

Cirugía toracoscópica de linfangioma mediastinal gigante en lactante: reporte de caso

Sergio Enrique Zavaleta-Hernández*
Enna Rodríguez*

*Cirujano pediatra. Clínica Materno Infantil San Luis.
**Médico general. Clínica Materno Infantil San Luis.
Contacto: erodriguez184@unab.edu.co - 3188135917

Introducción: los linfangiomas son anomalías frecuentes y benignas del desarrollo de origen vasculolinfático. Pueden surgir en cualquier parte del sistema linfático; la mayoría de los casos son cervicales, el 90% aparecen antes de los 2 años de edad y menos del 3% de los linfangiomas se encuentran confinados únicamente al mediastino. El agrandamiento de las lesiones quísticas es común y puede comprimir los órganos adyacentes, causando dificultad respiratoria, dificultades para alimentarse o compromiso vascular. La evolución del instrumental y las técnicas de cirugía de mínima invasión pediátrica son una alternativa poco reportada para estos casos. **Presentación de caso:** lactante masculino de 6 meses con infecciones leves de vías respiratorias a repetición, con exploración física normal, a quien en radiografía de rutina se le identifica ensanchamiento mediastinal y lesión radiolúcida en hemitórax izquierdo. Posterior tomografía mostró tumoración quística en mediastino anterosuperior y con extensión a hemitórax izquierdo, ocupando el 70% de la cavidad torácica izquierda. De forma electiva, se realizó abordaje toracoscópico con 3 puertos de 5 y 3 mm, logrando reseca de manera íntegra la lesión. **Discusión:** evolución favorable con egreso a las 72 horas posteriores a la cirugía. El estudio histopatológico confirmó linfangioma y en el actual seguimiento, transcurridos 2 años desde la intervención, el paciente se encuentra

asintomático y libre de lesión. **Conclusión:** en este caso de linfangioma mediastinal gigante, el abordaje toracoscópico fue útil, dado que optimizó el tiempo de hospitalización, hubo menor dolor y mejor aspecto cosmético. Este abordaje debe ser considerado por los cirujanos pediatras entrenados en cirugía de mínima invasión avanzada.



Pólipo fibroide inflamatorio duodenal: a propósito de un caso

Miguel Iván Rodríguez*
Leydis Vanesa Pérez**
Oscar Leonardo Torra**
Cesar Augusto Rubiano**
Nathalia Jácome Pérez***

*Cirujano general. Foscal Internacional de Colombia. Universidad Pontificia Javeriana.

** Medico General. Universidad Autónoma de Bucaramanga.

***Medico y Cirujano. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga.

Contacto: otorra@unab.edu.co - 3182115039

Introducción: El pólipo fibroide inflamatorio (PFI) o tumor de Vanek, es una lesión inflamatoria no neoplásica rara que se presenta especialmente en el estómago (80%) y con menos frecuencia en duodeno, yeyuno e íleon pudiendo ocasionar episodios de intususcepción y obstrucción intestinal. **Presentación de caso:** paciente fémina de 72 años con antecedentes de importancia de HTA, que ingresa al servicio de urgencias por cuadro clínico de 10 días de dolor abdominal persistente que no mejora con analgesia, con deposiciones y flatos positivos. Reporte de TAC contrastado, Endoscopia y Eco abdominal reportan lesión infiltrativa dependiente de yeyuno, a descartar tumor de GIST vs. Linfoma. Se procede a llevar a resección quirúrgica con reporte de histopatológico de pólipo fibroide inflamatorio a 2 cm ubicado en yeyuno con hallazgo incidental de divertículo de Meckel. **Discusión:** el PFI es una lesión submucosa única, pediculada o sésil, de localización preferentemente gástrica, que también puede aparecer en intestino delgado. La existencia de varias lesiones es excepcional y constituye el síndrome de Devon. Los principales diagnósticos diferenciales deben establecerse con los tumores del

estroma gastrointestinal (GIST). El diagnóstico sólo se confirma mediante el estudio anatomopatológico y el tratamiento quirúrgico es curativo. **Conclusión:** Los Pólipos fibroide inflamatorio constituyen un hallazgo poco frecuente y, a pesar de los avances en imágenes diagnósticas, la gran mayoría se descubre durante la intervención quirúrgica por abdomen agudo.



Gangrena de Fournier en un paciente adolescente. Reporte de caso y revisión de la literatura.

