



Revista Cirugía del Uruguay

ISSN 1688-1281 (en línea)

Vol. 3 Número Especial

Diciembre de 2019

DOI 10.31837/cir.urug/3.esp.1



RESÚMENES

PRESENTADOS EN EL 70º Congreso Uruguayo de Cirugía

2-3-4-5 diciembre 2019



Sociedad de Cirugía del Uruguay
Canelones 2280 - Montevideo
www.scu.org.uy

PRESENTACIÓN:

Para la Sociedad de Cirugía del Uruguay que celebrara 100 años de su fundación en 2020, es un honor recibir a los colegas de América Latina y de todas partes del Mundo, para participar en el 70 Congreso Uruguayo de Cirugía y XXIII Congreso Latinoamericano de Cirugía de la FELAC, que se desarrolla en estos días en Punta del Este. Para nosotros es motivo de profunda alegría y cordial fraternidad.

Para este evento hemos elaborado un programa basado en temas clínicos prevalentes y asociando una línea de búsqueda avanzada de conocimiento, desde la patología hepato-bilio pancreática y enfermedades oncológicas digestivas hasta las últimas técnicas laparoscópicas viscerales y de cirugía bariátrica. El mercado de trabajo, investigación clínica y la educación quirúrgica ocupan espacios relevantes, así como los aspectos éticos y culturales de nuestra profesión.

Están participando en el mismo más de 125 invitados, expertos de destacada trayectoria y liderazgo internacional, que vienen de todas partes del mundo, además de los numerosos referentes de la región que desde una perspectiva más próxima y aportando sus conocimientos nos harán reflexionar sobre el desarrollo de la cirugía.

En este contexto, se está celebrando en forma conjunta el 1er. Congreso Latinoamericano de Residentes de Cirugía de FELAC, porque siempre esperamos que los cirujanos en formación, los jóvenes, nos impulsen con su producción científica; así como los colegas que de otras especialidades del 27 Congreso Iberoamericano y 7mo Congreso Uruguayo de Cirugía Torácica y el 1er. Congreso Panamericano de Cáncer Colorrectal.

Sin investigación no hay desarrollo del pensamiento crítico ni avance en el conocimiento. En este sentido, esta publicación resume la producción científica de este evento expresada a través de los resúmenes de presentaciones orales, videos y posters que reflejan la producción de conocimiento a través de un proceso intensamente participativo y de intercambio de experiencias.

Agradecemos su presencia en Uruguay para continuar con la misión de consolidar y desarrollar la cirugía del continente.



Dr. Luis Ruso Martínez. FACS.

Presidente

XXIII Congreso Latinoamericano de Cirugía



Dr. Roberto Taruselli. FACS

Presidente

LXX Congreso Uruguayo de Cirugía

AUTORIDADES DEL CONGRESO

23° CONGRESO LATINOAMERICANO DE CIRUGIA

Federación Latinoamericana de Cirugía (FELAC)

Comité Organizador:

Presidente: Luis Ruso Martínez
Secretario: Gonzalo Estapé Viana
Vocal: Mauro Perdomo
Vocal: Santiago Pose
Director ejecutivo: Natan Zundel

Comité Científico:

Argentina

Pedro Ferraina
Alberto Ferreres
Oscar Inventarza
Juan Pekolj

Bolivia

Héctor Sequeiros

Brasil

Iván Ceconello
Heladio Feitosa
Bruno Zilberstein

Chile

Xabier De Aretxabala
Italo Braghetto
Attila Csendes

Colombia

William Sánchez
Lilian Torregrosa

Cuba

Eduardo Molina

México

José Antonio Carrasco
Alberto Chousleb

Paraguay

Carlos Ferreira Russo

Gustavo Machain

Perú

David Ortega Checa

Héctor Medrano

70° CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGÍA

Sociedad de Cirugía del Uruguay (SCU)

Comité Organizador:

Presidente: Roberto Taruselli

Vice-Presidente: Claudia Barreiro

Secretaria: Carolina Guarneri

Tesorera: Patricia López Penza

Vocal: Jorge Pirotto

Jornadas de Residentes: Mauro Perdomo

Comité Científico:

Gustavo Andreoli

Carlos Barberousse

Edgardo Iber Berriel

Fernando González

Daniel González

Fernando Machado

Daniel Montano

Eduardo Olivera

Daniel Pignanesi Rañon

Andrés Salom

Martin Salvatierra

Sergio Sauto

Justino Zeballos

Oscar Balboa

Gonzalo Estapé Carriquiry

1° CONGRESO FELAC DE RESIDENTES EN CIRUGÍA**Comité Organizador:**

Presidente: Mauro Perdomo

Secretario: Santiago Pose

Comité Científico:

Maite Campos
Isabel Gabito
Camila Haro

7° CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGÍA TORÁCICA

Presidente: Gerardo Bruno
Vicepresidente: Daniel Terra
Secretario: Julio Trostchansky

