafia inguinal

derecha hace 20 años, quien acude al servicio de urgencias donde se confirma reincidencia de defecto herniario, con saco que contiene megauréter. Durante la intervención se descubren adherencias visceroparietales con ciego en posición subhepática.

**Materiales:** Se realizó una revisión crítica de la literatura en diferentes bases de datos, con el fin de analizar la valoración y el manejo actual del megauréter, basándonos en nuestro reporte de caso.

**Resultados:** La revisión de la literatura, muestra que la mayoría de las veces el diagnóstico es un hallazgo incidental durante la cirugía o urografía. La herniorrafia está indicada para resolver la uropatía obstructiva, y es necesario hacer una disección precisa del uréter para liberarlo de estructuras vecinas.

**Conclusiones:** Los procedimientos de mínima invasión diseñados para el tratamiento del megauréter obstructivo reportan mejoría de alivio de la hidronefrosis en el 50-70% de los uréteres. Sin embargo, la incisión longitudinal del área estenosada del uréter con anastomosis transversa tipo Heineke-Mikulicz parecer ser una alternativa novedosa y simple para aliviar la obstrucción del megauréter. Dicho procedimiento, al que se le ha denominado plastia ureterovesical laparoscópica, ha mostrado buenos resultados clínicos, ultrasonográficos y pielográficos.

### 03 - ID304

**Hernia perineal asociada a liposarcoma perineal, presentación de caso y revisión de la literatura**

*William Salamanca, Pablo Gutiérrez*  
Fundación Universitaria Sanitas  
pcga\_01@hotmail.com

**Introducción:** Los liposarcomas son tumores raros de los tejidos blandos, con una incidencia calculada en 30 casos por 1 millón de personas. Se presentan en pacientes en rango de 18 a 67 años, con una edad promedio de 42 años. Es relativamente raro en el perine y/o espacio pararectal. Usualmente se presentan como inflamaciones sin dolor, que aumentan progresivamente de tamaño, hasta alcanzar un gran volumen y volverse sintomáticos.

Así mismo la hernia perineal primaria es una entidad rara, con aproximadamente 100 casos reporta-

dos, donde usualmente la protrusion se produce por el diafragma pélvico.

**Objetivos:** Presentar el caso de un paciente, atendido en el Hospital Universitario de la Samaritana, con hernia perineal, con liposarcoma como contenido.

**Materiales:** Se presenta el caso a través de imágenes y se describe paso a paso el manejo quirúrgico y medico recibido, al mismo tiempo se realiza una revisión de la literatura sobre esta patología inusual.

**Resultados:** El paciente fue manejado con resección y cierre de defecto con malla, procedimiento que se llevó a cabo sin complicaciones, con un manejo multidisciplinario en su postoperatorio, con acompañamiento de cirugía plástica.

**Conclusiones:** La cirugía sigue siendo el pilar del tratamiento para los liposarcomas, en la que como premisa se requiere un margen adecuado para prevenir la recurrencia local, ya que se asocia con un riesgo 2.8 veces mayor de mortalidad por enfermedad. Por su parte el reparo de la hernia perineal plantea un reto, pues idealmente debe tener un abordaje perineal abierto y uno transperitoneal laparoscópico.

### 03 - ID305

#### Hernia transmesocólica de yeyuno con obstrucción intestinal. Reporte de caso

Llanos Visbal Juan Alberto, Quintana Pajaro Loraine De Jesus, Trujillo Montes Andres Camilo  
Universidad de Cartagena  
jalv7522@gmail.com

**Introducción:** La hernia transmesocólica ocurre cuando parte del intestino prolapsa a través de una zona desgarrada del mesenterio y representan aproximadamente del 5 al 10% de todas las hernias internas, considerándose patologías de baja prevalencia mundial.

**Objetivos:** Presentar el caso clínico de un paciente masculino de 77 años de edad, quien ingresa al hospital con distensión abdominal, ausencia de deposiciones y emesis fecaloide. Paciente con antecedente de laparotomía exploratoria realizada hace 16 años por úlcera péptica perforada. Estudios imagenológicos

confirman el diagnóstico de obstrucción intestinal y durante la cirugía se halla herniación del yeyuno a través de un defecto en el mesocolón, el cual logra ser reparado de manera exitosa.

**Materiales:** Se utilizaron las bases de datos UpToDate y NCBI para analizar el estado del arte de las hernias transmesocólicas y se compararon con los hallazgos descritos en el presente caso clínico.

**Resultados:** En la literatura, las obstrucciones del yeyuno secundarias a hernias transmesocólicas solo se han documentado en algunos casos. En los adultos, ésta patología suele presentarse en pacientes con antecedentes quirúrgicos gastrointestinales y aunque su diagnóstico es considerado de alta dificultad, la tomografía computarizada puede ayudar en el diagnóstico, al detectar la ausencia de tejido adiposo omental entre las asas intestinales y la pared abdominal anterior.

**Conclusiones:** El diagnóstico preoperatorio de una obstrucción intestinal causada por hernias transmesocólicas continúa siendo de alta dificultad, sin embargo, los estudios imagenológicos y los antecedentes quirúrgicos gastrointestinales pueden ofrecer indicios que favorezcan un correcto diagnóstico y tratamiento.

### 03 - ID306

#### Íleo biliar con fistula colecisto-duodenal, rara causa de obstrucción Intestinal

David Guillermo Gómez Garnica, Carlos Meneses  
Universidad Militar Nueva Granada - Hospital Militar Central - Hospital de Meissen  
Davinci290@hotmail.com

**Introducción:** El íleo biliar es una causa muy poco frecuente de obstrucción intestinal mecánica, causada por la impactación de un cálculo de gran tamaño en el tracto gastrointestinal, ya que su causa subyacente habitual es la formación de una fistula entre el intestino y la vesícula biliar.

**Objetivos:** Presentar el caso de una paciente que ingresa a nuestra institución con cuadro clínico compatible con colelitiasis y colecistitis, con gran distensión abdominal, con hallazgo intraoperatorio de íleo biliar y fistula colecisto-duodenal.

**Materiales:** Paciente de 64 años de edad, sin antecedentes de importancia, con cuadro clínico de colelitiasis con colecistitis, con gran distensión abdominal, asociado con alto drenaje por SNG de contenido bilioso. Ecografía compatible con colelitiasis y colecistitis, por lo que decide realizar colecistectomía abierta.

**Resultados:** Se realizó Laparotomía exploratoria, donde se evidenció cálculo de aproximadamente de 4 x 4.5 cm a 240 cm del ligamento de Treitz, el cual condiciona dilatación proximal de asas, sin evidencia de necrosis ni disrupción de la serosa Intestinal, con fistula colecisto-duodenal. Se realizó la Enterolitotomía y Colecistectomía más cierre de fistula duodenal.

**Conclusiones:** El íleo biliar es una patología de baja incidencia, sin presentación clínica precisa, que debe tener alta sospecha diagnóstica. Su tratamiento estándar es quirúrgico, con diversas opiniones en cuanto al tipo de cirugía a realizar. Aportamos un caso excepcional a la literatura colombiana.

### 03 - ID307

#### Íleo biliar. A propósito de un caso

*Jimena Santacoloma, Rogers Leonardo Baquero Garcia, Santiago Ángel*

Fundación Universitaria Ciencias de la Salud - Hospital San José  
rlbaquero@fucsalud.edu.co

**Introducción:** El íleo por cálculos biliares es una obstrucción intestinal mecánica debida a la impacción de uno o más cálculos biliares en el tracto gastrointestinal. Hay paso de cálculos al intestino delgado por la formación de fistulas entre la vesícula biliar y la porción adyacente y adherida del tracto gastrointestinal. Esta entidad se desarrolla en 0,3% 0,5% de los pacientes con colelitiasis. Constituye el factor etiológico en menos del 5% de los casos de obstrucción intestinal.

**Objetivos:** Presentar el caso clínico de un paciente con cuadro de obstrucción intestinal secundario a íleo biliar, manejado quirúrgicamente.

**Materiales:** Paciente de sexo masculino de 84 años de edad, sin antecedentes patológicos ni quirúrgicos

previos. Consultó por cuadro de 3 días de evolución consistente en distensión abdominal, dolor difuso, y ausencia de deposiciones, con flatos presentes. Estudio tomográfico mostró un área de transición en íleon distal, neumobilia e imagen cálcica intraluminal, por lo que fue llevado a laparotomía exploratoria, enterotomía y extracción del cálculo, enterorrafia y resección de segmento intestinal proximal, debido a una perforación del 25% de la circunferencia, secundaria a proceso obstructivo, con anastomosis termino-terminal para restitución del tracto gastrointestinal.

**Resultados:** El paciente evolucionó favorablemente, tolero la vía oral y mostro signos de tránsito intestinal, con manejo ambulatorio posteriormente.

**Conclusiones:** El manejo quirúrgico de la obstrucción intestinal sin antecedente quirúrgico sigue siendo el pilar del tratamiento. En el caso del íleo biliar se manejó a través de: enterotomía simple, extracción del cálculo, colecistectomía y restitución del tracto gastrointestinal con enterorrafia, y en algunos casos, resección intestinal con anastomosis.

### 03 - ID308

#### Íleo biliar. Reporte de un caso y revisión de la literatura.

*Yady Vanessa Hurtado Burbano, Hanier Hernán Agudelo Ledesma, Ángela María Merchán Galvis.*

Universidad del Cauca - Hospital Universitario San José  
vanessa\_hurtado@hotmail.es

**Introducción:** El íleo biliar es poco común, usualmente se presenta en mayores de 60 años, predomina en mujeres y causa 1-4% de obstrucciones intestinales mecánicas. Se produce por impacción de un cálculo biliar en el tracto gastrointestinal.

**Objetivos:** Presentar el caso de un paciente de 41 años con íleo biliar.

**Materiales:** Revisión de la historia clínica de un paciente masculino de 41 años de edad, sin antecedentes de importancia, con dolor cólico en epigastrio y marco colónico, asociado a emesis fecaloide y ausencia de deposiciones. Se sospechó obstrucción intestinal. La serie de abdomen evidenció: niveles hidro-aéreos, ausencia de gas distal. La tomografía

de abdomen mostró: “Vesícula biliar no visualizada, cambios en la densidad del hilio hepático y lecho vesicular, con colecciones aéreas. A nivel de válvula ileocecal reducción importante de calibre...”.

**Resultados:** El paciente fue manejado quirúrgicamente, encontrando plastrón de vesícula con duodeno y fístula hacia la segunda porción; se efectuó enterotomía en íleon y extracción del cálculo. Requirió múltiples intervenciones con manejo en cuidado intensivo, con un desenlace favorable.

**Conclusiones:** El íleo biliar es una condición de difícil diagnóstico prequirúrgico, pues la mayoría de pacientes se presentan como obstrucción intestinal. La obstrucción es más usual en íleon terminal, y los cálculos deben medir al menos 2 cm para ocluir. El manejo con enterolitotomía solamente, con o sin colecistectomía diferida, es la técnica más reportada.

El caso se puede considerar atípico por describir un paciente masculino, joven y sin antecedentes, tratado quirúrgicamente, contrario a lo más reportado por la literatura, quien a pesar de múltiples intervenciones y necesidad de UCI, tuvo un desenlace favorable con egreso hospitalario.

### 03 - ID309

#### **Intususcepción intestinal en el adulto: reporte de caso y revisión de la literatura**

*Jannia Montes Mercado, Ismary Mantilla Morrón, Faruk Hernández Sampayo*

Fundación Universidad Metropolitana de Barranquilla  
i.e.m.m@hotmail.com

**Introducción:** La intususcepción intestinal constituye una causa poco frecuente de obstrucción intestinal en el adulto. Se trata de un segmento de intestino (intususceptum), contraído por una onda peristáltica, que se introduce en el segmento inmediatamente distal (intususcipiens).

Clínicamente la presentación es generalmente inespecífica, e incluye dolor abdominal, diarrea, náusea y vómitos. Los autores presentan un caso de una paciente femenina de 41 años de edad, que se presentó con diarrea y dolor abdominal. Se le diagnosticó una obstrucción intestinal por imágenes. Se le realiza cirugía laparotomía de urgente y se halla

íleon terminal completo intususceptado 2/4 partes en colon derecho. Se reseca lesión en colon, la cual es compatible por patología a un adenocarcinoma moderadamente diferenciado.

**Objetivos:** Presentación de un caso clínico en el cual el diagnóstico se realiza de manera preoperatoria por medio de laparoscopia y revisión de literatura correspondiente.

**Materiales:** Revisión de series de casos publicados en la literatura médica. Se diseñó una base de datos de pacientes mayores de 15 años. Los datos se extrajeron de un caso clínico atendido en la ciudad de Barranquilla, utilizando la historia clínica. Se añadió un caso clínico propio reciente.

**Resultados:** Se obtuvo recopilación de estudios de la sociedad española de cirugía donde realizaron una serie de casos. La mediana de edad fue de 45 años (rango de 19 a 84); 57% fueron hombres. Presentaron dolor abdominal 27 pacientes y obstrucción intestinal establecida 8 casos (28%). El 85% de las invaginaciones se asoció una lesión proliferativa y el 43% de estas últimas fueron malignas. En nuestro caso se evidenció una Intususcepción de origen neoplásico, que se manifestó con signos clínicos de obstrucción intestinal.

**Conclusiones:** La intususcepción intestinal es una entidad infrecuente en los adultos. Puede estar localizada a lo largo de todo el tracto gastrointestinal. Los signos y síntomas son inespecíficos. La forma de presentación más frecuente es un cuadro crónico de suboclusión intestinal. Los estudios por imágenes de mayor utilidad son la TAC y la ecografía de abdomen.

### 03 - ID310

#### **Intususcepción yeyunogástrica: Reporte de un caso y revisión de la literatura**

*Calderón. Carlos; Ríos Ángela*

Universidad Nuestra Señora del Rosario

calderonscarlos@hotmail.com; angela.rios@urosario.edu.co

**Introducción:** Paciente de 86 años de edad, con antecedente de adenocarcinoma de gástrico antral bien diferenciado T<sub>3</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub> tratado con gastrectomía y reconstrucción Billroth II, quien acude al servicio

de urgencias por cuadro de dolor abdominal generalizado, distensión abdominal, asociado a múltiples eventos eméticos de contenido alimentario. Por no mejoría clínica se indicó TAC de abdomen el cual reportó cambios por gastrectomía subtotal con sobre distensión de la cámara gástrica secundario a intususcepción yeyunogástrica

**Objetivos:** Describir un caso clínico de intususcepción yeyunogástrica presentado en un hospital de cuarto nivel en la ciudad de Bogotá.

Revisar en la literatura casos clínicos similares al presentado.

**Materiales:** Previa autorización escrita del paciente y sus familiares se realiza una descripción del caso clínico y una revisión en la literatura acerca de dicha patología utilizando los términos MeSH “Anastomosis, Roux-en-Y” “Gastrectomy” “Humans” “Intussusception” “Jejunal Diseases” “Postgastrectomy Syndromes” “Tomography, X-Ray Computed” restringiendo a los últimos 10 años en bases de datos como: PubMed, Medline, ScienceDirect, ClinicalKey

**Resultados:** Se obtuvieron 32 artículos según los criterios de búsqueda, se seleccionaron 8 de los cuales se extrajeron datos epidemiológicos, fisiopatológicos, diagnósticos y terapéuticos, que posteriormente fueron correlacionados con el caso clínico.

**Conclusiones:** la intususcepción o invaginación intestinal en el adulto es una entidad rara, que se comporta de manera similar a una obstrucción intestinal, ya sea con o sin antecedente quirúrgico, que requiere una alta sospecha clínica.

La literatura cuenta con pocos casos que describen este tipo de entidades y su presentación está asociada a otro tipo de lesiones como los procesos neoplásicos.

La alteración anatómica que conlleva la reconstrucción tras una gastrectomía predispone en cierto grado a presentar intususcepción, y debe siempre descartarse recaída o presencia tumoral asociada

### 03 - ID311

**Invaginación de intestino delgado como presentación inicial de neoplasias gastrointestinales**

*Adriana M. León Díaz, Silvia Inés Guerrero, Ileana R. Bautista, Sandra F. Plata Ortiz, Ingrid T. Pedrozo Díaz*  
Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga - HUB

Sammyfar\_24@hotmail.com

**Introducción:** La invaginación intestinal en adultos es una entidad poco frecuente, que representa solo el 5% de todos los casos de invaginación y generalmente suele ser secundaria a etiologías de índole neoplásico, pólipos y adherencias postoperatorias. La asociación con procesos neoplásicos se presenta con mayor frecuencia a nivel del intestino grueso (65–70%). La localización a nivel de intestino delgado se describe en un 30–35% de los casos.

**Objetivos:** Presentar dos casos poco frecuentes de invaginación de intestino delgado como consecuencia de una neoplasia gastrointestinal.