Jorge Arturo Carroll Pardo*
Margarita María Zuluaga Campusano**
Daniela María Acevedo Pérez***
Laura Sofía Torres Parada***
Alexander García Castañeda***
Alix Constanza Rivera Sanabria***
Melkin Johan Lobo Ramos****

*Médico especialista en Cirugía general, Hospital Universitario de Santander (HUS), Escuela de Medicina, Facultad de Salud. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga. Colombia

**Médica especialista en Urología, Hospital Universitario de Santander. Santander (HUS). Bucaramanga. Colombia

***Médico general, Hospital Universitario de Santander (HUS), Escuela de Medicina, Facultad de Salud. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga. Colombia

****Médico general, Hospital Universitario de Santander (HUS), Escuela de Medicina, Facultad de Salud. Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga. Colombia

Contacto: laurasofiatorres22@gmail.com - 3219258340

Introducción: la Gangrena de Fournier es una infección necrotizante polimicrobiana rápidamente progresiva que afecta la piel y el tejido celular subcutáneo de la región genital, perineal o perianal junto con escroto y pene en varones; es infrecuente, fatal y se presenta en hombres con pico de incidencia a los 61 años. Se presenta caso de paciente masculino de 12 años quien ingresó al Hospital Universitario de Santander con clínica compatible con Gangrena de Fournier manejado con desbridamiento quirúrgico, antibioticoterapia temprana con aislamiento de *Citrobacter braakii* y *Streptococcus pyogenes*. **Metodología:** se describió el caso basados en revisión retrospectiva de la historia clínica y se realizó revisión bibliográfica. **Discusión:** El caso de Gangrena de Fournier se desarrolló en un paciente masculino de 12 años, el diagnóstico y determinación quirúrgica estuvo basado en la clínica y soportado por exámenes de laboratorio. Durante el procedimiento quirúrgico se evidenció eritema en región púbica y escroto de predominio derecho de aproximadamente 4 cm de diámetro con colección purulenta de 30 cc en el tejido celular subcutáneo que desvitalizaba el 80% de la piel del escroto, se manejó en su postoperatorio en unidad de cuidado intensivo, requiriendo múltiples lavados

quirúrgicos, con evolución tórpida. **Conclusión:** la Gangrena de Fournier es una emergencia quirúrgica infrecuente en este grupo etario, es fundamental una adecuada historia clínica y examen físico para sospecharla tempranamente y tratarla. El manejo quirúrgico agresivo y antibiótico de amplio espectro, son los pilares del tratamiento, sin embargo en la mayoría de los casos no se presenta una evolución favorable.



Validación de una clasificación para el manejo y el pronóstico del trauma penetrante en región precordial

Jean A. Pulido¹
Mariana Reyes²
Jessica Enríquez²
Thalía F. Martínez²
Laura Padilla³
Carlos Pérez⁴
Luis F. Cabrera⁵
Luis M. Marroquín⁶
Mauricio Pedraza⁷

¹Médico general, Departamento de Cirugía General Universidad El Bosque, Semillero de Investigación en Cirugía General y Subespecialidades, Clínica de Marly. Bogotá. Colombia.

²Médico general, Departamento de Cirugía General Universidad El Bosque, Semillero de Investigación en Cirugía General y Subespecialidades. Bogotá. Colombia.

³Médico general, Magíster en bioética, Departamento de Cirugía General Universidad El Bosque, Semillero de Investigación en Cirugía General y Subespecialidades, Fundación Hospital Pediátrico La Misericordia. Bogotá. Colombia.

⁴Médico general, Magíster en epidemiología, residente de cirugía general, Departamento de Cirugía General Universidad El Bosque, Semillero de Investigación en Cirugía General y Subespecialidades. Bogotá. Colombia.

⁵Médico general, Cirujano general, Director de la comisión de becarios Asovasculares, Presidente del Capítulo Futuros Cirujanos - Asociación Colombiana de Cirugía, Futuro cirujano vascular y endovascular académico, Centro Médico Cobos y Universidad Militar Nueva Granada. Bogotá. Colombia

⁶Médico general, Cirujano general, Departamento de Cirugía General del Hospital Cardiovascular del Niño. Cundinamarca. Colombia

⁷Médico general, residente de cirugía general, Departamento de Cirugía General Universidad El Bosque, Semillero de Investigación en Cirugía General y Subespecialidades. Bogotá. Colombia.

Contacto: m-reyes99@hotmail.com - 3017790947

Introducción: el trauma penetrante de tórax representa el 10% de la mortalidad mundial, 55-82% en atención prehospitalaria con trauma cardíaco en países en vía de desarrollo y 85% al ingreso según manejo. Es importante validar escalas propias para la clasificación y manejo del paciente en Colombia por su alto índice de violencia. **Métodos:** estudio retrospectivo y analítico de los pacientes con heridas precordiales de un hospital de IV nivel de Bogotá, Colombia, entre enero de 2018 y abril 2020. Las variables analizadas fueron: mecanismo de lesión, estado hemodinámico de ingreso, manejo hospitalario y demográficos, análisis estadístico bivariado, correlación de Spearman y regresión logística. **Resultados:** se revisaron 499 historias clínicas. El análisis bivariado mostró una relación significativa entre la mortalidad y estado hemodinámico de