27° CONGRESO IBEROAMERICANO DE CIRUGÍA TORÁCICA

Comité Organizador:

Presidente: Richard Wins Birabén
Responsable local: Guillermo Carriquiry Kayel
Secretario: Rafael Jiménez Merchan

Directiva de AIACT

Presidente. Rafael Andrade
Vicepresidente. Richard Wins Biraben
Secretario. Rafael Andrade Alegre

Comité Científico:

Argentina
Jorge Reilly

Chile
Claudio Suárez Cuzat

Colombia
Stella Martínez Jaramillo

1° CONGRESO PANAMERICANO DE CÁNCER COLORECTAL

Comité Organizador:

Eduardo Fenocchi
Juan Atilio
Daniel Montano
Gabriela Gualco

Sergio Sobrino
Herber Burgos

2° SIMPOSIO MERCOSUR DE ASISTENTES EN ENDOSCOPIA

Comité Organizador:

Virginia Márquez
Gabriela López
Loreley Seoane
Sandra Melián
Viviana Delfante
Alejandra Gamba

13° ENCUENTRO LATINOAMERICANO DE CÁPSULA ENDOSCÓPICA Y ENTEROSCOPIA

Anfitriones:

Carolina Olano
Federico De Simone

29° JORNADAS INTEGRALES DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA

Comité Organizador:

Presidente: Ana Laura Pérez
Vice-Presidente: Silvia Correa
Secretaria: Leticia Diana
Vocal: Milagros Rodríguez
Vocal: Laura Camisa
Vocal: Karina Scanzerra

Comité Científico:

Virginia Oxley
Silvia Rodríguez
Giovanna Spinetti

25° JORNADAS INTEGRADAS DE INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA

Comité Organizador:

Presidente: Bibiana da Rosa
Vice-Presidente: Melisa Machín
Secretaria: Natalia Gómez
Pro-Secretaria: Victoria Loaces
Tesorera: Gimena Picaroni
Pro-Tesorera: Verónica Carrasco

Comité Científico:

Fabiana Aguilar
Pamela Robledo
Eleanel Bentancuor

JORNADAS DE ESTUDIANTES DE INSTRUMENTACIÓN - UDELAR

Profesora Agda.: Marita Mosquera
Asistente de Clase: Andrea Bussi
Ayudante de Clase: Josefa Maquiola

2019

TRABAJOS LIBRES

Resúmenes de trabajos libres

- Pósters
- Orales
- Videos



2019

POSTERS



ABSCESO HEPÁTICO POR ÁSCARIS LUMBRICOIDE: PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE

Sarries, Florencia¹; Hernández, R²; Laguzzi, C²; Chinelli, J²; Massaferrero, G²; Rodríguez, G²;

^{1,2} Clínica Quirúrgica 2, Prof. Gustavo Rodríguez, Hospital Maciel, Uruguay

Introducción:

La infección por ascaris lumbricoides es la helmintiasis más frecuente en el humano. Las formas ectópicas son raras, como en el apéndice, el conducto pancreático, el conducto biliar o el parénquima hepático y pueden estar causadas tanto por las formas adultas o larvarias.

Caso clínico:

Sexo femenino, 31 años. Epigastralgia y fiebre de 39°C de 15 días de evolución, con discreto dolor a la palpación a dicho nivel.

Antecedente familiar de ascaridiasis de reciente diagnóstico.

Funcional y enzimograma hepático normal.

Ecografía de abdomen: en lóbulo hepático izquierdo imagen de absceso con estructura cilíndrica, serpinginosa, hiperecogénica en su interior.

Tc abdomen y pelvis: Colecciones quísticas agrupadas en igual topografía, la mayor de 5 cm.

Coproparasitario positivo para huevos de ascaris lumbricoides.

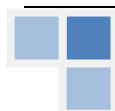
Con planteo de absceso parasitario se define realizar drenaje percutáneo y tratamiento específico con mebendazol por 30 días.

Buena evolución clínica con resolución total de las colecciones en imagen de control al mes.

Discusión:

El diagnóstico de absceso hepático se puede sospechar clínicamente, pero para confirmarlo y determinar su etiología se requieren estudios imagenológicos, pruebas de inmunodiagnóstico, pruebas microbiológicas y examen directo.

La ecografía de hígado y vías biliares suele ser el estudio inicial en el proceso de diagnóstico de esta enfermedad. En este caso reveló la presencia de una imagen poco frecuente, pero altamente sospechosa de esta etiología.



La tomografía computarizada tiene una alta sensibilidad diagnóstica (95%) y puede revelar lesiones de al menos 0,5 cm de diámetro.

El hombre se infecta al ingerir los huevos del parásito. Estos llegan al duodeno, donde las larvas penetran la mucosa duodenal y llegan a la circulación portal dirigiéndose de allí al hígado. La ascariasis hepática puede adoptar dos formas: la hepatitis granulomatosa debido a la presencia de huevos en el parénquima hepático; o el absceso por la muerte del parásito adulto, dando lugar a un foco necrótico, que puede infectarse posteriormente.