**Materiales:** Datos e imágenes recopilados de historia clínica del Hospital Universitario de Bucaramanga Los Comuneros, de dos casos de invaginación intestinal, el primer caso con localización a nivel de porción proximal de yeyuno debido a una neoplasia maligna mal diferenciada, el segundo caso con localización en íleon proximal con estudio histopatológico compatible con sarcoma histiocítico.

**Resultados:** Nuestros pacientes fueron manejados con resección intestinal y anastomosis termino-terminal presentando una adecuada evolución clínica y seguimiento ambulatorio.

**Conclusiones:** La invaginación intestinal constituye una patología infrecuente en la práctica clínica y se convierte en un reto diagnóstico para el médico cirujano en el abordaje del paciente con dolor abdominal. Su diagnóstico muchas veces puede verse retrasado por las manifestaciones clínicas inespecíficas con las que pueden cursar los pacientes. Los estudios radiológicos ayudan en el abordaje diagnóstico; la tomografía de abdomen continua siendo la herramienta más utilizada.

### 03 - ID312

**Linfangioma quístico congénito**

*Iván Jiménez, Luis Ramón Moreno, Katerine López, Carlos Esquivia*

Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja, Cartagena  
Katerinelopez707@gmail.com

**Introducción:** Los linfangiomas congénitos son malformaciones vasculares benignas, que se presentan con mayor frecuencia en la cabeza y el cuello. Por definición, son considerados como dilataciones anormales en los canales linfáticos llenos de líquido, recubiertos por musculo liso, lo que le confiere su apariencia septada. Estos pueden clasificarse en capilares, quísticos, cavernosos y mixtos, pudiendo estar conformados a su vez por micro o macroquistes. Suelen tener un crecimiento rápido, hasta hacerse gigantes e infiltrar estructuras vitales, convirtiéndose en un reto para el cirujano.

**Objetivos:** Compartir nuestra experiencia mediante un caso clínico, al cual se le realizó tratamiento quirúrgico con evolución exitosa.

Revisión de la literatura a propósito de un caso clínico infrecuente.

**Materiales:** Se presenta el caso clínico de una gestante, a quien en seguimiento ecográfico prenatal a las 24 semanas se le identificó mediante ultrasonido y RNM una masa quística grande, que comprometía la región craneofacial y región cervical derecha. Se atendió parto por cesárea programada en la semana 38, identificándose al examen físico una gran masa en la región cervical derecha, con desviación de la línea media y alto riesgo de compromiso de la vía aérea,

**Resultados:** La paciente fue manejada con resección quirúrgica e infiltración con agentes esclerosantes, con buenos resultados.

**Conclusiones:** El linfangioma quístico congénito es una patología infrecuente, suele presentarse con mayor frecuencia en la cabeza y el cuello, de crecimiento rápido, con compromiso de estructuras vitales. El manejo quirúrgico está indicado en estos casos, con la finalidad de impedir complicaciones como compromiso de la vía aérea. Se han descrito otros tratamiento con resultados parcialmente favorables como infiltraciones con sustancias esclerosantes.

### 03 - ID313

#### Lista de verificación para el diagnóstico de agenesia apendicular

*Margarita Cáceres Parra, Fernando Iván de la Hoz Delgado, Alexander Enrique Arzuaga Ramírez, Javier Mauricio Pacheco Maldonado, Nini Yulieth Pérez Plata, Juan Daniel Ribero Cáceres*

Hospital Universitario de Santander - Universidad Industrial de Santander  
pachecojavier88@gmail.com

**Introducción:** La agenesia apendicular es una anomalía infrecuente y se diagnostica de manera incidental. Se presenta en aproximadamente 1:10.500 laparotomías y en 1:15.000 autopsias. Por tanto, es importante conocer el abordaje quirúrgico ante la sospecha de agenesia apendicular.

**Objetivos:** Proponer una lista de verificación para hacer un diagnóstico acertado de agenesia apendicular.

**Materiales:** Paciente masculino de 25 años de edad, sin antecedente quirúrgico, con clínica de 2 días de dolor abdominal migratorio, de región periumbilical a fosa iliaca derecha, asociado a emésis, escalofríos y fiebre subjetiva; al examen físico dolor en fosa iliaca derecha, asociado a signos de irritación peritoneal localizados; con hemograma y PCR normales. Se hizo diagnóstico clínico de apendicitis aguda. En cirugía se realiza incisión Rockey-Davis y posterior modificación a Gibson, sin evidenciar apéndice cecal. Se revisa y se palpa adecuadamente la confluencia de las tenias, la cara posterior del ciego, colon ascendente, íleon distal y finalmente se comprueba la posición habitual del recto-sigmoide, sin evidenciar apéndice cecal ni invaginación del mismo.

**Resultados:** Con una adecuada lista de verificación, que incluya revisión de la confluencia de las tenias cólicas, la cara posterior del ciego, todo el colon ascendente, el íleon distal, y la adecuada posición del sigmoide y recto, podemos determinar la agenesia del apéndice cecal.

**Conclusiones:** El diagnóstico de la apendicitis aguda es clínico. Ante la ausencia en cirugía de

apéndice cecal, es necesario realizar una lista de verificación para evitar un diagnóstico erróneo de agenesia apendicular.

### 03 - ID314

#### Manejo de perforación gástrica como complicación de balón intragástrico

*William Salamanca, Laura Tinoco*  
Clínica Universitaria Colombia  
lautinocog@gmail.com

**Introducción:** La obesidad es un problema de salud pública a nivel mundial, con altas tasas de morbilidad y mortalidad. Dentro de las opciones de tratamiento se encuentra la colocación endoscópica de un balón intragástrico. Las complicaciones del balón intragástrico incluyen obstrucción intestinal, sangrado gastrointestinal superior y perforación gástrica, la cual es una complicación rara, que requiere un manejo urgente, en su mayoría quirúrgico.

**Objetivos:** En nuestro caso la perforación gástrica fue detectada y manejada de forma oportuna, demostrando que se puede realizar un manejo mínimamente invasivo: combinado laparoscópico y endoscópico, con buenos resultados para la paciente.

**Materiales:** Presentamos el caso de una paciente de 37 años de edad, con antecedente de colocación de un dispositivo de balón intragástrico 14 meses previos, quien se presentó a urgencias con abdomen agudo. La radiografía de tórax evidenciaba neumoperitoneo. La paciente fue llevada a laparoscopia donde se encontró perforación gástrica de 1,5 cm en cara anterior del estómago hacia curvatura mayor y peritonitis química generalizada. Se hizo un manejo combinado laparoscópico y endoscópico intraoperatorio, con evolución satisfactoria de la paciente.

**Resultados:** Se revisó la literatura sobre perforación gástrica inducida por balón intragástrico, siendo muy raro los casos de perforación gástrica tardía, así como también pocos los pacientes que son llevados a un abordaje mínimamente invasivo.

**Conclusiones:** Es importante la extracción del balón gástrico en el momento adecuado para evitar complicaciones, pues aunque es raro, puede presen-

tar perforación gástrica tardía, la cual es factible de manejar mediante abordaje mínimamente invasivo, con menos morbilidad que la laparotomía abierta convencional.

### 03 - ID315

#### Mesotelioma peritoneal multiquístico benigno

*Felipe Aristizábal, Jhonny Sierra, Gabriel Arroyave*  
Clínica Medellín  
arroyavegabriel@gmail.com

**Introducción:** El mesotelioma peritoneal multiquístico benigno es una neoplasia benigna extremadamente rara, de etiología desconocida y con menos de 200 casos reportados en la literatura. Afecta principalmente mujeres jóvenes, con síntomas inespecíficos como dolor abdominal o distensión. Tiene una alta tasa de recurrencia local, evolución silente y baja tasa de transformación maligna. Actualmente no se cuenta con guías de manejo. Presentamos nuestra experiencia con un caso de esta patología

**Objetivo:** Reportar el caso de una paciente de 54 años de edad con diagnóstico final de mesotelioma peritoneal multiquístico benigno.

**Materiales:** Mujer de 54 años de edad, con historia de un año de dolor abdominal y tomografía de abdomen que mostró carcinomatosis peritoneal con primario desconocido; antecedente de anexohisterectomía por miomatosis uterina. Estudios endoscópicos sin evidencia de neoplasia maligna. Fue llevada a laparoscopia diagnóstica y biopsia peritoneal donde se encontró extenso compromiso de peritoneo y omento por lesiones nodulares quísticas de diferentes tamaños. Se tomaron múltiples biopsias.

**Resultados:** Se hizo laparoscopia diagnóstica y toma de biopsias sin complicaciones. Fue dada de alta el mismo día de la cirugía. En el seguimiento no se identifican complicaciones. El resultado histológico reporta compromiso por mesotelioma peritoneal multiquístico benigno

**Conclusiones:** El mesotelioma peritoneal multiquístico benigno es una entidad extremadamente rara, que afecta principalmente mujeres jóvenes. Su presentación es heterogénea y se dificulta el diagnóstico temprano y estandarización del manejo.

**03 - ID316****Neumatosis intestinal, una entidad peculiar***Janeth Camelo, Natalia Lasprilla, Jorge Gutiérrez*

Hospital Militar Central - Universidad Militar Nueva Granada

Janethcamelo@gmail.com , nati.lasprilla@gmail.com

**Introducción:** La neumatosis quística intestinal es una enfermedad caracterizada por la presencia de quistes de gas en la submucosa o subserosa del tracto intestinal, que generalmente se relaciona a enfermedades sistémicas. El hallazgo de neumoperitoneo y dolor abdominal con irritación peritoneal secundaria se explica por la ruptura de estos quistes, es por esto que, dependiendo del escenario, puede considerarse emergencia quirúrgica.

**Objetivos:** Presentar dos casos de pacientes con dolor abdominal e irritación peritoneal, ocasionado por neumatosis intestinal, en quienes se hizo el diagnóstico y tratamiento quirúrgico-médico.

**Materiales:** Se presentan dos casos de pacientes en la séptima y tercera década de la vida, sin antecedentes de importancia. Con cuadro clínico de dolor abdominal, irritación abdominal y hallazgos imagenológicos de neumoperitoneo, que fueron llevadas a manejo quirúrgico, encontrando neumatosis quística intestinal. Se completan estudio posoperatorios y manejo en cámara hiperbárica.

**Resultados:** Se realizó laparotomía con resección intestinal en el 1 caso y en el 2 caso laparoscopia con toma de biopsia; posterior a esto se completó el estudio infeccioso, viral e inmunológico, así mismo se dio manejo con medicina hiperbárica, obteniendo adecuados resultados.

**Conclusiones:** La neumatosis quística intestinal es una enfermedad de etiología incierta. Ocasionalmente es un hallazgo incidental, pero al tornarse sintomático, puede afectar la calidad de vida o complicarse dependiendo del área afectada; es por esto que los pacientes sintomáticos requieren tratamiento, eventualmente quirúrgico. Hacemos un aporte a la literatura mundial de dos casos de pacientes con presentación, manejo, y etiología diferente.

**03 - ID317****Neumoperitoneo a tensión: reporte de caso de una rara presentación del síndrome compartimental abdominal agudo***Manuel Cadena, Jaime Solano, Nicolás Caycedo, Daniel Gómez, Eric E. Vinck, Pedro Quiroga, Paula Gaetee*Fundación Santa Fe de Bogotá - Universidad El Bosque  
evinck518@gmail.com

**Introducción:** El neumoperitoneo a tensión es una forma severa y rara de neumoperitoneo, asociada a inestabilidad hemodinámica e insuficiencia respiratoria. Es una variante del síndrome compartimental abdominal que causa un aumento abrupto de la presión intraabdominal.

**Objetivos:** Presentar un caso de neumoperitoneo posterior a la resección endoscópica de mucosa, con desarrollo de síndrome compartimental abdominal, el cual fue tratado con descompresión percutánea.

**Materiales:** Paciente de 65 años de edad, con múltiples comorbilidades, quien presentó adenocarcinoma bien diferenciado localizado en el antro. Se reseccó la mucosa por endoscopia, y al finalizar el procedimiento se evidenció distensión abdominal, sin identificar perforación macroscópica. Se decidió manejo conservador y traslado a UCI. Posteriormente presentó una presión intraabdominal de 33mmHg, disnea y anuria, y se establece un síndrome compartimental abdominal.

**Resultados:** Según la clínica del paciente y sus múltiples comorbilidades, se decidió realizar descompresión percutánea guiada por tomografía computarizada, con mejoría del estado hemodinámico y adecuada evolución, sin requerimiento de intervenciones adicionales.

**Conclusiones:** El neumoperitoneo es una rara causa de síndrome compartimental abdominal, sin embargo, a medida que aumentan los procedimientos endoscópicos, se espera un aumento en la incidencia del síndrome compartimental abdominal secundario a neumoperitoneo. La definición actual de neumoperitoneo a tensión es incompleta, una mejor definición es síndrome compartimental abdomi-

nal secundario a neumoperitoneo. Se requiere una mayor investigación para definir el tratamiento de primera línea del síndrome compartimental abdominal. La descompresión percutánea puede ser una alternativa eficaz para evitar las complicaciones posteriores a una descompresión abdominal abierta.

### 03 - ID318

#### Obstrucción intestinal por vólvulos del ciego y colon sigmoides simultáneos: reporte de un caso y revisión de la literatura

Rafael Vergara, Álvaro Sánchez, Jessica Solano  
Fundación Clínica Shaio  
Appaloosa1991@gmail.com

**Introducción:** El vólvulo colónico es la tercera causa de obstrucción intestinal a nivel mundial, siendo más prevalente en el colon sigmoides, seguido por el cecal y de muy baja prevalencia, el simultáneo. Presentamos el caso de una paciente con cuadro de obstrucción intestinal, con aumento significativo de dolor y distensión abdominal durante la estancia en observación, por lo que se decidió llevar a laparotomía exploratoria con hallazgo de vólvulo de colon derecho, izquierdo y sigmoides, tratado con colectomía total e ileostomía, seguimiento con buena evolución clínica y posterior egreso hospitalario.

**Objetivos:** Presentar un caso de vólvulo de ciego y sigmoides en simultáneo, tratado con colectomía total e ileostomía con evolución clínica favorable.

**Materiales:** Paciente femenina de 80 años de edad, con cuadro de obstrucción intestinal; durante la estancia en la observación presentó aumento del dolor y distensión abdominal. Radiografía abdominal con dilatación colónica y niveles hidroaéreos escalonados.

**Resultados:** Dado a deterioro clínico durante a la estancia se llevó a laparotomía exploratoria, con hallazgos de dolicocolon, vólvulo de colon derecho, izquierdo y sigmoides obstructivos, y distensión de intestino delgado, sin necrosis. Se practicó colectomía total e ileostomía, con evolución postoperatoria favorable y posterior egreso hospitalario.

**Conclusiones:** El vólvulo del colon, sea derecho, izquierdo o bilateral, no es la causa más frecuente de obstrucción intestinal, pero debemos tenerla siem-

pre presente apoyados en estudios imaginológicos, para hacer un tratamiento oportuno y disminuir morbimortalidad.

### 03 - ID319

#### Obstrucción intestinal secundaria a absceso del uraco en paciente con obesidad mórbida

Paulo Cabrera Rivera, Carlos -J Perez Rivera, Lina Sanabria, Akram Kadamani, Carlos Román, Isabella Caicedo Holguín, Felipe Casas, Bayron Guerra, Manuel Mosquera Paz  
Fundación CardioInfantil  
cirujanosgenerales@cardioinfantil.org

**Introducción:** El remanente embriológico del uraco es inusual en pacientes adultos, con prevalencia de 0.063%. En casos de infección este puede causar abdomen agudo. Es una entidad de difícil diagnóstico por su ubicación extra-peritoneal y variación anatómica, generando variabilidad en presentación clínica. En caso de presentar infección se recomienda retirarlo para evitar futuras infecciones o conversión a malignidad.

**Objetivos:** Presentar el caso de un paciente con obesidad mórbida, con restricción para su movilidad por amputación supracondílea y diagnóstico de absceso en el uraco con compromiso intestinal y vesical, que requirió manejo por Cirugía General y Urología.

**Materiales:** Paciente femenina de 59 años de edad, con obesidad mórbida (IMC de 48.6 kg/m<sup>2</sup>), quien consultó por clínica de abdomen agudo y síntomas irritativos urinarios. TAC de abdomen evidencia absceso del uraco. Ante sospecha de íleo secundario a absceso, se llevó a laparoscopia exploratoria, sin embargo, la obesidad dificultó la técnica quirúrgica, por lo que se convirtió a laparotomía mediana, con evidencia de absceso que infiltra rectos abdominales, domo vesical y porción distal del íleon. Requirió manejo con Cirugía general y Urología.

**Resultados:** Se practicó drenaje del absceso, cistectomía parcial, resección del íleon y anastomosis latero-lateral. Adicionalmente, cubrimiento con antibiótico de amplio espectro. Paciente con evolución adecuada, sin complicaciones.