ingreso, mecanismo de la lesión, ubicación y grado, lesión cardíaca/vascular, taponamiento cardíaco, tiempo entre lesión y atención médica, reanimación hídrica, clasificación de Ivatury y nuestra ($p < 0,005$). La correlación de Spearman entre las clasificaciones mencionadas mostró utilidad clínica de la clasificación propuesta con un coeficiente de correlación adecuado. La regresión logística mostró asociación estadísticamente significativa con la mortalidad ($p < 0,005$). **Conclusión:** es necesario un manejo estandarizado en heridas precordiales enfocado en características poblacionales para mejorar la atención médica. La clasificación validada por un centro de alta experiencia en trauma en Colombia es segura, facilita el abordaje y manejo en pacientes con herida precordial penetrante, similar a la clasificación internacional.

Grado	Estado de ingreso	Manejo
I	Estable (ausencia de hipotensión TAS >90 - TAM >65), ausencia signos de taponamiento cardiaco	Radiografía de tórax y saco pericárdico con protocolo FAST o ventana pericárdica subxifoidea/ transtorácica
II	Inestable (hipotensión que no mejora con 1 litro de cristaloides y/o taponamiento cardiaco)	Toracotomía anterolateral izquierda → herida es izquierda // Esternotomía → herida derecha o paraesternal
IIIA	Inestable con signos de taponamiento cardiaco que ingresa al servicio de urgencias con signos vitales y presenta paro cardiorespiratorio presenciado	Toracotomía de resucitación en urgencias
IIIB	Inestable con signos de taponamiento cardiaco que presenta paro cardiorespiratorio durante el transporte al hospital	Toracotomía de resucitación en urgencias
IIIC	Sin signos vitales desde el inicio de la atención prehospitalaria	Necropsia

Comparación de dos técnicas quirúrgicas: laparoscopia terapéutica y laparotomía en traumatismo abdominal penetrante en un hospital de alta complejidad en Colombia

Luis F. Cabrera*
Efrain J. Isaac Gómez**
Mariana Reyes***

*Médico general, Cirujano general, Director de la comisión de becarios Asovasculares, Presidente del Capítulo Futuros Cirujanos - Asociación Colombiana de Cirugía, Futuro cirujano vascular y endovascular académico, Centro Médico Cobos y Universidad Militar Nueva Granada. Bogotá. Colombia.

**Cirujano general, Universidad El Bosque, Fundación Santa Fe de Bogotá

***Médico general, Departamento de Cirugía General Universidad El Bosque, Semillero de Investigación en Cirugía General y Subespecialidades. Bogotá. Colombia.

Contacto: m-reyes99@hotmail.com - 3017790947

Introducción: el traumatismo abdominal es una de las principales causas de muerte en la población joven en Colombia. Sus protocolos de atención determinan la laparotomía como la técnica a elección, sin embargo, la laparoscopia ha reportado grandes beneficios en la literatura con el fin de introducirla como alternativa en el manejo del paciente con trauma abdominal penetrante hemodinámicamente estable. **Método:** se realizó un análisis descriptivo, analítico y retrospectivo y los pacientes atendidos por trauma abdominal penetrante durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2018 y el 30 de octubre de 2020, en un hospital de cuarto nivel en Cundinamarca, Colombia. Se analizaron variables epidemiológicas, demográficas, preoperatorias, de la intervención y post quirúrgicas, el OR y el análisis bivariado con el fin de determinar si la técnica quirúrgica laparoscópica puede ser una opción segura en el tratamiento de pacientes hemodinámicamente estables con traumatismo abdominal penetrante. **Resultados:** se analizaron 52 pacientes (100%), pacientes llevados a laparoscopia (n=26) y pacientes llevados a laparotomía (n=27) en el contexto de traumatismo abdominal penetrante.

El análisis bivariado reportó que el tiempo quirúrgico, el volumen de sangrado y el tiempo de tolerancia de vía oral de la laparoscopia es estadísticamente significativo. Así mismo no se presentó ninguna complicación mayor ni heridas olvidadas en el grupo laparoscópico. **Conclusión:** El abordaje quirúrgico laparoscópico ofrece un escenario seguro en el manejo del trauma abdominal penetrante en pacientes hemodinámicamente estables en Colombia, con un bajo porcentaje de conversión y sin mayor porcentaje de complicaciones en comparación con la laparotomía.

Patient characteristics and surgical variables	p Value
Male	0.215‡
Average age (DE)	0.124†
Surgical time in minutes	0.008†
Bleeding in cubic centimeters	0.000†
Forgotten injuries	-
Oral tolerance in days	0.001†
Attention in Intensive Care Unit	-
Total length of hospital stay in days	0.123†

Quiste pararectal epidermoide como hallazgo incidental intraoperatorio: reporte de caso y revisión de tema.