En este caso se optó por realizar un drenaje percutáneo dada la sospecha de sobreinfección bacteriana, la que se confirmó en el cultivo bacteriológico, realizando tratamiento antibiótico dirigido.



ABSCESO PARAVERTEBRAL SUBAGUDO, SECUNDARIO A GANGRENA DE FOURNIER, PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Aliaga, F¹; Soto, S¹; Copaja, P¹; Garlaschi, V¹; Pacheco, A²; Martínez, M³. ¹Universidad Finis Terrae, Chile; ²Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Chile; ³Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Universidad Finis Terrae, Chile

Antecedentes

Los abscesos paravertebrales (APv) y de psoas (APs) se pueden presentar con clínica muy variable, lo que a menudo lleva a retrasos en el diagnóstico y manejo, y por lo tanto resultar en graves consecuencias.

Objetivo

Reportar la presentación clínica de un APv y APs como complicación de un cuadro de Gangrena de Fournier, en un paciente diabético.

Material y Método

Paciente masculino de 56 años, con antecedentes de obesidad y alcoholismo crónico, ingresa inconsciente al servicio de urgencias, con hemoglucotest High y con mala mecánica ventilatoria, por lo que es intubado y hospitalizado en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con diagnóstico de Cetoacidosis diabética.

Resultados

En UCI se constata aumento de volumen fluctuante en la región perianal, asociado a exudación sero-purulenta. Se solicita TAC de abdomen y pelvis con contraste, detectándose una colección compatible con Gangrena de Fournier secundario a un absceso perianal de 13 x 5,2 cm, sin otros hallazgos. Se inicia tratamiento antibiótico de amplio espectro y es sometido a 7 aseos quirúrgicos. En el tercero, se realiza colostomía en asa sigmoidea y se instala VAC aspirativo en la lesión. En el 5º aseo, llevando 19 días hospitalizado, al realizar la anestesia espinal, se evidencia salida de líquido purulento. Se realiza un nuevo TAC de abdomen y pelvis con contraste, que informa múltiples colecciones en la musculatura paravertebral, la de mayor tamaño a nivel de L3-L4 derecha de 8,4 x 5,3 cm de diámetro, que probablemente se comunicaba con una colección en el espesor del psoas ipsilateral. Se realiza punción y drenaje de ambas por Radiología Intervencional, controlándose con RNM de columna lumbar, que muestra las mismas lesiones descritas en la segunda TAC, de menor tamaño, y abscesos epidurales posteriores. Dado persistencia de las colecciones, se aumenta dosis de antibióticos, con lo cual sumado al cierre completo del defecto, se logró mejoría total del paciente y se da de alta tras 57 días de hospitalización.



Conclusiones

El diagnóstico de APv es un desafío para el médico debido a la presentación tardía y clínica inespecífica. El diagnóstico y tratamiento oportunos, puede disminuir la morbimortalidad de los pacientes.



ABSCESO PULMONAR ASOCIADO CON MEDIASTINITIS ASCENDENTE: UN REPORTE DE CASO CLÍNICO

Caetano de Farias, Igor Eduardo, Santa Casa de São Paulo, Brazil, Farias, I. Sakae, R.; Parodi, A.; Dorgan, V.; Botter, M.; Saad, Unidad de Cirugía Torácica de la Santa Casa de la Misericordia de Sao Paulo, Sao Paulo, Brasil.

Antecedentes y objetivos:

El objetivo de este estudio fue informar y discutir la experiencia clínica de una enfermedad del parénquima pulmonar que presentó una complicación poco común que, cuando no se trata, evoluciona con una alta mortalidad.

Paciente femenina de 42 años con antecedentes de dolor en el hombro izquierdo que persistió durante 2 semanas. Progresó con el empeoramiento del dolor que alcanzó la región cervical anterior asociada con la aparición de eritema en la base del cuello. Se presentó con elevación de la región cerca de la inserción de los músculos cervicales y se sometió a drenaje percutáneo de la lesión con una pequeña cantidad de secreción serosa. Debido a la no resolución de la afección, el paciente se sometió a tomografías cervicales y de tomografía torácica, que identificaron la presencia de colecciones anteriores, torácicas retromusculares y mediastínicas cervicales inferiores. Debido a la historia clínica y los hallazgos tomográficos, se sometió a un abordaje quirúrgico urgente con toracotomía exploratoria. Durante la cirugía, se identificó la presencia de un absceso pulmonar adherido a la región de la vena cava superior que fistulizó al mediastino y a la región cervical inferior. Se realizó resección pulmonar del seguimiento afectado, drenaje y limpieza de la cavidad mediastínica y pleural. Luego, se realizó una cervicotomía exploratoria, donde se exploraron los compartimientos cervicales y se limpió la región cervical. El paciente evolucionó sin incidentes en el postoperatorio, con un control infeccioso adecuado. Los resultados anatomopatológicos así como la investigación diagnóstica complementares no mostraron una posible causa etiológica para la aparición de un absceso pulmonar, considerando la hipótesis del absceso pulmonar criptogénico.