**Conclusiones:** Los abscesos del uraco son una entidad poco frecuente en adultos y de difícil diagnóstico. En este caso, la obesidad mórbida del paciente y la complejidad de la lesión dificultaron un abordaje convencional. La piedra angular del éxito para este caso requiere un manejo multidisciplinario por Cirugía General, Urología y Soporte Nutricional, obteniendo resultados sin complicaciones.

### 03 - ID320

#### **Obstrucción intestinal secundaria a íleo biliar. Reporte de un caso y revisión de literatura**

*David Leonardo Sánchez, Felipe Pulido, Angie Saavedra Vargas, Johana Caicedo Ramos*

Hospital Engativá  
ansaavedra@udca.edu.co

**Introducción:** El íleo biliar es una causa infrecuente de obstrucción intestinal, secundaria a paso de un cálculo biliar a través de una fistula colecistoentérica o iatrogénica durante una cirugía. Es una complicación principalmente de la coledocistitis con coledocistitis y en la mayoría de los casos se presenta en los adultos mayores. Su presentación es variable, ya que sus manifestaciones clínicas difieren debido al fenómeno de caída (“tumbling phenomenon”), refiriéndose a una migración del cálculo a través del tracto gastrointestinal.

**Objetivos:** Presentar un caso clínico para dar a conocer las dificultades del diagnóstico del íleo biliar y así mejorar el diagnóstico preoperatorio oportuno.

**Materiales:** Paciente con antecedente quirúrgico, quien presentó dolor abdominal en epigastrio y síndrome emético persistente; se realizó estudios de extensión evidenciando signos de obstrucción intestinal, para el cual se inició manejo médico. Debido a persistencia de síntomas y deterioro clínico se tomó tomografía computarizada con evidencia de proceso obstructivo mecánico a nivel ileocecal.

**Resultados:** Por hallazgos de la tomografía y persistencia de los síntomas se indica laparotomía de urgencia, con hallazgo de distensión de asas intestinales y cálculo biliar a nivel de válvula ileocecal.

**Conclusiones:** El íleo biliar se presenta con síntomas muy poco específicos, por lo cual se retrasa el

diagnóstico y la intervención quirúrgica. Para ello, se debe realizar oportunamente una tomografía computarizada y sospechar esta patología ante la presencia de los criterios de Rigler.

### 03 - ID321

#### **Osificación mesentérica heterotópica en un laparostoma fracturado, inusual hallazgo**

*David Guillermo Gómez Garnica, Camilo Bautista Vacca*

Universidad Militar Nueva Granada - Hospital Militar Central

Davinci290@hotmail.com

**Introducción:** La osificación mesentérica heterotópica abdominal es un hallazgo poco frecuente, que generalmente se desarrolla después de procedimientos quirúrgicos abdominales y puede causar complicaciones como obstrucción intestinal, perforación o fistula persistente.

**Objetivos:** Presentar el caso de un paciente quien ingresa a nuestra institución con fractura del laparostoma con hallazgo intra-operatorio de una gran osificación mesentérica heterotópica abdominal.

**Materiales:** Paciente de 69 años de edad, con múltiples antecedentes quirúrgicos, con fractura del laparostoma secundario a caída desde su propia altura y presencia de 3 orificios fistulosos, sin hallazgos conclusivos imaginológicos en la radiografía de vías digestivas. Se decidió llevar evaluación intra-operatoria de tracto gastrointestinal y posible reconstrucción.

**Resultados:** Se realizó cirugía de demolición abdominal, evidenciando fractura del laparostoma y fistula en 2 asas intestinales delgadas (Ileon-Yeyuno), con gran osificación intra-abdominal de 10 x 8 cm aproximadamente, adherida firmemente al mesenterio de las asas del intestino delgado, sin permitir punto de clivaje, por lo que se practica resección intestinal en bloque con la gran osificación y anastomosis.

**Conclusiones:** La osificación mesentérica heterotópica es una entidad muy poco frecuente, desarrollada en pacientes con cirugía abdominal mayor y manejo con abdomen abierto, con complicaciones abdominales crónicas. Hacemos el aporte a la literatura mundial de un caso excepcional.

**03 - ID322****Pancreatitis aguda secundaria a Losartan. Reporte de caso clínico en Hospital del Norte de Bogotá**

Martínez, Luis Eduardo, Palencia, César Alfonso, Moreno, María del Mar

Sub red integrada de servicios de salud Norte - USS Calle 80 - Hospital de Engativa - FUCS - Sabana cesar\_palencia\_rivero@hotmail.com

**Introducción:** La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio del parénquima del páncreas, cuyo principal síntoma es el dolor abdominal severo. Es causada en su mayoría por la presencia de cálculos biliares y la ingesta crónica de alcohol, y menos del 5% es atribuida a la ingesta de medicamentos, lo que hace que en la práctica clínica no sea una etiología altamente sospechada.

**Objetivos:** Describir por medio de un caso clínico ocurrido en un hospital de Bogotá Colombia, el caso de un paciente con pancreatitis aguda secundaria a la ingesta de Losartán.

**Materiales:** Se tomó como datos del caso clínico la anamnesis, el examen físico, los paraclínicos y las imágenes diagnósticas, todos registrados durante la estancia hospitalaria del paciente. Se comparó con literatura publicada en la base de datos Pubmed usando como términos MESH “acute pancreatitis” “drug induce” “case report”.

**Resultados:** Posterior a la toma de paraclínicos e imágenes diagnósticas, con los cuales se comprobó el diagnóstico de pancreatitis y se descartó que tuviera causas biliares obstructivas, alcohólicas, metabólicas por hipertrigliceridemia o autoinmunes, se infirió como causa final una pancreatitis aguda secundaria a la ingesta de Losartán, medicamento que el paciente había empezado a ingerir dos meses antes del inicio del cuadro clínico.

**Conclusiones:** Se determina que, aunque son pocos los casos de pancreatitis aguda secundaria a la ingesta de medicamentos, estos deben ser tenidos en cuenta debido al alto consumo de Losartán en la población.

**03 - ID323****Perforación de íleon distal por espina de pescado: reporte de caso**

Lozada Martínez Iván David, Bolaño Romero María Paz, Ponneffz Florez Jaime Enrique, Muñoz Murillo Willfrant Jhonathan, Núñez Rojas Gian Alberto, Miranda Escandon Vivian Piedad

Universidad de Cartagena  
ivandavidloma@gmail.com

**Introducción:** A pesar de la incidencia relativamente común de ingestión accidental de cuerpos extraños en la población general, se estima que muy pocas veces provocan perforación intestinal u otras complicaciones.

**Objetivos:** Presentar el caso de un paciente con cuadro consistente en dolor abdominal en fosa iliaca derecha, posterior a esfuerzo físico al defecar, motivo por el cual se realizó una ecografía abdominal, encontrándose asas intestinales hipotónicas y engrosadas (4-5mm) y proceso inflamatorio intestinal.

**Materiales:** Se realizó una revisión crítica de la literatura en diferentes bases de datos, con el fin de analizar la valoración y el manejo del cuadro clínico presentado, basándonos en nuestro reporte de caso.

**Resultados:** La revisión de la literatura, muestra que la mayoría de las veces el diagnóstico de perforación es difícil debido a la gran variedad de sitios de lesión; los pacientes pueden presentar fiebre y dolor abdominal. Informes anteriores muestran que el 83% de todas las perforaciones causadas por cuerpos extraños ocurren en el íleon, seguida por el colon rectosigmoide. La perforación en estas áreas puede ser complicada por la formación de abscesos y la peritonitis.

**Conclusiones:** Debido a su alta reflectividad y varias sombras de fondo, los cuerpos extraños que son radiolucidos, tal como la espina de pescado, pueden ser detectados mediante el uso de ultrasonido; los cambios en los tejidos que rodean las perforaciones y el contenido luminal de las superficies, se podrían evaluar en los intestinos. Con respecto a la intervención, la cirugía es el tratamiento de elección para reparar cualquier perforación causada por cuerpo extraño.

**03 - ID324****Pericarditis secundaria a ruptura transdiafragmática de absceso hepático piógeno: reporte de caso**

*Ileana Bautista Parada, Silvia Guerrero Macias*  
Hospital Universitario de Bucaramanga  
Ibautista4@hotmail.com

**Introducción:** La ruptura del absceso hepático es una complicación infrecuente, descrita hasta en el 3.8% de los casos. La mayoría de las veces el drenaje se da hacia la pleura o espacio perihepático; el drenaje al pericardio es una de las causas más raras de pericarditis y una complicación potencialmente mortal

**Objetivos:** Describir la presentación clínica y el manejo de la pericarditis secundaria a la ruptura de absceso hepático piógeno

**Materiales:** Se realizó un análisis descriptivo de los hallazgos clínicos, imagenológicos, intraoperatorios y de la evolución postquirúrgica.

**Resultados:** Paciente femenina de 54 años de edad, quien consultó al servicio de urgencias por dolor abdominal epigástrico, fiebre y deterioro del estado general de una semana de evolución; se realizó estudio tomográfico que informó extensa colección subcapsular hepática en lóbulo izquierdo, de 7x16x15 cm, con múltiples septos en su interior, colección subfrénica derecha, engrosamiento de las paredes del pericardio, con realce del mismo y moderada cantidad de líquido. Se practicó drenaje quirúrgico de la colección hepática y ventana pericárdica, obteniendo gran cantidad de material purulento; la colección subfrénica se drenó mediante catéter percutáneo pues no se logró acceder durante el procedimiento quirúrgico. Se aisló *K.pneumoniae* como agente causal, se administró tratamiento antibiótico durante 4 semanas, con posterior egreso sin complicaciones

**Conclusiones:** La pericarditis secundaria a ruptura de absceso hepático es una complicación infrecuente, que requiere un diagnóstico y manejo precoz, que permitan disminuir la morbimortalidad asociada al proceso séptico y las complicaciones hemodinámicas derivadas del choque cardiogénico producido por taponamiento cardíaco.

### 03 - ID325

**Quiste mesentérico gigante: reporte de caso**

*Carlos Mauricio Martínez Montalvo, Sergio Andrés Siado Guerrero, Marcela Osorio Santos, Andres Felipe Soto Wisman, Robertson Orozco Escudero, Héctor Conrado Jiménez Sánchez*  
Universidad Surcolombiana  
Carlitos220792@gmail.com

**Introducción:** una condición poco frecuente, en su mayoría benigno, con presentación clínica inespecífica, que varía desde dolor abdominal, hasta obstrucción intestinal o abdomen agudo, por lo cual su diagnóstico y tratamiento suele retrasarse.

**Objetivos:** Revisión de literatura y presentación de caso clínico de paciente con quiste mesentérico gigante.

**Materiales:** Revisión de historia clínica de un paciente hombre de 38 años de edad, sin antecedentes personales, con cuadro de dolor abdominal, sin criterios de abdomen agudo y sin signos de obstrucción intestinal, con estudios iniciales normales, a quien ante no mejoría con manejo médico, se le realizó ecografía con evidencia de lesión retroperitoneal izquierda de 16 x14x9 cm multiseptada.

Búsqueda sistemática en bases de datos como Pubmed, SciELO, Elsevier y otros.

**Resultados:** Se realizó caracterización tomográfica y mediante resonancia magnética, con evidencia de lesión en cuerpo y cola de páncreas con extensión a bazo, de 13x8.7 cm. Se decidió intervención quirúrgica mediante laparotomía, con hallazgos de lesión en meso del colon transversal, hacia ángulo esplénico, de 15x20 cm, de aspecto quístico, con adherencia a bazo, cola de páncreas y colon. Se resecó el quiste junto con esplenectomía, pancreatomectomía parcial y colectomía parcial.

**Conclusiones:** El quiste mesentérico es una patología de baja incidencia y poca especificidad en síntomas. Se presenta un caso clínico donde las imágenes y sospecha clínica fueron esenciales para el diagnóstico y abordaje quirúrgico, con desenlace quirúrgico y evolución postoperatoria adecuada.

### 03 - ID326

**Reparo de hernia diafragmática izquierda posttraumática encarcelada: Reporte de un caso**

*Natalia Andrea Rivera Rincón, Paula Liliana Torres Gómez,  
Dínimo José Bolívar*  
Hospital Universitario Mayor Méderi  
Nataliaa.rivera@urosario.edu.co

**Introducción:** La hernia diafragmática crónica postraumática, constituye uno de los principales desenlaces negativos de las heridas toracoabdominales, en trauma penetrante y cerrado. El alto índice de sospecha en el abordaje inicial del paciente, constituye el pilar en el diagnóstico y en el tratamiento temprano asertivo.

**Objetivos:** Presentar un caso clínico de hernia diafragmática crónica postraumática encarcelada.

**Materiales:** Paciente de 32 años de edad, con cuadro de 48 horas de evolución de dolor torácico en hemitórax izquierdo, con asimetría torácica y ausencia de murmullo vesicular basal. Antecedente de herida penetrante toracoabdominal hacía 14 años, en sexto espacio intercostal con línea axilar posterior. Al ingreso, se estudió con radiografía de tórax y abdomen, mostrando derrame pleural izquierdo e imagen sugestiva de asa intestinal a nivel de cavidad torácica ipsilateral.

**Resultados:** Se caracterizó hallazgo, con TACAR, evidenciando hernia diafragmática encarcelada, con ángulo esplénico del colon en su interior y signos de obstrucción retrógrada. Se realizó manejo quirúrgico mediante abordaje por laparotomía mediana, con maniobra de Pinotti, logrando reducción de hernia, resección de saco y reparo de hernia diafragmática izquierda, más omentectomía total por laparotomía y toracostomía cerrada izquierda, con evolución clínica satisfactoria, logrando resolución de síntomas y egreso a las 48 horas de la intervención.

**Conclusiones:** La hernia diafragmática crónica postraumática es una condición patológica bien descrita, sin embargo, la falta de sospecha diagnóstica en el abordaje agudo del paciente con historia de lesión penetrante toracoabdominal, desencadena lesiones inadvertidas que conducen al desarrollo de complicaciones potencialmente fatales, donde el manejo quirúrgico sigue constituyendo el estándar de oro.

### 03 - ID327

#### **Resección quiste esplénico gigante no parasitario por laparoscopia en un hospital universitario en Bogotá, Colombia**

*Carlos Lopez, Patricia Parra, Álvaro Silva, Erika Benito, Eliana Agudelo, Laura Silva*  
Universidad El Bosque  
Erikabenito16@gmail.com

**Introducción:** Las lesiones quísticas esplénicas son entidades inusuales en nuestro país y en general a nivel mundial, la mayoría son asintomáticas y su diagnóstico se ha incrementado por el acceso a las diferentes técnicas imaginológicas; la tomografía de abdomen es el estudio de elección. Su tratamiento se ha descrito desde manejo conservador, con altas tasas de recidiva, hasta el tratamiento quirúrgico, por vía abierta o mínimamente invasiva, esta última de preferencia por las menores tasas de complicación postoperatoria.

**Objetivos:** Presentar el manejo quirúrgico por laparoscopia del quiste esplénico gigante.

**Materiales:** Se presenta el caso de un paciente con múltiples comorbilidades asociadas, con quiste esplénico gigante, no parasitario, al que se le hizo resección completa por vía laparoscópica.

**Resultados:** Paciente de 50 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus tipo II y enfermedad renal crónica, y cuadro de dos meses de evolución de sensación de masa en hemiabdomen izquierdo, asociado a dolor abdominal. Ecografía abdominal evidenció quiste simple gigante en riñón izquierdo, por lo que se realizó tomografía de abdomen contrastada, con evidencia de quiste complejo del bazo de 16x12x15 cm de diámetro, que rechaza el riñón, estómago y asas intestinales. Se resecó el quiste por laparoscopia, procedimiento sin complicaciones, sin recidiva en seguimiento.

**Conclusiones:** Los quistes esplénicos son entidades infrecuentes, en los que el manejo quirúrgico es de elección, teniendo en cuenta factores de riesgo y comorbilidades del paciente, además de las características propias del quiste. La cirugía laparoscópica es un abordaje con gran eficacia, en la que se logra la

resección completa del quiste con menores tasas de complicaciones postoperatorias.

### 03 - ID328

#### Revisión sistemática: apendicitis aguda y plastrón apendicular. Una mirada actual

*Norma Caballero, David Sánchez*

Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales (UDCA)

normacaballero97@hotmail.com

**Introducción:** La apendicitis aguda (AA) es una de las patologías quirúrgicas más frecuentemente reconocidas en los últimos años y cuya prevalencia es del 8%.

**Objetivos:** Evidenciar actualizaciones frente al diagnóstico y manejo de apendicitis aguda y plastrón apendicular.

**Materiales:** Se realizó una revisión sistemática en las diferentes bases de datos como Pubmed, Ebsco, Proquest, ClinicalKey, ELSEVIER, Sciencedirect; aplicando los criterios de inclusión y exclusión, encontrando un total de 20 artículos.