Osman Osvaldo Alfonso Valderrama*
 María Adriana Serrano Gamboa**
 Yuli Natalia Otero Pabón***
 Sergio Andrés Castañeda Alfonso****

*Cirujano general, Clínica Chicamocha

**Médica general, Hospital Universitario de Santander

***Médica general, Hospital Internacional de Colombia

****Residente cirugía general, Universidad Industrial de Santander

Contacto: diosman2305@gmail.com - 3208230900

Introducción: los tumores del espacio pararectal tienen muy baja incidencia. La mayoría asintomáticos, por lo que el diagnóstico se realiza por imágenes o de forma incidental; se presenta el caso de una paciente adulta mayor con dolor pélvico crónico y masa en anexo izquierdo. Llevada a procedimiento quirúrgico por ginecología y cirugía general, evidencian masa pararectal sin poder realizar exéresis completa. Reporte histopatológico concluye quiste epidérmico pararectal. **Presentación de caso:** mujer de 66 años valorada por ginecología por dolor pélvico crónico. Aporta reportes de ecografía transvaginal y tomografía abdominopélvica con quiste complejo anexial izquierdo. Durante laparotomía se identificó masa en fondo de saco, detrás de la vejiga adyacente al rectosigmoides y con extensión al espacio pararectal izquierdo, mal definida, con pseudocápsula. Durante la disección presentó ruptura observándose material caseoso, no fétido,

perdiendo los planos anatómicos. Por dificultad técnica se optó por extraer el contenido y reseca parcialmente para muestra de histopatología. **Discusión:** las masas quísticas pararectales tienen incidencia de 1 en 63 000. Las manifestaciones clínicas dependen del tamaño, ubicación y efecto de masa, aunque la mayoría cursan asintomáticas. La resonancia magnética contrastada es el gold standard diagnóstico y ayuda al planeamiento quirúrgico. El manejo es la escisión quirúrgica completa según su relación a S3. **Conclusión:** los quistes epidérmicos pararectales son raros, sin epidemiología establecida. En su mayoría asintomáticos, usualmente se diagnostican de forma incidental y requieren de alta sospecha del cirujano. Es importante contar con imágenes diagnósticas y valoración integral de estas junto con el equipo quirúrgico, para realizar diagnóstico y determinar el mejor abordaje quirúrgico.

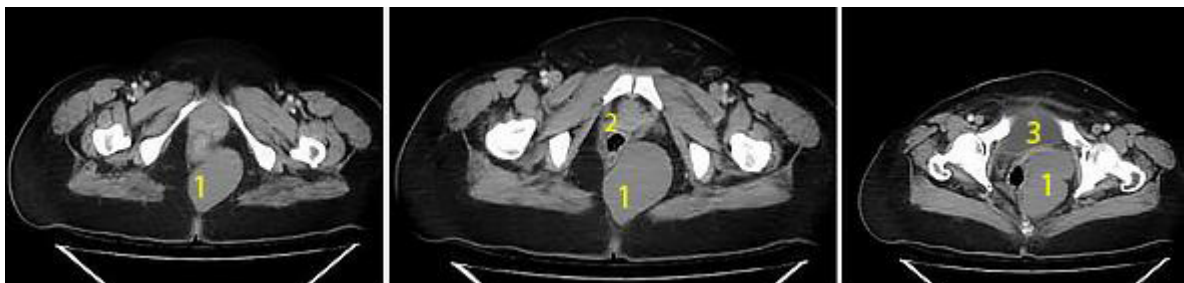


Figura 1. TAC abdomen contrastado: masa hipodensa voluminosa bilobulada localizada en la excavación pélvica pararectal izquierda, compatible con quiste de alta densidad dependiente de ovario izquierdo. (1) Masa hipodensa pararectal izquierda, (2) Recto, (3) Vejiga.

Balón gástrico migrado como causa rara de obstrucción intestinal

Osman Osvaldo Alfonso Valderrama*
María Adriana Serrano Gamboa**
Yuli Natalia Otero Pabón***