Conclusiones:

La aparición de un absceso pulmonar en un paciente sin predisposición a condiciones clínicas, así como la evolución atípica de la fistulización al mediastino y el ascenso a la región cervical hacen que la presentación de este cuadro clínico sea única, con pocos informes en la literatura de esta forma de evolución de la enfermedad. La



ABSCESO SUBFRÉNICO IZQUIERDO TRANSITADO A TÓRAX COMO COMPLICACION DE UNA HERNIA DIAFRAGMATICA ESTRANGULADA. CASO CLÍNICO

Ferreira Pozzi, Martín; Perdomo, Pérez, M; Durand, Guastavino, E; González, González, D

Hospital Maciel, Uruguay

Antecedentes.

Las hernias diafragmáticas complicadas en adultos son infrecuentes. El tránsito de un absceso subdiafragmático a tórax como complicación de la misma es aún menos frecuente.

Objetivo.

Presentar un caso clínico de un absceso subfrénico izquierdo transitado a tórax en paciente con antecedente de hernia diafragmática estrangulada.

Caso clínico.

Paciente de 18 años, sexo femenino que 5 años previo a la consulta se operó de urgencia con diagnóstico de hernia diafragmática estrangulada que de la exploración se constató contenido gástrico, colónico y epiplón mayor y del balance lesional perforaciones gástricas que se trataron mediante rafia al igual que la brecha diafragmática.

Como complicación postoperatoria absceso extenso de hemiabdomen izquierdo que requirió nueva cirugía con drenaje del mismo y evolución tórpida con posterior salida de contenido fecaloideo por herida quirúrgica por la cual se reintervino. Se constató perforación de colon que se trató mediante resección segmentaria y detransitación mediante colostomía terminal. Luego de 3 meses se reconstruyó el tránsito intestinal.

Dos años previo al ingreso nuevo absceso subdiafragmático que se trató con drenaje percutáneo con buena evolución.

Luego de cinco meses nueva consulta por dolor de región tóraco abdominal izquierda que se estudio con TAC que constató persistencia de la colección subdiafragmática y otra a nivel torácica.

Con diagnóstico de tránsito de absceso subdiafragmático a hemitórax izquierdo se reintervino y se abordó mediante una toracotomía antero lateral izquierda. Se constató empiema que se drenó, solución de continuidad diafragmática a través de la cual se drenó colección subfrénica y posteriormente se reparó mediante rafia.

Buena evolución postoperatoria. Luego de 11 meses paciente asintomática y reintegrada a su vida habitual.



ACTINOMICOSIS PERITONEAL. REPORTE DE CASO CLÍNICO

Lucas, Maximiliano¹; Salvatierra, M²; Torres, J²; Perrone, G²; González, D². ¹Hospital Regional de Salto, Clínica Quirúrgica "3"- Regional Norte, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay., Uruguay; ²Hospital Regional de Salto, Clínica Quirúrgica "3"- Regional Norte, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay., Uruguay

Introducción

La actinomicosis es una enfermedad granulomatosa crónica causada por bacterias del género *Actinomyces*. El compromiso abdomino-pélvico presenta una prevalencia de 15 a 20 %. En la mujer se asocia al uso de dispositivo intra uterino 1. El diagnóstico preoperatorio es difícil y su presentación heterogénea dependiendo la localización intra abdominal 2. Presentamos un caso vivido en nuestro servicio.

Caso clínico

Sexo femenino, 36 años. Portadora de dispositivo intra uterino. Consulta por dolor abdominal hipogástrico de 5 días de evolución. Agrega vómitos y fiebre. Al examen físico presenta, dolor a la palpación y defensa en fosa ilíaca derecha e hipogastrio. Hemograma: leucocitosis 17000 mm. Ecografía ginecológica sin alteraciones. Con planteo preoperatorio de apendicitis aguda se realizó laparoscopia exploradora de urgencia. Exploración, apéndice sin alteraciones. Se observa tumoración epiplóica para uterina derecha de aspecto inflamatorio de 3 cm de diámetro la cual se reseca. Buena evolución posoperatoria. Alta al segundo día. Anatomía patológica actinomicosis peritoneal (Fig. 1 y 2)

Discusión

El dolor en fosa ilíaca derecha es un motivo de consulta que presenta diversos diagnósticos diferenciales en mujeres en edad fértil. La actinomicosis abdomino-pélvica como causa de dolor abdominal es infrecuente. La misma está vinculada al uso de dispositivo intra uterino. El diagnóstico preoperatorio es dificultoso debido al bajo índice de sospecha y su presentación atípica 3. Los estudios de imagen como ecografía, tomografía computarizada, resonancia magnética nuclear, no son específicos y no permiten realizar el diagnóstico específico de actinomicosis aunque en ocasiones en la TC se evidencia una masa de patrón sólido o quístico con una pared engrosada que capta contraste^{4,9}. El diagnóstico definitivo es histopatológico por punción o con la pieza de anatomía patológica^{5,6}. El tratamiento inicial es antibiótico con betalactámicos a altas dosis⁷. La cirugía está indicada cuando no hay respuesta al tratamiento médico o en casos muy avanzados de la enfermedad que requieren drenaje de absceso o resección quirúrgica siempre asociado a antibioticoterapia prolongada⁸.