**Resultados:** Se abordan puntos clave como fisiopatología, causas, diagnóstico y tratamiento, tanto quirúrgico como antibiótico, teniendo en cuenta los diferentes rangos etarios y en mujeres gestantes.

**Conclusiones:** Sigue siendo un desafío realizar un diagnóstico certero de apendicitis aguda, y además se incluye el tema del plastrón apendicular, ya que al tener baja prevalencia no se da la suficiente importancia y se puede incurrir en un manejo incorrecto del mismo.

### 03 - ID329

#### Síndrome de cáscara de manzana (apple peel)

*Iván Jiménez, Bleidis Espinosa, Luis Ramón Moreno, Katerine López, Carlos Esquivia*

Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja

Katerinelopez707@gmail.com

**Introducción:** El síndrome de cáscara de manzana (apple peel) es una rara causa de obstrucción intestinal. Dentro de la fisiopatología se describe eventos vasculares intrauterinos, a nivel del intestino delgado, asociándose a atresia yeyunal e ileal. El diagnóstico de esta entidad suele ser prenatal, el

manejo es quirúrgico y tiene una alta tasa de mortalidad y morbilidad.

**Objetivos:** compartir nuestra experiencia: se presenta un caso clínico

**Materiales:** Caso clínico en producto de primera gestacion, feto unico vivo, a término, adecuado peso y apgar al momento del nacimiento, en quien se identificó gastrosquisis que se corrigió en las primeras 24 horas de nacido, observando intestino delgado con apariencia de cascara de manzana (apple peel), así como atresia de yeyuno alto, que se corrigió con manejo quirúrgico y posteriormente nutrición enteral.

**Resultados:** El diagnóstico prenatal favorece el manejo adecuado de este tipo de patologías, sin embargo, dada la localización de la atresia intestinal y la pobre vascularización del intestino delgado, la evolución suele ser tórpida, requiriendo una estancia hospitalaria prolongada y nutrición enteral por un largo periodo de tiempo.

**Conclusiones:** El síndrome de cáscara de manzana (apple peel) es una patología infrecuente; suele hacerse diagnóstico prenatal, lo que favorece el manejo quirúrgico oportuno.

### 03 - ID330

#### Trauma pancreático: un reto para el cirujano

*Paulo Cabrera Rivera, Carlos -J Pérez Rivera, Lina Sanabria, Akram Kadamani, Carlos Román, Isabella Caicedo Holguín, Felipe Casas, Bayron Guerra, Manuel Mosquera Paz*

Fundación CardioInfantil

cirujanosgenerales@cardioinfantil.org

**Introducción:** La lesión por traumatismo pancreático cerrado, según su clasificación, es un desafío diagnóstico y de tratamiento para el Cirujano General. Un retraso en su diagnóstico se asocia con altas tasas de mortalidad.

**Objetivos:** Presentar un enfoque multidisciplinario del trauma pancreático grado III, manejado de manera expectante.

**Materiales:** Una revisión de la literatura y reporte de caso clínico de un paciente masculino de 20 años de edad, con historia clínica de trauma abdominal

cerrado 10 días antes, quien ingresa al servicio de urgencias con historia de 8 horas de dolor abdominal, localizado en epigastrio, irradiado a la espalda, con una intensidad de 10/10. Asociado a vómito de contenido biliar y diarrea.

**Resultados:** TAC de abdomen evidenció colección necrótica aguda de 60 ml, y en RMN se observó colección pancreática, con extensión peripancreática, asociada a solución de continuidad extensa y dilatación distal del cuerpo y la cola del páncreas, correspondiente a fractura traumática del páncreas. Se llevó a ColangioRMN encontrando disrupción del conducto pancreático principal a nivel del cuello del páncreas.

Se realizó Junta medico quirúrgica con los grupos de Cirugía General, Gastroenterología y Radiología, y se decidió continuar manejo medico por adecuada evolución clínica del paciente, y control en una semana en consulta externa, con resultado SHORT FORM 36 de 80%.

**Conclusiones:** Las lesiones pancreáticas posteriores a un traumatismo abdominal cerrado tienen una incidencia baja de 0.2 a 0.3%. El manejo de este tipo de lesiones es complejo y la piedra angular es un enfoque multidisciplinario, que requiere la participación activa de todos los miembros de cirugía general, nutrición, gastroenterología y radiología.

### 03 - ID331

#### Tumor neuroendocrino del apéndice cecal, reporte de un caso

*Catalina Castañeda Motta*  
Fundacion CardioInfantil  
Catalina103\_3@hotmail.com

**Introducción:** Los tumores neuroendocrinos se originan de las células neuroendocrinas de la mucosa del tracto gastrointestinal. Su localización en el apéndice cecal es la más frecuente, junto con el íleon, seguido del recto, estómago y colon. Presenta una incidencia anual de 1 a 100.000 habitantes por año, entre la tercera y cuarta década de la vida, como diagnóstico incidental en apendicectomías por apendicitis aguda. Raramente presentan metástasis o síndrome carcinoide. El tratamiento depende de

factores como el tamaño y la localización del tumor, la infiltración local, el tipo histopatológico y la edad del paciente.

**Objetivos:** Dar a conocer el caso de tumor neuroendocrino del apéndice cecal, y su importancia en el reconocimiento y factores pronósticos, ya que es vital tener en cuenta que elementos como el tamaño del tumor modifican el abordaje y manejo quirúrgico.

**Materiales:** Presentamos el caso de una paciente de 21 años de edad, sin antecedentes, quien fue llevada a apendicectomía por laparoscopia, por diagnóstico imagiológico de apendicitis aguda.

**Resultados:** El resultado de patología documentó apendicitis gangrenosa y tumor neuroendocrino de la punta del apéndice cecal con bordes negativos.

**Conclusiones:** Los tumores carcinoides del apéndice cecal son difíciles de diagnosticar preoperatoriamente, por lo que el estudio patológico en el espécimen quirúrgico es vital. Se deben tener en cuenta siempre factores pronósticos, para definir el manejo ideal.

### 03 - ID332

#### Un raro caso de hernia de Garegeot resuelto por abordaje laparoscópico

*Alfonso M., Mosquera F., Perdom M, Ricaurte, A.*  
Hospital Universitario Mayor Méderi  
mosqueragonzalez@gmail.com

**Introducción:** La hernia de Garegeot es una rara presentación de la hernia femoral. Pocas veces se ha descrito en la literatura el manejo por vía laparoscópica.

**Objetivos:** Reportar un caso de hernia femoral con contenido de apéndice cecal, en un paciente que consultó al departamento de urgencias de un hospital de Bogotá, Colombia.

**Materiales:** Paciente de 66 años de edad, con historia de dolor abdominal en fosa ilíaca derecha, náuseas y vómito, cuadro compatible con apendicitis aguda. Fue llevado a apendicectomía laparoscópica encontrando apéndice cecal fibrinopurulento, encamado en defecto femoral. Se realizó apendicectomía y reparo de hernia femoral con técnica TAPP. Paciente con egreso al siguiente día postoperatorio.

**Resultados:** Se trata del cuarto caso de Hernia de Garengot resuelto por abordaje laparoscópico en la literatura, con adecuada evolución. Se realizó manejo de su defecto herniario mediante técnica TAPP, la cual permite realizar la reducción del apéndice y de la hernia, determinando también la contaminación de la cavidad abdominal y el uso de malla durante el mismo procedimiento. Se considera el abordaje por técnica TAPP el más común y con un excelente resultado.

**Conclusiones:** El abordaje laparoscópico con técnica TAPP es una excelente alternativa para el diagnóstico, evaluación de la cavidad abdominal y resolución de la condición inflamatoria (apendicitis aguda) y de la hernia femoral en el mismo tiempo quirúrgico.

### 03 - ID333

#### **Vólvulo cecal en embarazada, una entidad infrecuente como causa de abdomen agudo**

*Mauricio Pedraza Ciro, Juan Guillermo Ramos, María Cristina Geney, Daniela Moreno*  
Universidad El Bosque - Hospital Universitario Clínica San Rafael  
Mpedraza93@gmail.com

**Introducción:** El vólvulo cecal en el embarazo es una patología infrecuente a nivel mundial, que suele tener un desenlace ominoso cuando no se hace un diagnóstico temprano y enfoque terapéutico adecuado. Su diagnóstico aún resulta ser un reto clínico, ya que la realización de imágenes diagnósticas en esta población es limitada y la sintomatología presentada puede acompañarse en patologías benignas y relacionadas con cambios fisiológicos propios del embarazo.

**Objetivos:** Reportar la experiencia de enfoque diagnóstico y manejo quirúrgico de una patología muy infrecuente a nivel mundial, que resulta en un diagnóstico diferencial en el enfoque de dolor abdominal en la embarazada.

**Materiales:** Se hizo una revisión retrospectiva de la historia clínica y paraclínicos de pacientes ingresados en el hospital Universitario Clínica San Rafael, y posterior análisis con una búsqueda de la literatura mundial.

**Resultados:** Se presenta reporte de caso de mujer embarazada en segundo trimestre, quien presentó abdomen agudo con hallazgo de vólvulo cecal y sufrimiento fetal, razón por la que fue llevada a cesárea de urgencia y posterior manejo con cecectomía y anastomosis latero- lateral ileo cólica a nivel del transversal, con mortalidad materna.

**Conclusiones:** El vólvulo cecal es una rara entidad, que resulta ser un diagnóstico diferencial en el abdomen agudo de la embarazada. Esta patología tiene un pronóstico ominoso, en donde pueden presentarse desenlaces maternos y perinatales adversos, con gran morbilidad y mortalidad materno-fetal.

### 03 - ID334

#### **Vólvulo del sigmoide y del ciego como manifestación gastrointestinal de esclerosis sistémica**

*Alfonso Carlos Márquez Ustariz, Claudia Marcela Echeverri Gómez*  
Pontificia Universidad Javeriana  
alcamarus23@hotmail.com

**Introducción:** El vólvulo corresponde al 6% de todas las obstrucciones intestinales, y de éstos, el más frecuente es el del sigmoide. Los pacientes con esclerosis sistémica tienen una predisposición anatómofisiológica a presentar vólvulo, y en general tienen un compromiso gastrointestinal en el 90% de los casos. Adicionalmente, la mayoría de pacientes con esclerosis tienen malabsorción y desnutrición proteico-calórica severa.

**Objetivos:** Reportar un caso interesante, de una patología poco frecuente y realizar una revisión de las afecciones gastrointestinales de la esclerosis sistémica.

**Materiales:** Reporte de caso con resumen e imágenes radiológicas y quirúrgicas

**Resultados:** Paciente con vólvulo del sigmoide y del ciego, secundarios a esclerosis sistémica, que requirió manejo quirúrgico con colectomía total.

**Conclusiones:** El vólvulo del ciego y del sigmoide en una misma paciente es una entidad poco frecuente. En pacientes con esclerosis sistémica la afección del tracto gastrointestinal está presente en el 90% de los casos y debe generar la sospecha diagnóstica de

un vólvulo al momento de presentarse con obstrucción intestinal. El manejo del vólvulo es la resección quirúrgica del segmento afectado y, en el caso de presentarse en pacientes con esclerosis sistémica, se debe intentar mantener la continuidad del tracto gastrointestinal para evitar las complicaciones asociadas a una ostomía, la desnutrición secundaria y la malabsorción, que pueden llevar a una falla intestinal.

### 03 - ID335

#### Vólvulo gástrico mesentericoaxial, reporte de caso y revisión de la literatura

*Jorge Alejandro Gonzalez, Diego Felipe Tellez, Alfonso Carlos Marquez*

Hospital Universitario San Ignacio - Pontificia Universidad Javeriana

Ja.gonzalez@javeriana.edu.co

**Introducción:** El vólvulo gástrico es una entidad rara, con un pico de mayor incidencia a los 50 años, sin tener diferencia entre hombres y mujeres. El vólvulo gástrico es una obstrucción intestinal en asa cerrada, secundario a una rotación de más de 180° del estómago o sus partes, sin conocerse su incidencia y prevalencia. Sin embargo se reporta una mortalidad del 42 a 56% por perforación, necrosis o isquemia.

**Objetivos:** Presentar el caso clínico de un paciente con esta entidad clínico-quirúrgica rara, estableciendo su epidemiología, presentación clínica y tratamiento inicial y quirúrgico.

**Materiales:** Se trata de trabajo de presentación de caso clínico y revisión de la literatura mediante búsqueda en base de datos y revistas indexadas, con términos MeSH

**Resultados:** Se trata de paciente masculino, con cuadro clínico de dolor abdominal súbito, con distensión abdominal y múltiples episodios eméticos, sin antecedentes quirúrgicos abdominales, en quien se realiza una radiografía de abdomen simple con evidencia de gran nivel hidroaéreo en meso y epigastrio. Se decide llevar a laparotomía exploratoria donde se encuentra la cámara gástrica distendida, con vólvulo mesentérico axial. Se practica gastropexia y gastrostomía. No se encontró hernia hiatal. Posteriormente inició vía oral con tolerancia ade-

cuada. En los controles posoperatorios, el paciente permanecía asintomático.

**Conclusiones:** El tratamiento quirúrgico es urgente, evitando las complicaciones, como isquemia, necrosis y perforación. Dentro de las posibilidades quirúrgicas está la cirugía de Tanner, que consiste en reparo de la hernia diafragmática y gastropexia con división del ligamento gastro-cólico; la cirugía de Opozler, que consiste en gastropexia antral y fúndica con corrección de hernia diafragmática. En casos complicados se requiere de gastrectomía.

En nuestro caso se realiza un diagnóstico oportuno, evitando complicaciones del vólvulo gástrico, tales como isquemia. Teniendo en cuenta lo revisado en la literatura, se hizo el manejo adecuado, con buena respuesta clínica, evitando complicaciones.

### 03 - ID336

#### Vólvulos gástrico mesoaxial: caso clínico.

*Alfonso Márquez Ustariz, Diego F. Téllez Beltrán, Alejandro González Muñoz*

Pontificia Universidad Javeriana - Hospital Universitario San Ignacio

diegotellez6@gmail.com

**Introducción:** A pesar de ser una patología poco frecuente, el vólvulo gástrico debe ser tenido en cuenta como diagnóstico diferencial en el paciente con obstrucción intestinal.

**Objetivos:** Presentar un caso clínico infrecuente de un paciente con vólvulo gástrico mesoaxial primario

**Materiales:** Historia clínica y material audiovisual de caso de un paciente masculino de 57 años de edad, quien consultó al servicio de urgencias por dolor abdominal de 36 horas de evolución, asociado a marcada distensión abdominal e intolerancia completa a la vía oral.

**Resultados:** En contexto de paciente con obstrucción intestinal, se inició manejo médico y, posteriormente se evidenció en radiografía de tórax y abdomen, un único nivel hidroaéreo de gran tamaño, por lo cual se programó para laparotomía exploratoria, con sospecha de vólvulos gástrico. Se caracterizó

como principal hallazgo quirúrgico un vólvulo gástrico mesoaxial primario de gran tamaño, el cual se corrigió y se fijó a la pared abdominal, en una intervención exitosa, sin complicaciones.

**Conclusiones:** El vólvulo gástrico debe ser intervenido rápidamente, para disminuir la probabilidad de aparición de complicaciones importantes.

## EDUCACIÓN

### 03 - ID337

#### Evaluación de competencias transversales en módulos selectivos en la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes

*María Elena Velásquez Acosta, María Teresa Gómez Lozano, Elena María Trujillo Maza*

Universidad de los Andes - Fundación Santa Fe de Bogotá  
me.velasquez@uniandes.edu.co

**Introducción:** Módulos selectivos son un componente curricular de la Facultad de Medicina, en el cual los futuros médicos Uniandinos tienen la oportunidad de conocer diferentes áreas de énfasis como cirugía general y sus subespecialidades, a nivel clínico y de investigación. Esto les permite adquirir herramientas para seleccionar adecuadamente en cuál de ellas quieren profundizar semestres superiores y/o estudios de posgrado.

Reconociendo la importancia de las competencias transversales, diseñamos un sistema de evaluación

para valorar competencias de comunicación, ética y profesionalismo.

**Objetivos:** Presentar el sistema de evaluación diseñado y las percepciones de los estudiantes sobre su utilidad.

**Materiales:** Estudio exploratorio, cualitativo, para caracterizar las percepciones de los estudiantes sobre el sistema de evaluación.

**Resultados:** Dentro las fortalezas encontradas, el sistema de evaluación involucró a los estudiantes en este proceso, evaluó en forma explícita competencias de comunicación, ética y profesionalismo y fomentó la autonomía del estudiante.

Entre las debilidades encontradas, fue evidente que solo algunos de los profesores y de los estudiantes estuvieron comprometidos con el nuevo sistema de evaluación.