*Cirujano general, Clínica Chicamocha

**Médica general, Hospital Universitario de Santander

***Médica general, Hospital Internacional de Colombia

Contacto: diosman2305@gmail.com – 3208230900

Introducción: el balón gástrico es un procedimiento sencillo y de bajo riesgo que no está exento de complicaciones. Presentamos el caso de un paciente con obstrucción intestinal secundaria a migración del balón, alojado en íleon distal. Se dio manejo quirúrgico por laparotomía, con adecuada evolución postoperatoria. **Presentación del caso:** paciente masculino de 38 años con obesidad mórbida, con balón gástrico desde hace 1 año, consulta a urgencias por dolor abdominal y emesis. Llevado a EVDA documentando balón migrado. Se realiza TAC abdominal con signos de obstrucción intestinal secundaria a balón impactado en íleon distal. En procedimiento quirúrgico se encuentra balón gástrico alojado en íleon terminal a 5 cm de la válvula ileocecal, se procede a enterotomía y extracción vía abierta. Egresa al tercer día postoperatorio. **Resultados:** el balón gástrico puede presentar complicaciones como la migración del balón que puede causar obstrucción intestinal. Se puede prevenir con revisiones periódicas, insuflar el balón con azul de metileno para evidenciar fuga temprana y retiro del dispositivo a los 6 meses. El manejo depende de la ubicación de la impactación, la gravedad de la obstrucción y de las habilidades del equipo interdisciplinario. Gran parte de pacientes deben recibir manejo quirúrgico emergente para evitar isquemia y perforación intestinal. **Conclusiones:** la obstrucción intestinal a causa de un balón migrado es una complicación potencialmente mortal, es importante un seguimiento estricto dentro de los tiempos establecidos adoptando medidas para hacer una detección temprana. Se puede manejar vía endoscópica, laparoscópica o

laparotomía, dependiendo de las habilidades de los cirujanos y los recursos de cada institución.



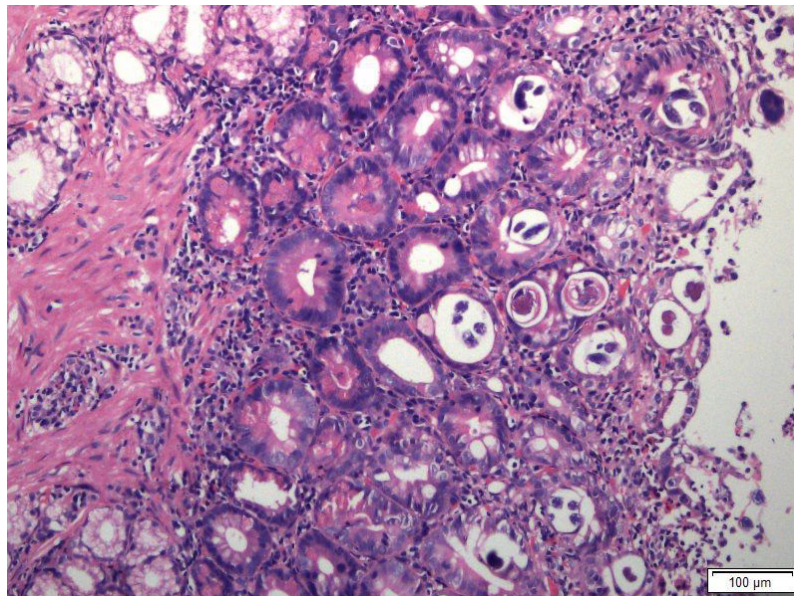
Quiloperitoneo postraumático: reporte de caso y revisión de literatura

Quintero Álvarez Freddy Mauricio*
Acevedo Pérez Daniela María**

*Residente Especialización en Cirugía General, Universidad Industrial de Santander
**Médica y Cirujana, Especialista en Epidemiología, Universidad Industrial de Santander
Contacto: damacepe22@gmail.com - 3213717707

Introducción: la ascitis quilosa o quiloperitoneo es una enfermedad rara y poco frecuente, se define como la presencia anormal de quilo en la cavidad abdominal por disrupción de la circulación linfática a nivel torácico o abdominal, se reconoce característicamente cuando se encuentra un líquido ascítico de aspecto lechoso que es debido a la presencia de quilomicrones. Se presenta caso de adulto joven quien presenta quiloperitoneo postraumático. **Métodos:** se describió el caso basados en la historia clínica y se realizó revisión de literatura. **Resultados:** paciente masculino de 22 años en pop de 9 días toracoscopia + drenaje hemotórax coagulado + laparotomía exploratoria + rafia herida diafragma + toracostomía cerrada derecha debido a dos heridas por arma corto punzante torácica posterior derecha y toracoabdominal izquierda, presentó herida de diafragma grado II, hemotórax

coagulado 500 cc y herida de arteria intercostal, adecuada evolución y egreso hospitalario, reingresa con dolor abdominal de 20 horas, intensidad severa, emesis, no tolerancia a vía oral y ausencia de deposiciones de 2 días, tomografía abdominal contrastada evidenciando ascitis, llevado a laparotomía exploratoria evidenciando colección subfrénica y pélvica de líquido lechoso no fétido de 250 cc cada una, estudio de líquido rico en proteínas y triglicéridos, cultivos negativos. **Conclusiones:** la ascitis quilosa en adultos mayores suele asociarse a cáncer, otras causas son excepcionales, pancreatitis aguda, tuberculosis y los traumatismos no iatrogénicos; el origen traumático no iatrogénico de la ascitis quilosa es excepcional, la causa no se conoce con exactitud. La clínica se caracteriza por dolor abdominal súbito, con distensión, malestar general y vómitos.