ACTINOMYCETOMA ABDOMINAL: SERIE DE CASOS

Gabito, I.; Alegresa, F.; Bado, J.; Lapiedra, D.; Liz, A.; Viola, M., Hospital Pasteur, Uruguay

Antecedentes:

La infección por actinomyces es poco frecuente y puede simular una enfermedad inflamatoria intestinal, apendicitis, diverticulitis e incluso tumores malignos. Su diagnóstico generalmente es postoperatorio. Actinomyces israelii es el principal patógeno, forma parte de la flora normal de la orofaringe, tracto gastrointestinal y urogenital. Las formas clínicas más comunes son las cervico faciales (40-50%), abdomino-pélvicas (20%) y torácicas (15%). Los factores predisponentes reconocidos son: cirugía abdominal reciente, trauma, neoplasia o víscera perforada. También se han descrito numerosos casos de actinomicosis abdominopélvica asociada con el uso de dispositivos anticonceptivos intrauterinos (DIU).

Objetivo:

actualizar un tema poco frecuente y de difícil diagnóstico como es la actinomicosis abdominal, aportando al conocimiento quirúrgico.

Materiales y Métodos:

Reporte de 3 casos clínicos.

Resultados:

Los casos se presentaron en nuestro Hospital entre 2013 y 2019. Tres mujeres jóvenes entre 30 y 50 años, portadoras de DIU. Clínicamente se presentaron con tumoraciones abdominales de probable origen anexial o colónico, acompañándose en dos de los mismos de elementos infecciosos de gravedad variable. El tratamiento consistió en cirugía resectiva (hemicolecotomía derecha, sigmoidectomías y anexectomías) y tratamiento antibiótico, con evoluciones postoperatorias favorables. La anatomía patológica definitiva confirmó en los tres casos el diagnóstico de actinomicosis abdominal.

Conclusiones:

La actinomicosis es una enfermedad de presentación subaguda/ crónica, de baja frecuencia, de presentación muy inespecífica, que suele simular otro tipo de patología. Es de fundamental importancia la obtención de cultivos para despistar este tipo de cuadros. Aunque la infección es rara y su diagnóstico difícil, es fácilmente tratable y curable con el tratamiento correcto, fundamentalmente penicilinas.



ADENOCARCINOMA DE DUODENO COMO CAUSA DE ESTENOSIS GASTRODUODENAL.

Borrallo, Yessica¹; Meineri, Joaquin²; Costa, Juan Martin³; Pais, Cecilia³; Cidade, Luis².
¹Asociacion Española, Uruguay; ²Asociacion Española Primera en Salud, Uruguay;
³Asociacion Española Primera en Salud, Uruguay

Antecedentes:

El adenocarcinoma de duodeno es una neoplasia infrecuente, 0,3-0,4% de todos los cánceres gastrointestinales y el 25-45% de los tumores malignos de intestino delgado. El diagnóstico se basa en la esófagogastroduodenoscopia, ecoendoscopia y tomografía computada. En cuanto a la etiopatogenia es reconocida la secuencia adenoma – cáncer. La forma de presentación clínica más frecuente es la tríada formada por vómitos, anorexia y pérdida de peso, y el dolor abdominal por obstrucción duodenal. Gran tendencia a la invasión local, más que las metástasis a distancia, siendo el compromiso ganglionar el principal factor pronóstico. El tratamiento de elección es quirúrgico, siendo la duodenopancreatectomía cefálica en los tumores duodeno II, y en duodeno III y IV, si no existe infiltración pancreática, la duodenectomía con linfadenectomía es válida. La supervivencia descrita a los 5 años es del 13 al 50%.

Objetivo:

Presentación de caso clínico, resolución y revisión de la literatura.