En cuanto a las oportunidades de mejora, identificamos que sería importante que el estudiante estableciera sus objetivos de aprendizaje, diferentes a los que plantea el profesor, al inicio de la rotación y al final, reflexionara sobre su nivel de logro. Otro de los aspectos, es propender por procesos de retroalimentación formativa.

**Conclusiones:** En las rotaciones de cirugía general y las subespecialidades, así como en otras rotaciones, la evaluación debe ser parte del proceso de aprendizaje y debe incluir al estudiante.

# Índice de títulos

## Trabajos Libres

### CABEZA Y CUELLO

Colgajo supraclavicular como opción de reconstrucción en neoplasias de cabeza y cuello. Reporte de casos ..... 7

Evaluación del hipotiroidismo después de tiroidectomía parcial. Factores de riesgo.....7

Experiencia institucional en cáncer de tiroides diferenciado localmente avanzado .....8

Manejo endoscópico de las glándulas salivales .....8

Quiste tirogloso en adultos .....9

Reconstrucción de cavidad oral con colgajo pediculado submandibular .....9

Reconstrucción primaria del nervio facial con injerto del nervio grande auricular.....10

Tratamiento de defectos maxilo-mandibulares usando reconstrucción 3D y placas a la medida con colgajos microvasculares : experiencia institucional de 60 casos ..... 10

Utilidad del colgajo de interposición muscular en la prevención del síndrome de Frey posterior a parotidectomía ..... 10

### MAMA Y TEJIDOS BLANDOS

Predictive factors for the local and distant metastasis of phyllodes tumors of the breast in patients from the South Colombian region: a nine-year period analysis ..... 11

### TÓRAX

Succión pleural negativa en pacientes con hemotórax retenido: experiencia en hospital de trauma .....11

Toracostomía abierta: en ocasiones la mejor opción .12

### PARED ABDOMINAL

Experiencia inicial de herniorrafia inguinal abierta versus laparoscópica en centro asistencial de tercer nivel en centro urbano de 100.000 habitantes.....12

Fijaciónn de malla con sutura intracorporea en herniorrafia inguinal laparoscópica.....13

Herniorrafia inguinal con malla en heridas contaminadas o sucias, a propósito de una serie de casos ....14

### ENDOSCOPIA QUIRÚRGICA

Manejo endoscópico con estents metálicos cubiertos en fugas anastomóticas esofagogástricas cervicales por patología maligna .....14

Manejo endoscópico de coledocolitiasis por cálculos difíciles en pacientes adulto mayor: Stent y dilataciones neumáticas. Serie de casos .....15

Retención de cápsula endoscópica, una nueva enfermedad médico quirúrgica: propuesta de algoritmo terapéutico.....15

### CIRUGÍA GASTROINTESTINAL

Abordaje laparoscópico y endoscópico para el tratamiento de los tumores del estroma gastrointestinal: serie de casos.....16

Escisión de lesión rectal transanal mínimamente invasiva (TAMIS) por robot: serie de casos como una alternativa para el cirujano.....	16
Esofagectomía mínimamente invasiva completamente asistida por robot: primer reporte en Colombia .....	17
Experiencia de la cirugía mínimamente invasiva asistida por robot para el cáncer gástrico: serie de casos del Instituto Nacional de Cancerología .....	17
Experiencia en cirugía colorrectal del Servicio de cirugía gastrointestinal oncológica del Hospital Pablo Tobón Uribe .....	18
Experiencia inicial en colectomías derechas por laparoscopia de un programa de estancia corta .....	18
Gastreotomía laparoscópica en pacientes con cáncer avanzado en el Hospital Universitario Erasmo Meoz de Cúcuta.....	19
Hemicolectomía derecha con resección duodenal en cancer de colon: Caso en hospital oncológico de IV Nivel en Bogotá.....	19
Impacto socioeconómico en el manejo de la pancreatitis aguda severa de origen biliar.....	20
Manejo inadecuado del páncreas anular. Reporte de un caso y revisión de la literatura.....	20
Resección anterior de recto mínimamente invasiva con escisión mesorrectal transanal en el Instituto Nacional de Cancerología: reporte de caso .....	21

## CIRUGÍA BARIÁTRICA

Cirugía bariátrica de revisión en el Hospital Universitario San Ignacio.....	21
La sobresutura del remanente gástrico reduce las complicaciones independientemente del IMC en bypass gástrico.....	22
Retracción hepática asistida con imanes en cirugía bariátrica.....	22
Trombosis esplénica y porto mesentérica posterior a cirugía bariátrica en el manejo de la obesidad mórbida: Reporte de un caso.....	23

## COLON Y RECTO

Enfermedad diverticular: enfoque diagnóstico, terapéutico y resultados clínicos del Centro Médico Imbanaco en Cali.....	23
Evaluación de la respuesta patológica al tratamiento neoadyuvante en cáncer de recto. Experiencia del Instituto de Cancerología “Las Américas” durante el período 2011-2018 .....	24
Genética en cáncer colorrectal .....	24
Pesquisa de cáncer colorectal en pacientes con sangre oculta en heces fecales positiva.....	25
Pólipos de colon: hallazgos endoscópicos y su importancia para una buena práctica clínica .....	26
Risk factors for prolonged postoperative ileus in colorectal surgery: A systematic review and meta-analysis.....	26
Trombectomía más fleboextracción: una técnica alternativa en el manejo de la enfermedad hemorroidal externa trombosada .....	27

## HEPATOBILIAR

Abordaje percutáneo como tratamiento de la disrupción del ducto del páncreas.....	27
ALPPS y MINIALPPS: Alternativas entre las técnicas de hipertrofia hepática. Presentación de dos casos en patología hepática de origen no colorrectal.....	28
Cirugía de Frey en el manejo de pancreatolitiasis. Experiencia de un centro de cirugía hepatobiliar en Bogotá, Colombia.....	29
Cirugía de hígado preservadora de parénquima por laparoscopia.....	29
Drenaje biliar percutáneo para estenosis benignas y malignas de la vía biliar, experiencia en centro universitario de tercer nivel.....	29
Estrategias no quirúrgicas para disminuir la incidencia de complicaciones posteriores a duodenopancreatometomía cefálica .....	30
Evaluación de la supervivencia a largo plazo en pacientes sometidos a resección radical de cáncer de páncreas.....	30

Laparoscopic cholecystectomy and common bile duct exploration using choledochotomy and primary closure following failed ERCP: Multicentric comparative study 3-port versus multiport.....31

Simplified laparoscopic bile duct reconstruction: novel surgical approach for bile duct injury.....31

Trends and outcomes of pancreaticoduodenectomy for periampullary tumors: a single center study of 14 consecutive cases. ....32

Validación del score de fistula pancreática.....32

## VASCULAR

Abordaje quirúrgico de paciente con aneurisma de aorta abdominal roto .....33

Endarterectomía carotídea en pacientes con estenosis carotídea: un procedimiento seguro en pacientes mayores – Un estudio retrospectivo en el Hospital Universitario Mayor Méderi.....33

Procedimiento de NAIS (neoaortoiliac system): reporte de 3 casos.....34

Serie de casos y revisión de la literatura en osificación heterotópica mesentérica.....34

## ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA

Caracterización de pacientes con tumores neuroendocrinos en un hospital de referencia de alta complejidad..... 35

Frecuencia de complicaciones, recidiva, infertilidad y muerte en pacientes con endometriosis de la pared abdominal en el Hospital de San José en Bogotá, Colombia .....35

Frecuencia de complicaciones, recidiva, infertilidad y muerte en pacientes con endometriosis de la pared abdominal en el Hospital de San José en Bogotá, Colombia .....36

Infiltración linfovascular como factor predictor de metástasis ganglionares en adenocarcinoma gástrico ..... 36

## TRAUMA

Association between nationwide peace negotiations and mortality among antipersonnel landmine victims in Colombia ..... 37

Caracterización de pacientes con trauma esplénico atendidos en un hospital de tercer nivel entre enero de 2000 y diciembre de 2017..... 37

Delaying intubation until operating room arrival reduces transfusion needs..... 38

El volumen del hemo-pericardio como un indicador del grado de lesión en el trauma cardiaco penetrante..... 38

Embolización mesentérica por traumatismo abdominal contuso: Reporte de un caso ..... 39

En pacientes con trauma de tórax sin evidencia radiológica de lesión pleural ¿Es suficiente la ecografía pleural a las 6 horas para descartar necesidad de intervención? ..... 40

Factores pronósticos para pérdida de extremidad con trauma arterial periférico en un hospital de Colombia..... 40

Factors associated with a history of interpersonal violence and injury among homeless persons in Colombia..... 41

Lesiones vasculares de guerra en Colombia: últimos 20 años ..... 41

Resección anterior baja laparoscópica de emergencia en lesiones rectales por aire comprimido ..... 42

## MÍNIMAMENTE INVASIVA

Adrenalectomía mínimamente invasiva (laparoscópica y retroperitoneoscopia). Revisión de casos. 42

Colecistectomía por laparoscopia, del multipuerto al puerto único. Serie de 489 casos..... 43

Evaluación del manejo mínimamente invasivo para la acalasia: ¿es importante la longitud de la miotomía?..... 43

Experiencia inicial de apendicectomía laparoscópica en centro asistencial de tercer nivel en un centro urbano de 100.000 habitantes ..... 44

Gastrectomía laparoscópica para manejo de cáncer gástrico avanzado: experiencia en un centro en Colombia..... 44

Laparoscopic common bile duct exploration with primary closure after failed endoscopic retrograde cholangiopancreatography without intraoperative cholangiography: A case series..... 45

Manejo laparoscópico del síndrome de Mirizzi tipo V sin íleo biliar ..... 45

Manejo quirúrgico de la coledocolitiasis por vía laparoscópica, 17 años de experiencia. .... 46

Single-port versus multiport laparoscopic surgery for multiple adhesive small bowel obstruction in South America: Results of a comparative multicentric study..... 46

## INFECCIONES Y HERIDAS

Experiencia inicial en el uso de terapia de presión negativa en abdomen abierto en centro asistencial de tercer nivel en centro urbano de 100.000 habitantes..... 47

## CIRUGÍA GENERAL

Apendicectomía en tercer trimestre de embarazo y desenlaces del parto: Un análisis propensity score en un estudio de cohortes de 6 años usando datos administrativos de reclamaciones ..... 47

Colecistectomía por laparoscopia: interrupción de una eventual evolución maligna de lesiones preneoplásicas incidentales de la vesícula biliar ..... 48

Experiencia en el manejo quirúrgico de la necrosis pancreática infectada en el Hospital Universitario Mayor Méderi entre 2014-2019: ¿Procalcitonina es predictor de mortalidad? ..... 48

Implementación del programa de apendicectomía ambulatoria en un hospital universitario de alta complejidad..... 49

Infección del sitio operatorio en una cohorte de pacientes sometidos a laparotomías exploratorias de urgencia en la clínica CES de Medellín..... 50

Manejo de fistulas gastrointestinales con colgajo de recto abdominal..... 50

Manejo quirúrgico de la colecistitis aguda moderada y severa, no basado en las Guías de Tokyo 2013, en un hospital de cuarto nivel en Bogotá, Colombia ..... 51

Rendimiento de escalas de trauma en accidentes de tránsito en un hospital de alta complejidad para predecir mortalidad..... 51

Seguridad y efectividad de la apendicectomía ambulatoria en pacientes con apendicitis no complicada manejados en un centro de III nivel del nororiente colombiano..... 52

Síndrome de Valentino, manejo actual de una enfermedad olvidada..... 52

Surgical management for refractory gastroparesia: a comparative study between gastric bypass and pyloroplasty ..... 53

Traqueostomía mediastinal anterior, reporte de casos..... 53

## EDUCACIÓN

Desarrollo de habilidades laparoscópicas con caja de ejercicios..... 54

Evaluando el ambiente de aprendizaje en medicina: Adaptación al español y validación de constructo del JHSD en estudiantes colombianos ..... 54

Implementación y validación de un novedoso y económico modelo de entrenamiento para la hernioplastia inguinal laparoscópica..... 55

## BIOÉTICA

Consentimiento informado: ¿Medicina basada en la defensa? ..... 55

## Videos

### CABEZA Y CUELLO

Amigdalectomía radical con reconstrucción con colgajo libre de muro faríngeo asistida por robot da Vinci™ (TORS) ..... 56

### TÓRAX

Divertículo del esófago medio. A propósito de un caso ..... 56

Timectomía en crisis miasténica. A propósito de un caso ..... 57

### PARED ABDOMINAL

Abordaje laparoscópico seguro en patología abdominal aguda: hernia de Spiegel encarcerada más hernia inguinal con malla sin fijación ..... 58

Corrección laparoscópica de eventración abdominal encarcelada asistida por robot..... 58

### ENDOSCOPIA QUIRÚRGICA

Manejo endoscópico de hernia ventral ..... 59

Reconstrucción laparoscópica simplificada de estenosis biliar post traumática..... 59

### CIRUGÍA GASTROINTESTINAL

Cirugía cooperativa para el manejo del GIST gástrico. Reporte de un caso ..... 60

Corrección de hernia hiatal tipo IV con prótesis biológica por laparoscopia ..... 60

Enucleación laparoscópica de gastrinoma en proceso uncinado..... 60

Gastrectomía total mas linfadenectomía por laparoscopia para cáncer gástrico ..... 61

Gastroplastia de Collis por laparoscopia como manejo de esófago corto en hernia hiatal ..... 61

Leiomioma de Esófago – Resección por Toracoscopia ..... 62

Manejo de obstrucción intestinal por laparoscopia...62

Pancreatectomía distal más esplenectomía por laparoscopia para tratamiento de neoplasia quística del páncreas..... 63

Reparo por toracoscopia de perforación esofágica posterior a dilatación endoscópica de anastomosis esofagoyeyunal ..... 63

### CIRUGÍA BARIÁTRICA

Cirugía de revisión: conversión de manga gástrica a bypass gástrico de una anastomosis ..... 64

Cirugía de revisión: elongación de asa biliar y colocación de anillo en reservorio gástrico como alternativa quirúrgica por reganancia de peso posterior a bypass gástrico en Y de Roux..... 64

Complicación catastrófica de una plicatura gástrica laparoscópica con fistula gastrocutánea ..... 65

Reversión laparoscópica de bypass gástrico a la anatomía normal ..... 65

Gastrectomía vertical (manga gástrica) por laparoscopia en paciente con obesidad morbida y situs inversus totalis. Reporte de un caso ..... 66

### COLON Y RECTO

Hartmann laparoscópico de emergencia en el paciente crítico..... 66

Hemangioma de recto sigmoide..... 67

Linfadenectomía D3 en cáncer de colon derecho 67

### HEPATOBIILIAR

Anastomosis pancreatoyeyunal tipo Blumgart modificada vía laparoscópica ..... 67

Laparoscopic Dormia Basket retrieval via choledochotomy plus primary closure using three ports: Case report of a hooked Dormia basket in the left hepatic duct during ERCP ..... 68

Reconstrucción biliodigestiva por laparoscopia con duodenectomía y preservación de páncreas después de una coledocoduodenostomía abierta fallida... 68

Resección de quiste del colédoco con coledocolitiasis vía laparoscópica y reconstrucción de vía biliar con técnica simplificada..... 69

Situs ambiguo en una colecistectomía laparoscópica.....69

Vesícula aberrante (sinistraposición)..... 70

## VASCULAR

Reparación endovascular de aneurisma de arteria ilíaca común con fistula ilio-ilíaca ..... 71

## ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA

Cirugía de citoreducción más HIPEC para tratamiento de pseudomixoma peritoneal de alto volumen. Unidad Funcional Cáncer Adultos - Clínica Somer..... 71

## TRAUMA

Cirugía laparoscópica en trauma abdominal penetrante..... 72

Uso de REBOA y de esternotomía en trauma penetrante del torso..... 72

## MÍNIMAMENTE INVASIVA

Cirugía mínimamente invasiva en abdomen hostil: cierre de colostomía tipo Hartmann por vía laparoscópica y anastomosis con sutura mecánica lineal intracorporea ..... 73

Malrotación intestinal con porta preduodenal en paciente adulta. Manejo laparoscópico ..... 73

Manejo laparoscópico de la isquemia mesentérica en una paciente embarazada..... 74

Manejo quirúrgico de pseudodivertículo esofágico luego de miotomía de Heller fallida..... 74

Resección laparoscópica de quiste de colédoco con reconstrucción simplificada en paciente pediátrico..... 75

Sangrado digestivo oscuro secundario a GIST de yeyuno. Resección Laparoscópica ..... 75

## CIRUGÍA GENERAL

Extracción de cuerpo extraño ..... 76

Manejo laparoscópico de un caso con síndrome de Mirizzi tipo III ..... 76

## E-póster

### CABEZA Y CUELLO

Quiste paratiroideo sintomático: presentación de un caso y revisión de la literatura..... 77