Mesotelioma peritoneal multiquístico papilar: reporte de caso y revisión de literatura

Adrián Enrique Ortiz Delgado*
Juan Fernando Guerra Forero**
Laura Carolina Rodríguez Núñez***
Alexander Arzuaga****
Fernando Iván De la Hoz*****

*Médico general Universidad de Cartagena, Médico de Cirugía en Clínica Chicamocha SA

**Médico general UNAB Médico de Cirugía en Clínica Chicamocha SA

***Médico general UNAB Médico de Cirugía en Clínica Chicamocha SA

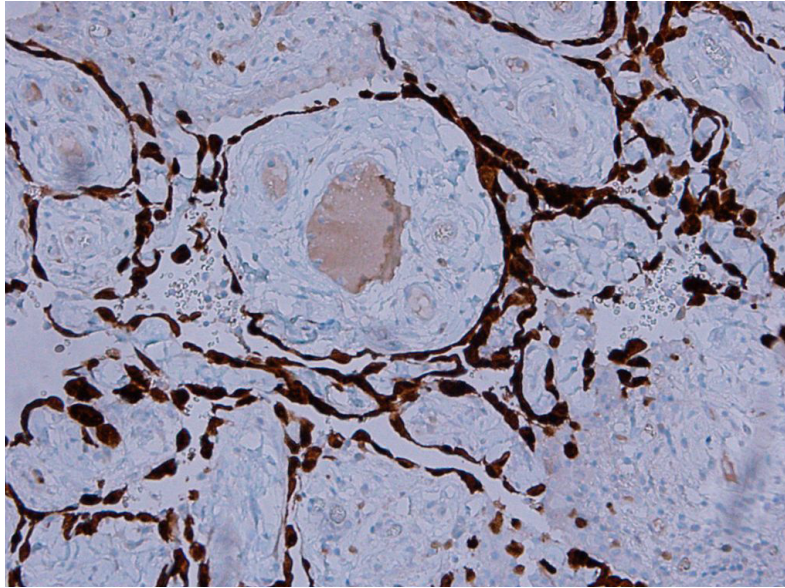
****Cirujano general UIS, Cirujano del Hospital de Málaga

*****Cirujano general UIS, Cirujano Clínica Chicamocha SA y Hospital Universitario de Santander

Contacto: adriumx79@hotmail.com - 3128427706

Introducción: el mesotelioma benigno peritoneal multiquístico es un tumor poco frecuente que se origina del mesotelio peritoneal. Es predominante en mujeres durante su edad reproductiva. Se ha encontrado asociación con antecedente de cirugía abdominal previa. Su presentación clínica es variada o inadvertida. Los estudios imagenológicos pueden servir de guía, sin embargo el diagnóstico más preciso se realiza por medio de cirugía y la toma de biopsia. La cirugía se considera el tratamiento de elección. **Presentación del caso:** mujer de 48 años quien acude a la consulta por un cuadro clínico insidioso consistente en dolor abdominal de predominio en hemiabdomen derecho, distensión abdominal y náuseas. Ecografía reporta lesión sólida quística. Antecedentes de hiperprolactinemia, hipertensión arterial, resección de quiste colónico, colecistectomía, cesárea. tomografía axial computarizada muestra colección de aspecto líquido a nivel de fosa ilíaca derecha. Se realiza laparoscopia diagnóstica encontrándose múltiples nódulos peritoneales y peri hepáticos de aspecto mucoso, masa sin delimitación comprometiendo válvula ileocecal y ciego. Se toma biopsia de nódulos peritoneales. **Resultados:** el mesotelioma peritoneal multiquístico (MPM) es un tumor que se origina en el mesotelio peritoneal, se considera extremadamente raro. No existen factores de riesgo probados para el mesotelioma quístico, pero los quistes se encuentran comúnmente en sitios de cirugía previa o enfermedad inflamatoria pélvica. La presentación clínica más común incluye síntomas

como dolor abdominal intermitente, sensibilidad o distensión y una masa palpable, sin embargo la mayoría de los pacientes se diagnostican de forma incidental durante el examen o las laparotomías por otras razones. Es difícil hacer un diagnóstico diferencial de otras lesiones neoplásicas quísticas o inflamatorias mediante imágenes. El diagnóstico diferencial incluyó ascitis loculada, carcinomatosis peritoneal, pseudomixoma peritoneal, entre otros. El tratamiento varía desde la observación hasta la resección completa. **Conclusiones:** el mesotelioma peritoneal multiquístico benigno es en definitiva un caso de escasa incidencia, lo cual se traduce en una patología poco estudiada, de la que se desconocen aún muchos aspectos, asociado a esto nos enfrentamos a una condición con cuadro clínico inespecífico y en ocasiones asintomático, por tanto de difícil diagnóstico. Por otro lado las imágenes diagnósticas pueden ser de gran ayuda en caso donde la presentación sea clásica y ya descrita, sin embargo, como en nuestro caso puede que los resultados e impresión diagnóstica mediante imágenes sea errada, lo que nos obliga hacer diagnóstico presuntivo a través de la visualización directa mediante cirugía, de preferencia laparoscópica, y confirmar nuestro diagnóstico con los resultados de la biopsia obtenida durante cirugía. Por último el tratamiento debe decidirse individualizando cada paciente, aún no se conoce cuál es el manejo más efectivo y a pesar de la escisión quirúrgica total de la lesión se ha descrito alta tasa de recidivas.