Materiales y métodos:

Caso clínico. Paciente sexo femenino, 61 años. Historia de 4 meses de dolor epigástrico, tipo cólico, vómitos de alimentos ingeridos, biliosos y fétidos, sin alteración del TD bajo. Repercusión general con adelgazamiento de 20 kg. Paraclínica humoral normal. Se realiza TC en la que se evidencia estómago muy distendido, con abundante contenido, distensión del duodeno, hasta duodeno II-III, donde se identifica una estenosis de la luz. Planteo de síndrome de estenosis gastroduodenal, se coloca SNG, líquido de retención, bilioso. Ingreso para continuar valoración; Se realiza FGC, se avanza hasta duodeno III, lesión estenosante, friable, se biopsia. RM abdomen que informa engrosamiento paredes duodeno a nivel del sector distal de DIII y DIV, con estenosis de la luz. Sin compromiso a distancia. Anatomíapatólogica informa Adenocarcinoma túbulo papilar moderadamente diferenciado. Se realiza tratamiento quirúrgico, duodenectomía III-IV, duodenoyeyunoanastomosis latero-lateral. Buena evolución postoperatoria, al alta continúa inicia adyuvante por compromiso ganglionar, buena evolución.



Conclusiones:

El adenocarcinoma de duodeno es un tumor poco frecuente, siendo habitual su forma de presentación clínica como un síndrome de estenosis gastroduodenal. Diagnóstico endoscópico, tomográfico y de confirmación anatomopatológica.



ADENOMA PLEOMORFO PAROTÍDEO GIGANTE: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.

Ruiz Avalos, Diego¹; Villalba, M². ¹Hospital Nacional de Itaugua, Paraguay; ²Hospital Nacional de Itaugua Paraguay, Paraguay

Antecedentes:

El adenoma pleomorfo es el tumor benigno más frecuente de las glándulas salivales, con mayor predilección por la glándula parótida. Se presenta un caso clínico de paciente masculino de 59 años de edad, con aumento de volumen en región parotídea y geniana izquierda de 15 × 12 centímetros, de diez años de evolución, la tomografía simple de la región presenta tumoración parotídea bien delimitada, la cual afecta lóbulo superficial y profundo de la glándula parótida izquierda. Se realiza parotidectomía total con preservación del nervio facial.

Objetivo:

Presentar un caso clínico de un paciente con el diagnóstico de adenoma pleomorfo de parótida izquierda a quien se le realizó paratidectomía total.

Material y método:

Se recogieron datos demográficos, clínicos y patológicos de la historia clínica del paciente.

Resultados:

Se realizó protocolo quirúrgico y bajo anestesia general mediante intubación orotraqueal, se realiza abordaje sobre tumoración, se realiza disección por planos hasta tumoración parotídea, la cual se encuentra multilobulada, vascularizada y encapsulada, se realiza parotidectomía total con preservación del nervio facial, obteniendo pieza quirúrgica de 15 × 12 × 12 centímetros. Se realiza hemostasia y se coloca drenaje aspirativo hacia región parotídea, se sutura con Vicryl 3-0 en plano profundo y nylon 3-0 en plano superficial, se termina procedimiento quirúrgico sin complicaciones. Al tercer día del procedimiento quirúrgico se retira drenaje. Se envía a terapia física y rehabilitación y es citado en un mes para revisión, seis meses después presenta una adecuada evolución sin recidiva.

Conclusiones:

El adenoma pleomorfo es el tumor benigno más frecuente de las glándulas salivales y predomina a nivel de las glándulas parótidas. El diagnóstico se basa en la presentación clínica y los estudios por imágenes. La punción-aspiración con aguja fina permite tener un diagnóstico presuntivo preoperatorio.



El tratamiento de elección es la resección quirúrgica. La resección de los tumores parotídeos se complica por la presencia del nervio facial y el tamaño de la tumoración. Una intervención temprana mejora el pronóstico y disminuye la probabilidad de recidiva y transformación maligna.



ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA MORBI- MORTALIDAD POSTQUIRÚRGICA EN PACIENTES CON RESECCIONES PULMONARES: SEGMENTECTOMÍA Vs LOBECTOMÍA

Pastor Escartín, Irene; Figueroa Almánzar, S.; Wins, R.; Bermejo Casero, E.; Galán Gil, G.; Calderón Vargas, A., Hospital Clínico Universitario Valencia, Spain

Objetivo:

Comparar la morbilidad postquirúrgica en pacientes con resecciones pulmonares anatómicas, estableciendo diferencias entre lobectomías y segmentectomías.

Material y métodos:

Realizamos un estudio observacional retrospectivo incluyendo una serie de casos intervenidos por el mismo cirujano de segmentectomía, Enero/ 2014- Marzo/ 2019; y de lobectomía, Enero/ 2018- Marzo/ 2019. Los criterios de inclusión fueron carcinomas pulmonares no microcíticos o metástasis pulmonares, e intervención quirúrgica por VATS con resección pulmonar anatómica; lobectomía vs segmentectomía.

Evaluamos comorbilidades cardíacas, presencia de EPOC y hábito tabáquico preoperatorios. Postoperatoriamente registramos mortalidad, estancia hospitalaria, estancia en Unidad de Reanimación, complicaciones pulmonares: atelectasia, neumonía y fuga aérea persistente; y cardíacas: fibrilación auricular; y necesidad de oxigenoterapia a alto flujo. Consideramos morbilidad postquirúrgica a los eventos diagnosticados en los primeros 30 días.