Tumoral calcinosis regression after parathyroidectomy ..... 77

### MAMA Y TEJIDOS BLANDOS

Fístula linfática posterior a vaciamiento axilar en paciente con cáncer de mama, en el Hospital universitario de Santander, Colombia ..... 78

Sarcoma de células redondas intrabdominal..... 78

Sarcoma de pared torácica: un caso inusual ..... 79

### TÓRAX

Abordaje transesternal transpericárdico para el cierre de la fístula broncopleurales posneumectomía ..... 79

Enfermedad de Castleman unicentrica en el Tórax...80

Interposición mediastinal de epiplon para manejo de injerto aórtico infectado ..... 80

Manejo interdisciplinario y abordaje quirúrgico de un tumor neuroendocrino bien diferenciado de pulmón tipo 2 con compromiso del mediastino . 81

Manejo medico vs quirúrgico en trauma de tráquea ..... 82

Manejo transpericárdico de recurrencia de fistula broncopleurales ..... 82

Toracoplastia de Sawamura, un procedimiento olvidado ..... 83

### PARED ABDOMINAL

Fasciotomía subcutánea de la línea alba como manejo del síndrome compartimental abdominal. Un reporte de caso ..... 83

Manejo laparoscópico preperitoneal de un caso raro de hernia intercostal abdominal primaria ..... 84

Pseudo-hernia abdominal por denervación traumática del músculo transverso del abdomen ..... 84

Toxina botulínica neoadyuvante en la reparación de hernia incisional gigante ..... 85

Trasplante renal en pared abdominal compleja: síndrome de Prune Belly ..... 85

Utilidad del neumoperitoneo en hernia inguinoescrotal gigante, reporte de un caso ..... 86

## ENDOSCOPIA QUIRÚRGICA

Clips endoscópicos en perforación colónica, un recurso invaluable ..... 86

CPRE en paciente con anatomía difícil, caso de abordaje mixto ..... 87

Divertículo de Zenker: abordaje mínimamente invasivo ..... 87

Endoscopic ultrasound-guided cholecystogastrotomy in a patient with unresectable pancreatic cancer using lumen apposing metal stent (LAMS): the first case in Colombia a third world country in Latin America ..... 88

Manejo de fístula esofágica con Endovac ..... 88

Manejo endoscópico de fistulas gastrointestinales ..... 88

Manejo endoscópico de las complicaciones locales de la pancreatitis aguda utilizando stent metálico de aposición luminal (LAMS) guiado por ultrasonido endoscópico para drenaje de necrosis amurallada ..... 89

Papel del ultrasonido endoscópico y la elastografía en el estudio de adenopatías y malignidad ..... 89

Presentación de 23 pacientes llevados a sigmoidectomía laparoscópica cuatro días posterior a devolvulación inicial ..... 90

Síndrome de Bouveret como causa de obstrucción intestinal ..... 90

## CIRUGÍA GASTROINTESTINAL

Apendicitis aguda en un paciente con situs inversus totalis ..... 91

Complicación de divertículos yeyunal: Reporte de caso clínico en Hospital de IV nivel, Bogotá, Colombia ..... 91

Exploración de vías biliares como manejo de una rara complicación de la CPRE: ruptura de la canastilla de Dormia. A propósito de un caso ..... 92

GIST gástrico con metástasis hepática y ganglionar: reporte de caso ..... 92

Hallazgo incidental de quiste hidatídico y manejo mínimamente invasivo ..... 93

Hallazgo incidental de quiste hidatídico y manejo mínimamente invasivo ..... 94

Laparoscopia en obstrucción intestinal, serie de casos ..... 95

Migración del stent biliar como causa de perforación entérica: reporte de 2 casos ..... 95

Modalidades de reconstrucciones esofágicas: 3 casos clínicos exitosos ..... 96

Neoplasia neuroendocrina intestinal: a propósito de un caso sin origen determinado ..... 96

Obstrucción intestinal secundaria a GIST en un paciente con enfermedad de Von Recklinghausen ..... 96

Perforación intestinal asociada a esclerosis sistémica ..... 97

Peritoneal Sclerosis and massive hemoperitoneum: case report and short review ..... 98

Pneumatosis intestinal. Reporte de caso ..... 98

Quemadura esofagagástrica severa con cáusticos: Esofagagastrectomía total de emergencia ..... 99

Retención de capsula endoscópica ..... 99

Síndrome de Boerhaave, un reto diagnóstico para los cirujanos ..... 99

Síndrome de Wilkie manejado por laparoscopia	100
Teratoma gástrico como causa de hemorragia de vías digestivas altas	100
Tumor neuroendocrino gástrico tipo I: a propósito de un caso	101

Vólvulo del ciego en paciente con situs inversus parcial, en Hospital de IV nivel, Bogotá, Colombia 102

## CIRUGÍA BARIÁTRICA

Actualización en cirugía bariátrica: conversión de banda gástrica a bypass gástrico 102

Hernia de Peterson: ¿el cierre del defecto disminuye la hernia?. Reporte de casos 103

Porfiria intermitente aguda complicando una gastrectomía vertical o manga gástrica 103

Protocolo de tromboprofilaxis en cirugía bariátrica y metabólica del centro clínico La Sagrada Familia 104

Manga gástrica laparoscópica en paciente con obesidad morbida y situs inversus totalis. Reporte de caso 104

Tromboprofilaxis después de cirugía bariátrica. Nuestra experiencia 105

Tumor desmoide gástrico postquirúrgico, reporte de caso en Fundación Santafé de Bogotá, Colombia 105

## COLON Y RECTO

Gangrena de Fournier por espina de pescado: reporte de caso 106

Malabsorción intestinal como factor de mal pronóstico en tuberculosis peritoneal: revisión de un caso 106

Miositis por E. coli versus fístula de ciego 107

Presentación aberrante de un dolico colon en paciente de edad avanzada: a propósito de un caso 107

Reconstrucción posterior a resección abdominoperineal de recto con colgajo de pliegue glúteo inferior 108

Resección abdominoperineal de recto con técnica en prono 108

Úlceras colónicas por estrés en paciente quemado: reporte de un caso y revisión de la literatura 109

## HEPATOBIILIAR

Derivación Meso-Rex para el tratamiento de la degeneración cavernomatosa de la porta 109

Fibrosis de la vía biliar intrahepática en paciente con estenosis de la vía biliar: reporte de un caso 110

Pancreatitis por IgG-4, el riesgo es que lo quieras operar 111

Quiste pancreático complejo posterior, manejo clínico y quirúrgico 111

Síndrome de Bouveret, una causa extraña de obstrucción intestinal alta. Reporte de caso 112

Ultrasonografía endoscópica para el diagnóstico de áscaris biliar, reporte de caso y revisión de la literatura 112

## VASCULAR

Aneurisma de aorta abdominal en paciente con situs inversus totalis 113

Aneurisma de aorta abdominal en paciente con situs inversus totalis 113

Aortitis autoinmune. Revisión de literatura y presentación de un caso 114

Ascitis quilosa posterior a cirugía de aorta abdominal: presentación de caso clínico y revisión de la literatura 114

Colocación de cincha aórtica para el tratamiento de la endofuga aórtica tipo Ia 115

Derivación aorto-aórtica más reimplantación de arteria renal por sospecha de aneurisma aórtico micótico yuxtarenal 115

Flegmasia cerulea dolens: su agenda oculta, a propósito de un caso 116

Fistula aorto-esofágica posterior a TEVAR tardío, enfoque diagnóstico y terapéutico 116

Hernia Interna: Una rara complicacion de un puente aortobifemoral ..... 117

Manejo de aneurisma de aorta abdominal roto: un reto quirúrgico para el cirujano general ..... 117

Manejo endovascular de lesiones de los vasos supra aórticos ..... 118

Manejo híbrido del divertículo de Kommerell.. 118

Pseudoaneurisma de arteria femoral superficial secundario a punción: reporte de caso y revisión de la literatura. .... 119

Ruptura de una aneurisma de la carótida común ¿Cuál es el manejo apropiado?..... 120

Síndrome de Klippel Trenaunay Weber. Reporte de caso ..... 120

Tratamiento endovascular del aneurisma esplénico gigante ..... 121

Utilidad quirúrgica del uso de Heli-FX EndoAnchor System (APTUS) para el reparo de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal: uso profiláctico en cuello no favorable..... 121

## METABOLISMO QUIRÚRGICO

Migración de sonda de gastrostomía en paciente con enterocclisis ..... 122

## ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA

Manejo quirúrgico del melanoma metastásico, a propósito de un caso ..... 122

Metástasis a labio de cáncer colorectal. “Caso excepcional” ..... 122

Presentación sincrónica de dos tumores primarios: adenocarcinoma de colon y carcinoma de células renales. Reporte de caso..... 123

Reporte de caso de tumor desmoide en paciente adolescente ..... 123

Reporte de caso de urgencia oncológica en paciente joven con carcinoma estadio IV ..... 124

Sarcoma de células de Langerhans (scl) en ganglios cervicales. “Caso excepcional”..... 125

Sarcoma pleomórfico ocular: presentación de un caso ..... 125

Tumor neuroendocrino del ciego, reporte de caso..... 125

## TRAUMA

Casi ahorcamiento: un reporte de caso..... 126

Enfisema subcutáneo masivo secundario a trauma penetrante de tórax en ausencia de neumotórax .....126

Epiplotele escrotal postraumático..... 127

Exploracion de arteria axilar en trauma: abordaje alternativo ..... 127

Fistula gastropleurale secundaria a trauma gástrico: un reporte de caso ..... 128

Hemorragia masiva de vías digestivas altas secundaria a pseudoaneurisma postraumático de arterias pancreatoduodenales: un reporte de caso..... 128

Hemotórax masivo tardío en trauma cerrado de tórax, reporte de caso ..... 129

Hernia diafragmática aguda secundaria a trauma toraco-abdominal en adulto ..... 129

Injerto de peritoneo para corrección de lesión de vena ilíaca: un reporte de caso..... 130

Manejo conservador de ventana pericárdica positiva ..... 130

Manejo conservador del trauma mesentérico aislado: reporte de dos casos ..... 131

Manejo conservador en quemadura de vía aérea: serie de 3 casos ..... 131

Manejo conservador para lesión de la pared posterior de la tráquea y esófago por trauma contuso: un reporte de caso ..... 132

Manejo expectante del trauma hepático grado IV ..... 132

Manejo no convencional en trauma vascular cerrado poplíteo por luxación de rodilla: reporte de caso ..... 133

Neumopericardio en paciente con trauma precordial por almarada, sin neumotórax asociado: Reporte de un caso..... 133

Neumopericardio por efecto Macklin en trauma de tórax penetrante.....	134
Politraumatismo grave en paciente gestante con compromiso de pelvis y reja costal. Reporte de un caso .....	134
Revascularización extrema en paciente con trauma vascular asociado a lesiones óseas.....	135
Tratamiento endovascular del trauma hepático severo, presentación de dos casos.....	135
Trauma de vejiga enmascarado, una entidad rara .....	136
Trauma renal grado V en un paciente pediátrico, ¿el manejo no operatorio es una opción viable?. Reporte de un caso.....	136
Trombolismo pulmonar tumoral secundario a trauma cerrado de tórax. Una presentación clínica inusual del tumor intracardiaco .....	137

#### MÍNIMAMENTE INVASIVA

Corrección de fístula recto vesical por laparoscopia: un reporte de caso .....	137
Corrección laparoscópica de evisceración intestinal vaginal. Reporte de caso.....	138
Dolor torácico atípico secundario a vólvulo gástrico orgánoaxial: presentación de caso y revisión de la literatura. ....	138
Drenaje percutáneo guiado por ultrasonografía	139
¿Esplenopexia o esplenectomía total en el manejo del bazo errante? A propósito de un caso .....	139
Exploración de vías biliares en pacientes con bypass gástrico: experiencia y resultados con cirugía mínimamente invasiva .....	140
Manejo laparoscópico del quiste de Nuck. Reporte de caso .....	140
Manejo mínimamente invasivo de paciente adolescente con acalasia .....	141
Manejo mínimamente invasivo de una hernia hiatal gigante estrangulada y perforada. ....	141

Purpura trombocitopénica idiopática (PTI) refractaria luego de esplenectomía abierta: Resección laparoscópica de dos bazos accesorios.....	142
Reparación laparoscópica de hernia diafragmática derecha traumática de presentación tardía: Reporte de caso .....	142
Resección por laparoscopia de un Schwannoma retroperitoneal asociado a hidroureteronefrosis ..	143
Síndrome de Mirizzi tipo IV asociado a fístula colecistoduodenal con intervención por vía laparoscópica: reporte de caso .....	143

#### INFECCIONES Y HERIDAS

Perforación intestinal por histoplasmosis diseminada en un paciente con SIDA de novo avanzado. Reporte de un caso .....	144
Tuberculosis intestinal debutando como perforación libre: Un reporte de caso.....	144

#### CIRUGÍA GENERAL

Absceso hepático secundario a perforación gástrica por ingesta de cuerpo extraño .....	145
Ameboma cecal con colecciones hepáticas múltiples: reporte de caso .....	145
Aneurisma de arteria ovárica roto: un diagnóstico diferencial raro de apendicitis aguda .....	146
Apendicitis del muñón en un caso de obstrucción intestinal.....	146
Isquemia intestinal extensa secundaria eventración abdominal .....	147
Caso inusual de hiperplasia folicular linfóide apendicular con afectación colónica .....	148
Cistogastrostomía por laparoscopia para manejo de pseudoquiste pancreático con complicación local.....	148
Colecistitis aguda en situs inversus totalis: Una oportunidad para aplicar los principios de la colecistectomía segura .....	149
Colectomía total de urgencia por perforación en enfermedad inflamatoria intestinal .....	149

Colelitiasis del muñón, un diagnóstico infrecuente - Reporte de Caso .....	150	Íleo biliar. A propósito de un caso .....	159
Complicación atípica de un vólvulo del sigmoides y revisión de literatura .....	150	Íleo biliar. Reporte de un caso y revisión de la literatura.....	159
Divertículo de Meckel gigante como causa de obstrucción intestinal.....	151	Intususcepción intestinal en el adulto: reporte de caso y revisión de la literatura .....	160
Drenaje percutáneo como manejo de absceso hepático gigante con compromiso pulmonar: reporte de un caso y revisión de la literatura.....	151	Intususcepción yeyunogástrica: Reporte de un caso y revisión de la literatura.....	160
Duplicación vesical en niños, una malformación extremadamente rara .....	152	Invaginación de intestino delgado como presentación inicial de neoplasias gastrointestinales.....	161
Embolización transarterial de emergencia para el control del sangrado recurrente de úlcera duodenal post-bulbar: un reporte de caso.....	152	Linfangioma quístico congénito .....	161
Endometriosis apendicular como causa de dolor crónico.....	153	Lista de verificación para el diagnóstico de agenesia apendicular.....	162
Erosión aorto-entérica: una propuesta de manejo quirúrgico exitoso .....	153	Manejo de perforación gástrica como complicación de balón intragástrico.....	163
Fístula biliopleural secundaria a HPAF toracoabdominal derecho .....	154	Mesotelioma peritoneal multiquístico benigno	163
Fistula íleo-ileal por inserción de catéter peritoneal: A propósito de un caso clínico. ....	154	Neumatosis intestinal, una entidad peculiar .....	164
Hernia de Amyand encarcelada en un paciente con tumor del páncreas: reporte de un caso.....	155	Neumoperitoneo a tensión: reporte de caso de una rara presentación del síndrome compartimental abdominal agudo .....	164
Hernia de Bochdalek en adultos: diagnósticos diferenciales. Reporte de caso y revisión de literatura.....	156	Obstrucción intestinal por vólvulos del ciego y colon sigmoides simultáneos: reporte de un caso y revisión de la literatura.....	165
Hernia diafragmática posoperatoria: reporte de caso y revisión de la literatura .....	156	Obstrucción intestinal secundaria a absceso del uraco en paciente con obesidad mórbida .....	165
Hernia inguinoescrotal reincidente con megauréter: Presentación de caso .....	157	Obstrucción intestinal secundaria a íleo biliar. Reporte de un caso y revisión de literatura.....	166
Hernia perineal asociada a liposarcoma perineal, presentación de caso y revisión de la literatura.	157	Osificación mesentérica heterotópica en un laparostoma fracturado, inusual hallazgo.....	166
Hernia transmesocólica de yeyuno con obstrucción intestinal. Reporte de caso .....	158	Pancreatitis aguda secundaria a Losartan. Reporte de caso clínico en Hospital del Norte de Bogotá	167
Íleo biliar con fistula colecisto-duodenal, rara causa de obstrucción Intestinal.....	158	Perforación de íleon distal por espina de pescado: reporte de caso.....	167
		Pericarditis secundaria a ruptura transdiafragmática de absceso hepático piógeno: reporte de caso	167
		Quiste mesentérico gigante: reporte de caso .....	168