Descripción: marcador histoquímico calretinina positivo, evidenciando células mesoteliales envolviendo las estructuras quísticas.

Onfaloplastia en herniorrafia umbilical (una técnica quirúrgica diferente)

Leonardo Grisman*
 Andreina Martínez**
 Luisa Muñoz***
 Miguel Arias****
 Johan Quiroga*****

*Médico general Hospital del Sarare, Universidad de Pamplona

**Médico general, Universidad Militar

***Médico general, Universidad de Pamplona

****Cirujano general

*****Médico general, Universidad Industrial de Santander

Contacto: legrilo18@hotmail.com - 3114682950

Introducción: la reparación quirúrgica de hernias umbilicales es uno de los procedimientos abdominales más realizados a nivel mundial, aproximadamente se realizan 175 000 cada año en EE.UU. al momento de determinar la técnica a realizar se consideran aspectos anatómicos, técnicos y patologías de base en cada paciente, actualmente se cuenta con una gran variedad de opciones; teniendo en cuenta que es una patología tan frecuente y que el futuro de la cirugía se inclina a desarrollar técnicas menos invasivas y con desenlace estético favorable. Decidimos presentar una técnica quirúrgica innovadora en las herniorrafias umbilicales para dar mayor satisfacción al paciente sin importar sexo, edad, índice de masa corporal, ni extensión de la lesión, cerrando el último plano por medio de nuestra técnica usada en onfaloplastia con sutura absorbible, realizada en 310 pacientes del hospital del Sarare, en Saravena- Arauca, Colombia. **Métodos:** se realizó un estudio retrospectivo de casos y controles, comparando la nueva técnica desarrollada por el jefe del departamento de cirugía del Hospital del Sarare (Saravena, Arauca, Colombia) Doctor Miguel Ramon Arias, consistente en: herniorrafia umbilical + onfaloplastia, comparado con la técnica tradicional abierta, luego de realizar el consentimiento informado del estudio y la aprobación del comité de ética institucional se incluyeron 425 pacientes en el periodo comprendido entre el 2016 y el 2020: de los cuales 310 fueron operados con la técnica de herniorrafia + onfaloplastia (corresponden al grupo de casos) y 115 pacientes fueron manejados con la técnica abierta tradicional (grupo de controles).

Prevía autorización de cada participante revisamos la descripción quirúrgica en su historia clínica y realizamos seguimiento telefónico postquirúrgico a los 2 y 6 meses. **Resultados:** las variables a evaluar en el seguimiento de los pacientes incluyen: complicaciones asociadas al procedimiento, tiempo quirúrgico y percepción estética de satisfacción. De los 310 pacientes incluidos en el grupo de herniorrafia + onfaloplastia el 92% (287 pacientes) refirieron amplia satisfacción estética posterior a la cirugía comparado con el 52% del grupo de pacientes operados con la técnica tradicional. Es importante resaltar que no encontramos diferencia en cuanto a las complicaciones y el tiempo quirúrgico en los dos grupos, siendo infección en el sitio operatorio la complicación más frecuente, en ningún caso fue grave ni requirió reintervención. **Conclusión:** la técnica de herniorrafia + onfaloplastia representa una opción más favorable desde el punto de vista estético para el paciente y no aumenta la frecuencia de complicaciones o tiempo quirúrgico.



Colecistectomía umbilical no laparoscópica, reporte de 9 casos realizados en Hospital del Sarare, Saravena – Arauca, Colombia

Leonardo Grisman*
 Andreina Martínez**
 Luisa Muñoz***
 Miguel Arias****
 Johan Quiroga*****