Utilizamos tests de comparación de porcentajes para establecer diferencias entre ambos grupos con distintas comorbilidades preoperatorias, variable T- Student para los días de ingreso, Chi² para la estancia en REA. Las complicaciones postoperatorias fueron comparadas con tablas de proporciones, analizando la diferencia de riesgo y la OR con el método de Wolff en ambos casos. El intervalo de confianza fue del 95%.

Resultados:

Tabla 1: características de los dos grupos a estudio: 23 pacientes sometidos a segmentectomía y 43 a lobectomía. Se observó un mayor porcentaje de los intervenidos mediante lobectomía con comorbilidades cardíacas.

La mortalidad postquirúrgica de la serie fue de un 2% (1 paciente sometido a lobectomía que presentó un fracaso multiorgánico el 20º día p.o.), ($p=0,46$).

La estancia hospitalaria fue de 5 días para las segmentectomías y 6 para las lobectomías ($p=0,25$). La estancia En REA fue de 0,78 días para las segmentectomías y 1,31 para las lobectomías. 65% de los pacientes segmentectomizados tuvieron estancia en REA vs 58% de los pacientes lobectomizados ($p= 0,57$).



La **Tabla 2**: morbilidad postquirúrgica; atelectasia ($p= 0,15$), fuga aérea persistente ($p= 0,44$), fibrilación auricular ($p= 0,19$), y necesidad de oxigenoterapia a altos flujos ($p= 0,45$).

Conclusiones:

No se halló significación estadística en el análisis comparativo de la morbi-mortalidad postquirúrgica, no estableciendo diferencias entre grupos. Las limitaciones del estudio son su naturaleza retrospectiva, el número de pacientes, su base en un solo centro y la ausencia de variabilidad interobservador.



ANEURISMA VENOSO SUPERFICIAL PRIMARIO DE MIEMBRO SUPERIOR. REPORTE DE CASO.

Arciénega Yañez, P; Perdomo Reyes, C; Armand Ugón Bigi, G; González González, D, Clínica Quirúrgica 3, Facultad de Medicina, Hospital Maciel, Uruguay

Antecedentes:

Los aneurismas venosos (AV) son muy poco frecuentes, pueden afectar cualquier vena superficial o profunda. Se diferencian en primarios y secundarios. Los AV primarios, en su mayoría asintomáticos, son subdiagnosticados hasta en un 89% de los casos y excepcionalmente mencionados en las descripciones anatómicas. Se definen por un aumento de 1,5 veces o más respecto al diámetro del vaso donde asienta. Pueden ser fusiformes o saculares. No están asociados a malformación y/o fístula arteriovenosa ni a várices. Los AV superficiales (AVS) se presentan como masas visibles y palpables blandas.

Objetivo:

Comunicar el caso clínico, revisar la literatura.

Material y método:

Paciente de sexo masculino, 54 años, sin antecedentes de trauma, cirugía o venopunción sobre pliegue de codo derecho, donde presenta una tumoración, de años de evolución, bien delimitada, de 5x3cm, ovalada, lisa, blanda. Indolora. Sin latido ni frémito. Topografiada en el celular subcutáneo, móvil respecto a la piel y la aponeurosis superficial.

Planteo diagnóstico:

Lipoma. Se realizó ecografía de partes blandas que evidenció dilatación fusiforme de la rama lateral de la vena mediana antebraquial, de 45x28mm, con paredes finas y regulares. Flujo venoso turbulento en su interior, sin trombosis, diagnosticando AVS. La flebografía confirmó el diagnóstico y descartó imágenes patológicas en venas cefálica, humerales, axilar y subclavia.

Resultados:

La aproximación clínico-semiológica al paciente determinó la realización de estudios paraclínicos que diagnosticaron una patología muy poco frecuente y muchas veces subdiagnosticada. Debemos conocer su existencia, sus diagnósticos positivo y diferencial, como son el AV secundario, el pseudoaneurisma y tumoración de partes blandas. Los AVS no tienen indicación de resección quirúrgica si no están complicados ni constituyen un problema estético. Los AV profundos de los miembros, en cambio, deben ser resecados una vez diagnosticados por el riesgo de sufrir complicaciones tromboembólicas. El tratamiento de los AV viscerales se realizará según cada caso en particular.



Conclusiones:

Dada su baja frecuencia, los AVS muchas veces no son diagnosticados como tales. Debemos sospechar un AVS cuando evidenciamos una tumoración blanda en la topografía de un eje vascular y en ausencia de várices.



APENDICITIS DEL MUÑÓN APENDICULAR

Lima, Melina; Battu, C; LANDI, L; NUÑEZ, M.F; ARREDONDO, A; Francia, H, Hospital Jose María Cullén, Argentina

Introducción :

La apendicitis del muñón tras apendicectomía es una situación clínica muy rara, en la cual el resto apendicular presenta un cuadro de inflamación-infección progresiva. Su incidencia es de 1 en 50.000 casos pudiéndose presentar desde los 2 meses a los 52 años post cirugía.