Reparo de hernia diafragmática izquierda postraumática encarcelada: Reporte de un caso .....	168
Resección quiste esplénico gigante no parasitario por laparoscopia en un hospital universitario en Bogotá, Colombia .....	169
Revisión sistemática: apendicitis aguda y plastrón apendicular. Una mirada actual .....	170
Síndrome de cáscara de manzana (apple peel)..	170
Trauma pancreático: un reto para el cirujano ...	170
Tumor neuroendocrino del apéndice cecal, reporte de un caso.....	171
Un raro caso de hernia de Garengot resuelto por abordaje laparoscópico.....	171

Vólvulo cecal en embarazada, una entidad infrecuente como causa de abdomen agudo.....	172
Vólvulo del sigmoide y del ciego como manifestación gastrointestinal de esclerosis sistémica.....	172
Vólvulo gástrico mesentericoaxial, reporte de caso y revisión de la literatura .....	173
Vólvulos gástrico mesoaxial: caso clínico.....	173

## EDUCACIÓN

Evaluación de competencias transversales en módulos selectivos en la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes.....	174
---	-----

# Índice de Autores

A			
<i>Acevedo Juan Javier</i>	16, 17, 21	<i>Arias Amézquita Fernando</i>	42, 43, 44
<i>Acosta Geylor</i>	22	<i>Arias Carlos</i>	137
<i>Agamez Fuentes José Eduardo</i>	73, 117	<i>Aristizabal Arjona Felipe</i>	78
<i>Agudelo Eliana</i>	169	<i>Aristizabal Felipe</i>	79, 163
<i>Agudelo H.</i>	99	<i>Aristizabal Juan Pablo</i>	30
<i>Agudelo Ledesma</i>		<i>Arrieta Manuel</i>	45, 58, 69
<i>Hanier Hernán</i>	51, 76, 159	<i>Arroyave Gabriel</i>	13, 95, 140, 143, 163
<i>Aguirre Gustavo</i>	16, 17, 19, 21	<i>Arroyave María Clara</i>	71
<i>Alarcón Meléndez Erika Julieth</i>	127	<i>Arroyave Yeni</i>	84, 85, 103, 139, 141
<i>Albarracin Reyes José Luis</i>	144	<i>Arteaga María Alejandra</i>	100
<i>Alfonso M.</i>	34, 171	<i>Arzuaga A.</i>	78
<i>Alfonso R. Karen L.</i>	156	<i>Arzuaga Ramírez</i>	
<i>Álvarez A.</i>	77	<i>Alexander Enrique</i>	162
<i>Álvarez Jarib</i>	67	<i>Asmar Rengifo Fernando</i>	151
<i>Álvarez López Fernando</i>	152	<i>Astencio Rodríguez Gloria</i>	25
<i>Andrade Darío</i>	80	<i>Atuesta Acevedo Daniela</i>	145
<i>Angamarca Edison</i>	72	<i>Baquero García Rogers Leonardo</i>	35, 36, 56, 57, 159
<i>Ángel E. Isabel C.</i>	85		
<i>Ángel Manuel Santiago</i>	13	B	
<i>Ángel Santiago</i>	159	<i>Barajas S. Fabián Darío</i>	145
<i>Angel Walter</i>	115	<i>Barón Cifuentes Vladimir</i>	113
<i>Aparicio Brandon Steven</i>	117	<i>Barón Vladimir</i>	33
<i>Aparicio Steven</i>	20	<i>Barragán Ricardo</i>	137
<i>Aponte Vargas Andrés</i>	96, 142	<i>Barragán Tatiana</i>	36, 123, 125
<i>Arango A.</i>	10	<i>Barrera Luis</i>	28
<i>Arango Augusto</i>	87	<i>Barrera Oscar</i>	87, 90
<i>Arango C.</i>	10	<i>Barreto Dhayra K.</i>	27
<i>Arango Molano Lázaro Antonio</i>	86, 87, 88, 92, 95	<i>Barrios Rodolfo</i>	82
<i>Arbeláez Lina</i>	24	<i>Bastidas Alexandra</i>	42, 43
<i>Arbeláez María Alexandra</i>	115	<i>Bastidas Santacruz Alexandra</i>	44
<i>Areiza Páramo Juan David</i>	101	<i>Bautista Ileana R.</i>	161
<i>Arenas Carlos</i>	106	<i>Bautista Parada Ileana Rocio</i>	127, 168
<i>Arévalo J</i>	10	<i>Bautista Vacca Camilo</i>	166
<i>Arévalo Joel</i>	8	<i>Becerra Carolina</i>	92
<i>Arévalo Kenndy</i>	47, 53	<i>Becerra Coral Luis Enrique</i>	62
<i>Arévalo Orlando</i>	40, 132, 150		

<i>Becerra P. Paula A.</i>	156	<i>Caicedo Holguín Isabella</i>	165, 170
<i>Bejarano Orlando</i>	38	<i>Caicedo Isabella</i>	121
<i>Beltrán Felipe</i>	66, 104, 125	<i>Caicedo Ramos Johana</i>	166
<i>Beltrán Katherin</i>	79, 156	<i>Calderón Carlos</i>	160
<i>Beltrán Rafael</i>	53, 79, 81, 82	<i>Calle Carlos Andrés</i>	50
<i>Beltrán Serrano María Alejandra</i>	55	<i>Calle L. Carlos A.</i>	142
<i>Benítez Bermúdez David</i>	133	<i>Calvo Corredor Oscar Fernando</i>	26
<i>Benítez David</i>	110, 111, 126, 131, 152, 154,	<i>Camargo Diego</i>	19
<i>Benítez Elkin</i>	91, 102, 105	<i>Camargo García Ximena</i>	130
<i>Benítez Manuel</i>	37, 38, 41	<i>Camelo Janeth</i>	164
<i>Benito Erika</i>	88, 89, 122, 169	<i>Canal Fermín Alonso</i>	112
<i>Bermeo Lina Andrea</i>	153	<i>Capasso Aminta</i>	137
<i>Bermúdez Mauricio</i>	125	<i>Capre Jessica y Tamayo Andrea</i>	108
<i>Bernal Felipe</i>	90	<i>Cárdenas Andrés</i>	117
<i>Bolaño Romero María Paz</i>	119, 157, 167	<i>Cárdenas Zuluaga Consuelo</i>	152
<i>Bolaños Andrés</i>	139	<i>Carrero Sonia</i>	32
<i>Bolívar Dínimo José</i>	169	<i>Carvajal Alejandro</i>	18
<i>Bonilla Ana Deisee</i>	19	<i>Carvajal Carlos</i>	53, 81,82
<i>Borjas Guillermo</i>	22, 64, 104	<i>Carvajal López Alejandro</i>	61, 67
<i>Botache Wilmer</i>	40, 139	<i>Carvajal Sandra</i>	37, 38, 41
<i>Bravo Mario</i>	34, 115, 121, 135, 146	<i>Casanova Lucia</i>	11
<i>Bravo Realpe Karla</i>	51	<i>Casas Felipe</i>	58, 111,165,170
<i>Buitrago Giancarlo</i>	47	<i>Castañeda Alfonso Sergio Andrés</i>	26
<i>Buitrago Miguel</i>	53, 81	<i>Castañeda Motta Catalina</i>	86, 171
<i>Burbano Alma</i>	42, 43	<i>Castañeda S.</i>	78
<i>Bustos Guerrero Ada Mercedes</i>	151	<i>Castaño Llano Rodrigo</i>	14, 24
<b>C</b>			
<i>Caballero Norma</i>	170	<i>Castellanos Gabriel</i>	35, 36, 80
<i>Cabrera Alfredo</i>	89	<i>Castilla Juan</i>	122
<i>Cabrera Felipe</i>	67, 72, 82, 90	<i>Castillo Felipe</i>	48
<i>Cabrera Luis</i>	42	<i>Castillo J.</i>	78
<i>Cabrera Luis Felipe</i>	14, 15, 16, 20, 31, 42, 45, 46, 52, 53, 59, 68, 69, 73, 74, 75, 88, 89, 117, 127	<i>Castillo María Emma</i>	26
<i>Cabrera Paulo</i>	111	<i>Castro Álvarez Lissette</i>	25
<i>Cabrera Rivera Paulo</i>	58, 165, 170	<i>Castro Laura</i>	82
<i>Cabrera Vargas Luis Felipe</i>	20, 51, 55	<i>Castro Mónica</i>	59
<i>Cáceres Maldonado Sergio</i>	44	<i>Castro Villegas Felipe</i>	110, 111
<i>Cáceres N. Víctor Raúl</i>	95	<i>Caycedo Medina Diego Fernando</i>	40, 96,111, 127, 132, 150, 154
<i>Cáceres Parra Margarita</i>	127, 162	<i>Caycedo Nicolás</i>	164
<i>Cáceres Sergio</i>	42, 43	<i>Caycedo Rubén</i>	47
<i>Cadena Gutiérrez Manuel Enrique</i>	51	<i>Cetares Salas Camilo</i>	42, 43, 44
<i>Cadena Manuel</i>	16, 164	<i>Chala G. Andrés</i>	7, 10
<i>Cadena S.</i>	78	<i>Chala Marco Fidel</i>	138
<i>Caicedo Diana</i>	77	<i>Chávez Jaime</i>	30, 32
		<i>Cifuentes Jorge</i>	152
		<i>Coba Hernando</i>	123
		<i>Conrado Jiménez Héctor</i>	112
		<i>Contreras Martin</i>	34, 146
		<i>Contreras Páez Sebastián</i>	54, 149
		<i>Córdoba Chamorro Adriana</i>	56, 57, 62
		<i>Corrales Mauricio</i>	28



<i>Gómez Fajardo Roosevelt</i>	51	<i>Hanssen Rafael</i>	22
<i>Gómez Garnica David Guillermo</i>	158, 166	<i>Henao Francisco</i>	63
<i>Gómez Juan Camilo</i>	155	<i>Hernán Restrepo</i>	13
<i>Gómez Lozano María Teresa</i>	174	<i>Hernández Arturo</i>	66, 104
<i>Gómez Margarita</i>	52	<i>Hernández Barvo Abelardo</i>	25
<i>Gómez Mayorga Jorge Luis</i>	42, 43, 44	<i>Hernández Cubides Fabio Enrique</i>	12, 44, 47
<i>Gómez Ochoa Sergio Alejandro</i>	26	<i>Hernández Hender</i>	19, 32
<i>Gómez Quiceno Gonzalo Andrés</i>	43	<i>Hernández Juan David</i>	105
<i>Gómez Trujillo Emma Cristina</i>	60	<i>Hernández Luisa</i>	20
<i>Gómez Villadiego Edgardo Antonio</i>	130	<i>Hernández Oscar G.</i>	71
<i>Gómez Wolf</i>	24	<i>Hernández Restrepo Juan David</i>	58
<i>Gonzales Dorado Mauricio</i>	35, 36	<i>Hernández Rincón Carlos Alberto</i>	71
<i>González Adolfo</i>	40, 99, 131, 136	<i>Hernández Sampayo Faruk</i>	160
<i>González Edovan</i>	9	<i>Herrera Almario Gabriel Eduardo</i>	51
<i>González Hadad Adolfo</i>	124, 126, 128, 130, 132, 133, 152	<i>Herrera Francisco</i>	77
<i>Gonzalez Ivette</i>	93, 94, 109	<i>Herrera Gabriel</i>	122
<i>González Jairo</i>	40, 144	<i>Herrera Jorge</i>	99, 103, 116
<i>Gonzalez Jorge Alejandro</i>	173	<i>Herrera Luis</i>	66, 104
<i>González María</i>	22, 64, 104	<i>Herrera Tobón Mario Alain</i>	38, 129
<i>González Muñoz Alejandro</i>	71, 113, 173	<i>Hosman Manuel</i>	34, 115, 135, 146
<i>González Núñez Daniel</i>	98, 127	<i>Hoyos Juan</i>	60
<i>González Orjuela Ángela</i>	23	<i>Hoyos Sergio</i>	30, 32
<i>González Pablo</i>	48	<i>Huertas Contreras</i>	
<i>González Quitian Jairo</i>	133	<i>Daniela Carolina</i>	134, 144
<i>González Rubio Carlos Altamar</i>	154	<i>Hurtado Burbano Yady Vanessa</i>	76, 99, 159
<i>González S. Juan S.</i>	156		
<i>Granobles Molina Juan David</i>	116, 118, 120	<i>Ibáñez Varela Heinz Orlando</i>	26, 27, 106
<i>Grisales Cajales Sebastián</i>	24	<i>Iglesias Fandiño Paola</i>	35, 36
<i>Guardo Yessica</i>	125	<i>Isaac Efraín</i>	14, 19
<i>Guerra Bayron</i>	58, 165, 170	<i>Isaza Esteban</i>	143
<i>Guerrero Macías Silvia Inés</i>	151	<i>Isaza Restrepo Andrés</i>	48
<i>Guerrero Ramírez Susan Marcela</i>	99, 129, 134, 136		J
<i>Guerrero Serrano Pedro Alexander</i>	52	<i>Jaramillo Carlos Augusto</i>	86
<i>Guerrero Silvia Inés</i>	161	<i>Jaramillo Ricardo</i>	14
<i>Guevara Oscar</i>	16, 17, 21	<i>Jaramillo Robledo Oscar</i>	83
<i>Gutiérrez Carlos</i>	76	<i>Jerez Torra Kihara Alejandra</i>	26
<i>Gutiérrez Edgar</i>	122	<i>Jhordan Guzmán Cortes</i>	98
<i>Gutiérrez Jorge Andrés</i>	41, 164	<i>Jiménez César</i>	34, 109, 115, 118, 121, 132, 135, 146
<i>Gutiérrez Pablo</i>	157	<i>Jiménez Cristina</i>	121
<i>Guzmán A. Natalia</i>	142	<i>Jiménez Dayana</i>	106
<i>Guzmán Arango Carolina</i>	50, 142	<i>Jiménez Héctor Conrado</i>	40, 114
<i>Guzmán C. Jhordan</i>	145	<i>Jiménez Iván</i>	161, 170
<i>Guzmán Cortes Jhordan</i>	92	<i>Jiménez Julián</i>	33, 125
<i>Guzmán Ruddy Anselmo</i>	33	<i>Jiménez Ordóñez Andrés Felipe</i>	97
	H	<i>Jiménez R. Lia J.</i>	103, 116
<i>Hanssen Andrés</i>	22, 55, 59	<i>Jiménez Rodrigo A.</i>	147
<i>Hanssen Diego</i>	22		

<i>Jiménez Sánchez Héctor Conrado</i>	112, 168	<i>Luque Erika</i>	59
<i>Junca Edgar German</i>	97	<i>Lyons-Molano Jessica J</i>	24
<i>Jurado Muñoz Paula Andrea</i>	134		
	<b>K</b>		<b>M</b>
<i>Kadamani Akram</i>	58, 96, 111, 153, 165, 170	<i>M Pacheco</i>	34
<i>Kestenberg Abraham</i>	108	<i>M. Alfonso</i>	77
<i>Kling Jose</i>	11	<i>Mancilla John Alexander</i>	69, 146
<i>Kuan Hernando</i>	68	<i>Manotas Yezith</i>	108
	<b>L</b>	<i>Mantilla Morrón Ismary</i>	160
<i>Labrador Guillermo</i>	19, 32	<i>Manzano C.</i>	99
<i>Ladrón Guevara Jesús Anibal</i>	29	<i>Manzano Nunez Ramiro</i>	37, 38, 41
<i>Lanza Díaz Andrés</i>	113	<i>Marín Andrés</i>	153
<i>Lasprilla Mogollón Natalia</i>	78, 79, 164	<i>Marín C. Andrés Eduardo</i>	145
<i>Lasso Andrés</i>	132	<i>Marín Castro Andrés Eduardo</i>	91
<i>Lázaro Antonio Arango Molano</i>	99	<i>Marín Castro María José</i>	91
<i>Leal Buitrago Carlos Alberto</i>	15	<i>Márquez Alfonso</i>	49, 102
<i>León Castro Sergio Darley</i>	137	<i>Márquez Carlos Alfonso</i>	173
<i>León Díaz Adriana M.</i>	161	<i>Márquez Jorge Adalberto</i>	33
<i>León Llanos Eduardo</i>	97	<i>Márquez Juan Manuel</i>	56
<i>León Oliveros Guillermo</i>	33	<i>Márquez Ustariz Alfonso Carlos</i>	172, 173
<i>León Sergio</i>	133	<i>Marroquín Lina María</i>	63
<i>Liendo Herrera Ricardo</i>	69, 70	<i>Marroquín Luis Miguel</i>	20
<i>Liendo Jonathan</i>	7	<i>Martelo Alfredo</i>	78
<i>Liévano Barreto Javier</i>		<i>Martín Iván</i>	39
<i>Javier Gregorio</i>	145	<i>Martin M. Pedro</i>	32
<i>Lizcano González Deisy Katherine</i>	83, 92, 140, 152	<i>Martin Mojica Pedro Antonio</i>	26
<i>Llanos Visbal Juan Alberto</i>	158	<i>Martin Wilmar</i>	17
<i>Loaiza Julián</i>	147, 154	<i>Martinez Alvaro J.</i>	128
<i>Londoño Mónica</i>	86	<i>Martínez Álvaro José</i>	124
<i>Lopera Carlos</i>	53, 76, 93, 94, 109, 148, 169	<i>Martínez Carlos Mauricio</i>	40
<i>Lopera J.</i>	10	<i>Martínez Jaramillo Carlos</i>	26, 27
<i>López Deivis</i>	19	<i>Martínez Jaramillo</i>	
<i>López Gómez Luis Ernesto</i>	143	<i>Carlos Edmundo</i>	106
<i>López Guzmán Carlo Manuel</i>	107, 150	<i>Martínez Jorge A.</i>	97
<i>López Katerine</i>	161, 170	<i>Martínez López Luis Eduardo</i>	24
<i>López L.</i>	79	<i>Martínez Luis Eduardo</i>	167
<i>Lotero Juan David</i>	148	<i>Martínez Mariagracia</i>	153
<i>Lourido G. Ana Maria</i>	119	<i>Martinez Montalvo Carlos Mauricio</i>	112, 168
<i>Lozada Martínez Iván David</i>	119, 157, 167	<i>Martínez Negretti Mariagracia</i>	54
<i>Lozano Camilo</i>	77, 123, 125,	<i>Martínez Rolando</i>	148
<i>Lozano José Ricardo</i>	71	<i>Martínez Sebastián</i>	7
<i>Lozano Juan Diego</i>	125	<i>Matallana Jaramillo Rogelio</i>	43
<i>Luna Jaspe Carlos</i>	23	<i>Matallana Rogelio</i>	142
<i>Luna Rina</i>	11	<i>Matteus Acuna Felipe</i>	98
<i>Luna Rubén</i>	23, 39	<i>Mauricio Pedraza Ciro</i>	15, 31
		<i>Mayorga Alejandra</i>	18
		<i>Mayorga González Alejandra</i>	117
		<i>Medellín Abueta Anwar</i>	107
		<i>Medina Rolando</i>	37, 40, 139