*Médico general Hospital del Sarare, Universidad de Pamplona

**Médico general, Universidad Militar

***Médico general, Universidad de Pamplona

****Cirujano general

*****Médico general, Universidad Industrial de Santander

Contacto: legrilo18@hotmail.com - 3114682950

Introducción: las nuevas técnicas quirúrgicas cada vez tienden a ser menos invasivas y más estéticas, por lo que en nuestro hospital de segundo nivel, Saravena - Arauca, Colombia para el 2020 se reportaron con cirugía laparoscópica, en este póster reportamos 9 casos de pacientes que fueron llevados a herniorrafia umbilical y mediante la misma vía de abordaje se realizó colecistectomía, nuestra técnica consistió en realizar un abordaje umbilical y adicionalmente extender 3 cm en dirección cefálica para poder abordar la vesícula logrando extraerla en el mismo tiempo quirúrgico. **Presentación del caso:** se presentan los casos de 9 pacientes, todos ellos mayores de 18 años, quienes inicialmente fueron programados para realizar herniorrafia umbilical en el hospital del Sarare durante el periodo comprendido entre el 2016 y el 2020, adicional a la hernia umbilical presentan coleditiasis, al tratarse de un hospital de segundo nivel no contamos con el servicio de cirugía por laparoscopia, por lo que el cirujano tratante Doctor Miguel Ramon Arias decidió realizar un abordaje periumbilical para la herniorrafia y posteriormente prolonga en sentido cefálico 3 cm, profundizó por planos e ingresó a cavidad abdominal hasta identificar vesícula biliar, luego realizó liberación de adherencias y disección del conducto y arteria cística para poder ligarlas por separado con seda 2-0 se y luego cortarlas, libera vesícula biliar del lecho

hepático y así realizar colecistectomía total en el mismo tiempo quirúrgico. **Resultados:** no se reporta ningún tipo de complicación asociada, el tiempo quirúrgico se redujo de forma significativa teniendo en cuenta que se realizaban los dos procedimientos con la misma anestesia y los controles se realizaron en forma simultánea. No se reporta ningún tipo de complicación asociada, el tiempo quirúrgico se redujo de forma significativa teniendo en cuenta que se realizaban los dos procedimientos con la misma anestesia y los controles se realizaron en forma simultánea. **Conclusiones:** al momento de presentar este post en consideración no se encuentra disponible en la literatura médica internacional descripciones de técnicas quirúrgica similares, por lo que nos pareció importante publicar nuestra experiencia. La anatomía en hombres hace más complicado el abordaje por la distancia y la manipulación de otros órganos que se tiene que realizar por vía umbilical para localizar la vesícula, especialmente en pacientes de sexo masculino. Hasta enero de 2021 el seguimiento de estos pacientes no ha demostrado complicaciones importantes ni han requerido reintervención, sin embargo por el grado de manipulación de órganos intraabdominales se sospecha que pueden presentar adherencias a largo plazo.

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7	Caso 8
Sexo	F	F	M	F	F	F	M	F
Edad (años)	32	45	41	38	27	29	46	32
Peso (Kg)	70	66	78	65	56	63	83	54
Talla (cm)	168	166	171	158	159	162	167	160
IMC	24,8	24	26,7	26	22,2	24	29,8	21,1
P.A	76	78	104	86	71	80	111	74
Tiempo Qx	63	33	100	26	35	60	80	42

Actualización del manejo no quirúrgico del trauma hepático grado 3

Romero Lagos C.I.*
 Castro Asseff M.J.*
 Soler Hortúa K.J.*

*Médico Cirujano, Universidad El Bosque. Bogotá. Colombia.
Contacto: mariocastroasseff@gmail.com - 3017650585

Introducción: el traumatismo hepático es una de las lesiones abdominales más frecuentes en pacientes con traumatismos graves de abdomen cerrado. Su diagnóstico y tratamiento ha evolucionado conforme la disponibilidad de herramientas diagnósticas y enfoques multimodales (EVTM) asociado al estado hemodinámico, que ha permitido aumentar la probabilidad de realizar un tratamiento no quirúrgico. El objetivo es actualizar conceptos y delimitar las últimas directrices de manejo frente a las lesiones hepáticas grado III, valorando factores de riesgo para requerir una intervención quirúrgica y de fracaso terapéutico, y evaluando la eficacia del manejo propuesto. **Métodos:** se realizó una revisión sistemática basada en la evidencia actual del tratamiento propuesto mediante la búsqueda de estudios clínicos en las bases de datos PubMed, ScienceDirect y Uptodate. Se evalúa la pertinencia de cada estudio con el análisis completo de los mismos basados en el objetivo principal, para la recopilación de datos relevantes a presentar. **Resultados:** tasa de éxito del manejo no quirúrgico 92.9 - 98.3%,

con baja tasa de complicaciones y mortalidad en trauma hepático grado III (promedio 7.1 - 8.8%) vs. abordaje quirúrgico con hasta 50% de mortalidad. Se comparten criterios de selección del tratamiento con predominio de la estabilidad hemodinámica por sobre el grado de lesión hepática. Complicaciones frecuentes: hemorragias y fugas biliares (biliomas), con decisión de angioembolización y drenaje percutáneo respectivamente. **Conclusiones:** el manejo no quirúrgico del trauma hepático grado III se recomienda como tratamiento de elección en todo paciente con estabilidad hemodinámica y la angioembolización en casos seleccionados aumenta su tasa de éxito.

	WSES	AAST	Estabilidad hemodinámica
Leve	I	I-II	ESTABLE
Moderado	II	III	ESTABLE
Severo	III	IV-V	ESTABLE
Severo	IV	I-VI	INESTABLE