<i>Medina Suárez Camilo</i>	114	<i>Mozo O. Javier</i>	85
<i>Mejía Camilo</i>	137	<i>Munar Carlos</i>	150
<i>Mejía Toro David Alejandro</i>	134	<i>Muñoz Carlos Andrés</i>	99
<i>Meléndez Lugo Juan José</i>	134	<i>Muñoz David</i>	139
<i>Mendoza Andrés</i>	31, 42, 45, 67, 68, 69, 72, 73, 75	<i>Muñoz Murillo</i>	
<i>Mendoza Zuchini Andrés</i>	14, 15, 31, 46, 59, 68, 74	<i>Willfrant Jhonnathan</i>	119, 157, 167
<i>Meneses Carlos</i>	11, 158	<i>Muñoz Néstor</i>	46
<i>Mera Martínez Paulo Francisco</i>	107, 126	<i>Muñoz Rangel Alfredo Andrés</i>	106
<i>Merchán Galvis Ángela María</i>	159	<i>Muñoz Solano Gary</i>	154
<i>Metke Ricardo</i>	21, 102	<i>Muñoz Wilson</i>	120
<i>Meza Luis Enrique</i>	108		
<i>Mikler Rami</i>	21		N
<i>Miranda Escandon Vivian Piedad</i>	167	<i>Naranjo Claudio</i>	77
<i>Miranda Ruiz Luis Francisco</i>	26, 27, 106	<i>Naranjo Fred Alexander</i>	18, 61, 67
<i>Miranda Salas Cristhian</i>	72	<i>Naranjo Isaza Ana M.</i>	24
<i>Mirando Fontalvo Asdrubal</i>	157	<i>Naranjo J</i>	34
<i>Mogollón Germán</i>	20	<i>Naranjo María P.</i>	38, 41
<i>Molano Fernando</i>	48, 114	<i>Narváez Lozano Yurani Andrea</i>	9
<i>Molina Isabel</i>	95	<i>Nassar Bechara Ricardo</i>	58
<i>Molina Juan Jacobo</i>	55	<i>Nassar Ricardo</i>	105
<i>Molina Meneses Sandra</i>	78	<i>Niño A.</i>	78
<i>Molina Sandra</i>	14, 79	<i>Núñez Rojas Gian Alberto</i>	167
<i>Molina Velásquez Juan Santiago</i>	50		O
<i>Montero Conde Lisbeth</i>	126	<i>Obando Alexander</i>	108
<i>Montero Nohora</i>	139	<i>Ocampo Maribel</i>	95, 100
<i>Montes Mercado Jannia</i>	160	<i>Olarte O.</i>	32
<i>Montoya Botero Jaime Andrés</i>	18, 61, 67	<i>Olaya Justo G.</i>	11
<i>Mora Manuel</i>	114	<i>Oliveros Ricardo</i>	16, 17, 21
<i>Morales Adriana</i>	40	<i>Omar Ortiz Douglas</i>	92
<i>Morales Carlos H.</i>	74	<i>Ordoñez Carlos</i>	37, 38, 41, 72
<i>Morales Daniel</i>	111, 148	<i>Ordoñez D. Carlos Alberto</i>	127
<i>Morales Diana Angélica</i>	140	<i>Ordoñez Juliana María</i>	96, 127, 150, 154
<i>Morales Mónica</i>	23	<i>Ordoñez Mosquera Juliana</i>	98
<i>Moreno Andrey</i>	7	<i>Orlando González Felipe</i>	54
<i>Moreno Daniela</i>	172	<i>Orlas Claudia P.</i>	37, 38, 41
<i>Moreno Luis Ramón</i>	161, 170	<i>Orozco Escudero Robertson</i>	168
<i>Moreno María del Mar</i>	167	<i>Orozco Martin Viviana</i>	33
<i>Moreno Osiris</i>	109	<i>Ortiz Cesar</i>	121
<i>Moreno Santiago</i>	89	<i>Ortiz Montero Yosvani Josué</i>	25
<i>Moreno Torres Andrey</i>	56	<i>Ortiz Silva Camilo</i>	46, 50, 88
<i>Moreno Torres Emilio</i>	100	<i>Osorio Santos Marcela</i>	112, 168
<i>Mosquera David</i>	24	<i>Osorno Juan Felipe</i>	124
<i>Mosquera F.</i>	77, 171	<i>Ospina Pérez Christian Germán</i>	157
<i>Mosquera Manuel</i>	61	<i>Otalvaro Pechene Angie</i>	37, 38, 41
<i>Mosquera Paz Manuel</i>	58, 165, 170		
<i>Mosquera Santiago</i>	111		P
<i>Mosquera Yacub Oscar Iván</i>	130, 141	<i>Pacheco Maikel Adolfo</i>	35, 36, 125
<i>Moyano Juan Sebastián</i>	47		



<i>Restrepo Juliana</i>	16, 17, 21		
<i>Restrepo Reyes Catalina</i>	136		
<i>Rey Carlos E.</i>	48		
<i>Ribero Cáceres Juan Daniel</i>	127, 162		
<i>Ricardo Oliveros</i>	17		
<i>Ricardo Villarreal</i>	31		
<i>Ricaurte A.</i>	171		
<i>Ricaurte Alberto</i>	48, 105		
<i>Ricaurte Aragón Alberto</i>	58		
<i>Rincón David</i>	11		
<i>Rios Ángela</i>	105		
<i>Ríos Ángela</i>	160		
<i>Rivas Giovanna</i>	123		
<i>Rivas Goyes Jesús Alexander</i>	107, 126		
<i>Rivera Claudia</i>	91		
<i>Rivera Gaitán Ingrid Lorena</i>	80		
<i>Rivera Rincón Natalia Andrea</i>	138, 169		
<i>Roa Alberto</i>	34, 63		
<i>Roa Osorio María Alejandra</i>	9		
<i>Rodríguez Daza Henry Octavio</i>	35, 36		
<i>Rodríguez Diego</i>	156		
<i>Rodríguez Flórez Roberto José</i>	26, 27, 106		
<i>Rodríguez Lina</i>	105		
<i>Rodríguez María Alejandra</i>	37		
<i>Rodríguez Maria Camila</i>	87, 90		
<i>Rodríguez Mario R.</i>	156		
<i>Rodríguez Rosales Natalia</i>	153		
<i>Rodríguez Santander Luis</i>	62		
<i>Rojas A.</i>	10		
<i>Rojas Alexei</i>	120		
<i>Rojas Andrés</i>	8		
<i>Rojas Díaz Alexei</i>	51		
<i>Rojas Luis Arturo</i>	139		
<i>Rojas Susana</i>	102		
<i>Román Carlos</i>	111, 165, 170		
<i>Roman Carlos F.</i>	58		
<i>Romaña Mosquera Fredy</i>	66, 104		
<i>Romero Edwin</i>	40, 114		
<i>Romero Espitia Walter David</i>	73		
<i>Romero M. Ramiro</i>	95		
<i>Romero Muñoz Ramiro Alexander</i>	92, 138, 140		
<i>Romero Ordoñez Hernando Anibal</i>	76		
<i>Rosero German</i>	63		
<i>Rosero Germán Antonio</i>	96		
<i>Rosso Bayona Jesús David</i>	49		
<i>Rosso Fernando</i>	37, 41		
<i>Ruano Flórez Víctor</i>	100		
<i>Rubio Rubiano María Camila</i>	26		
<i>Ruiz Mazuera Laura</i>	51		
			S
<i>Saavedra Vargas Angie</i>	166		
<i>Sabogal Juan Carlos</i>	29		
<i>Salamanca Jhon</i>	40		
<i>Salamanca William</i>	60, 132, 157, 163		
<i>Salazar Andrés</i>	102		
<i>Salazar Dairo</i>	66, 104		
<i>Salazar Gómez Oscar</i>	152		
<i>Salcedo Diego</i>	20, 45, 59, 67, 68, 74		
<i>Sanabria Lina</i>	165, 170		
<i>Sánchez Agualimpia David</i>	70		
<i>Sánchez Alejandro</i>	156		
<i>Sánchez Álvaro</i>	23, 39, 82, 165		
<i>Sánchez Belkis Narváez Sebastián</i>	75		
<i>Sánchez David</i>	170		
<i>Sánchez David Leonardo</i>	166		
<i>Sánchez Diego Alejandro</i>	79		
<i>Sánchez G. Andrés</i>	95		
<i>Sánchez Gil Andrés</i>	87, 88, 92, 99		
<i>Sánchez José Manuel</i>	96		
<i>Sánchez Lucy</i>	24		
<i>Sánchez Luis Gabriel</i>	37		
<i>Sánchez M. William</i>	125		
<i>Sánchez Néstor</i>	22		
<i>Sánchez Néstor</i>	64		
<i>Sánchez Sebastián</i>	14, 15, 31, 42, 45, 46, 53, 59, 67, 68, 69, 72, 73, 74		
<i>Sánchez Susa Sebastián</i>	15, 55		
<i>Sánchez William</i>	36, 123		
<i>Sandoval Daniela</i>	38		
<i>Sanjuan Juan</i>	11, 37, 40, 139		
<i>Santacoloma Jimena</i>	158		
<i>Santafe Guerrero Marcia R.</i>	52		
<i>Santafé Marcia</i>	20		
<i>Santaló Rodríguez Lorenzo</i>	25		
<i>Santos Ana</i>	60, 122		
<i>Santrich Álvaro</i>	55		
<i>Sarmiento Fontalvo Ferney</i>	154		
<i>Sebastián Sánchez Susa</i>	20		
<i>Senejoa Nuñez Nairo Javier</i>	26, 27, 106		
<i>Senosiain Julián</i>	60, 61, 63, 65		
<i>Senosiain Julián Eduardo</i>	149		
<i>Serna Andrés</i>	79		
<i>Serna Carlos</i>	24		
<i>Serna Jose Julián</i>	72, 133, 134		
<i>Serna José Julian</i>	128		
<i>Serrano Sebastián</i>	37		

<i>Serrano Valderrama Sebastián</i>	101	<i>Urzola Martínez Ricardo Mario</i>	98, 120
<i>Shochet Bruce Robert</i>	54		
<i>Siado Guerrero Sergio Andrés</i>	168	V	
<i>Siado Sergio Andrés</i>	112	<i>Valbuena Diego</i>	63, 132
<i>Sierra Diego</i>	148	<i>Valdivieso Eduardo</i>	87, 90
<i>Sierra Diego Orlando</i>	149	<i>Valencia Amaya Natalie</i>	51
<i>Sierra Jhonny</i>	100, 163	<i>Valenzuela Sebastián</i>	33, 91
<i>Sierra Sebastián</i>	142	<i>Vargas Manuel Antonio</i>	11
<i>Siljic Ivo</i>	84, 85, 103, 139, 141	<i>Vargas Nefthalí</i>	139
<i>Silva Álvaro</i>	169	<i>Vargas Salinas Jaime Alberto</i>	29
<i>Silva Iván</i>	34, 109, 115, 118, 135, 146, 169	<i>Vásquez Arango Jesús Nazareth</i>	60
<i>Silvia Guerrero Macías</i>	168	<i>Vásquez Jesús</i>	65
<i>Solano Jaime</i>	16, 88, 164	<i>Vásquez Montañez Fiamma Lorena</i>	12
<i>Solano Jessica</i>	23, 165	<i>Vega Carlos</i>	81
<i>Solano Nicolas</i>	116	<i>Vega Neil Valentín</i>	148
<i>Solarte Herney</i>	10	<i>Velandia Osorio Aura Milena</i>	42
<i>Solarte Pineda Herney</i>	140	<i>Velásquez Acosta María Elena</i>	107, 174
<i>Solis Mónica A.</i>	110, 111, 126, 128, 131, 133, 150	<i>Velásquez C. Braulio G.</i>	103
<i>Solis Monica Alejandra</i>	128	<i>Velásquez Hoyos Andrés</i>	43, 131
<i>Solis Velasco Mónica A.</i>	132, 152	<i>Velásquez María Antonia</i>	140
<i>Soto Wisman Andres Felipe</i>	168	<i>Velásquez María E.</i>	48
<i>Suárez Causado Amileth</i>	157	<i>Velázquez F.</i>	78
<i>Suárez Gómez Andrea</i>	82	<i>Vélez C. Paula Andrea</i>	34, 145
<i>Suárez Raúl</i>	53	<i>Vélez Parra Guillermo</i>	131
	T	<i>Vera Cala Lina María</i>	52
<i>Taissoun Z.</i>	10	<i>Vergara Arturo</i>	16, 122
<i>Tamayo Andrea</i>	108	<i>Vergara Osorio Giovanni</i>	8, 138, 140
<i>Tarazona Bautista Camilo</i>	28	<i>Vergara Rafael</i>	165
<i>Tascón Realpe Jorge David</i>	29	<i>Vergara Suárez Fabio</i>	28
<i>Téllez Beltrán Diego Felipe</i>	71, 113, 173	<i>Villamil Edwin</i>	41
<i>Tinoco Laura</i>	163	<i>Villamizar Ernesto</i>	81
<i>Tobar Díaz Jorge Felipe</i>	116, 118	<i>Villarreal Ricardo</i>	15, 31, 45, 46, 90
<i>Toro Asdhar</i>	29	<i>Villate Juan Pablo</i>	80
<i>Toro Vásquez Juan Pablo</i>	65, 73, 74, 75, 142	<i>Villota Luis Gerardo</i>	86, 87
<i>Torregrosa Almonacid Lilian</i>	49	<i>Vinck Eric</i>	90, 164
<i>Torres España Nicolás Felipe</i>	83, 152		
<i>Torres Gómez Paula Liliana</i>	138, 169	Y	
<i>Torres Juan</i>	139	<i>Yepes Andrés</i>	7
<i>Torres Parada Laura Sofía</i>	127		
<i>Torres Restrepo Juan Manuel</i>	101	Z	
<i>Trochez Juan Pablo</i>	131	<i>Zanabria Lina</i>	58
<i>Trujillo Maza Elena María</i>	174	<i>Zapata Carlos Manuel</i>	91, 145
<i>Trujillo Montes Andrés Camilo</i>	158	<i>Zapata Palomino Michael</i>	110, 111, 126, 130, 131, 133, 152
<i>Tupac Ramírez Adonis</i>	9, 10	<i>Zuleta Quintero Paola</i>	149
<i>Turizo Álvaro</i>	35, 115	<i>Zuluaga Mauricio</i>	84, 84, 85, 103, 137, 139, 141
<i>Turizo Jorge Luis</i>	105, 114	<i>Zundel Natan</i>	105
<i>Urdaneta Ali</i>	22, 64, 64, 104	<i>Zuñiga S.</i>	10
<i>Uribe Andrés</i>	117	<i>Zurita Nayib De Jesus</i>	69, 70, 76, 146