Caso clínico:

La apendicitis del muñón tras apendicectomía es una situación clínica muy rara, en la cual el resto apendicular presenta un cuadro de inflamación-infección progresiva. Su incidencia es de 1 en 50.000 casos pudiéndose presentar desde los 2 meses a los 52 años post cirugía.

Tratamiento:

Laparotomía exploradora + apendicectomía+ L y d

Conclusión:

La apendicitis del muñón debe incluirse entre los diagnósticos diferenciales de dolor agudo en cuadrante inferior derecho del abdomen. En la mayor parte de los casos, constituyen cuadros graves. El diagnóstico de sospecha en pacientes apendicectomizados, así como el uso de las técnicas de imagen, permite un tratamiento precoz, limitando la alta morbimortalidad que ofrece dicha patología si se la interviene de manera tardía.



APENDICITIS EN HERNIA INCISIONAL GIGANTE: REPORTE DE CASO

Hudson Correa, Ana María¹; Toloza, Matías²; Yañez, Marcelo²; Justiniano, Juan Carlos²

¹Universidad de Chile, Chile; ²Hospital del Salvador, Chile

Antecedentes:

La apendicitis aguda en una hernia incisional es rara, hallándose pocos reportes en la literatura. Cuando se discute de hernias con contenido de apéndice cecal, usualmente se hace referencia a la documentación hecha por Amyand (hernia inguinal con contenido de apéndice cecal) o a la hernia de Garengot (hernia femoral con contenido de apéndice cecal); sin embargo, existen pocas publicaciones sobre apendicitis aguda dentro de un saco herniario incisional.

Objetivo:

Presentamos el caso de una apendicitis aguda dentro de una hernia incisional gigante infraumbilical.

Paciente femenina de 50 años, con antecedentes de diabetes mellitus, obesidad mórbida (IMC 52) y hernia incisional infraumbilical recidivada. Consulta en el servicio de urgencias del Hospital del Salvador por dolor abdominal de 3 días de evolución asociado a anorexia. Al examen físico se encuentra taquicárdica, afebril. Abdomen globuloso, hernia incisional gigante infraumbilical con pérdida del derecho a domicilio, sensible. Sin signos de irritación peritoneal. Parámetros inflamatorios elevados. Se continúa el estudio con TAC de abdomen y pelvis con contraste, que informa apendicitis aguda dentro de gran saco herniario, por lo que se decide realizar una apendicectomía abierta asociada a herniorrafia.

En el intraoperatorio se evidencia un anillo herniario de 10 cm, saco herniario con contenido de yeyuno medio, ileon distal, válvula ileocecal, ciego y colon sigmoides. Apéndice cecal flegmonoso, base sana. Escaso líquido libre seroso.

Se realiza una liberación laboriosa de adherencias, apendicectomía según técnica clásica. Reducción de contenido herniario a cavidad abdominal. Se tallan colgajos supraaponeuróticos y se realiza la herniorrafia.

La paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta al tercer día post operatorio.

Conclusión:

La apendicitis aguda dentro de un saco herniario incisional es excepcional y puede ser de difícil diagnóstico, al no presentar los signos clínicos clásicos.



AUTOTRANSPLANTE SPLÉNICO LAPAROSCÓPICO

Patroianu, ANDY, Hospital das Clinicas Da Universidade Federal de Minas Gerais, Brazil

Antecedentes:

Desde 1990, hemos realizado autotransplante splénico en más de 150 pacientes, para tratar trauma del bazo, hipertensión porta, hepatosplenomegalia mielóide debido a mielofibrosis, leucemia linfocítica crónica y enfermedad de Gaucher. El objetivo de este estudio es relatar la posibilidad de realizar implantes esplénicos autógenos después de la esplenectomía total por laparoscopia.

Paciente y método:

Una señora de 33 años de edad, con dolor splénico intenso provocado por isquemia del bazo y múltiples focos de trombosis arteriolar esplénica, fue tratada con éxito mediante esplenectomía total complementada por auto-implantes de parénquima esplénico. El bazo fue removido y cortado en 20 fragmentos, que fueron suturados al omento mayor, con chuleo de catagute cromado 3-0. Este procedimiento fue conducido con seguridad y casi sin sangrado.

Resultados:

No hubo dificultad operatoria ni complicaciones derivadas del acto quirúrgico. En el seguimiento de la paciente por un período superior a dos años, no se registraron adversidades clínicas ni recurrencia del dolor. Los exámenes imaginológicos (tomografía y ultrasonido) hematológicos e inmunológicos confirmaron la buena función del remanente esplénico. La paciente mantuvo la libido y la fertilidad en el postoperatorio.

Conclusión:

La esplenectomía total acompañada de transplante esplénico autógeno es factible por vía laparoscópica, debiendo ser considerada como una eficaz opción terapéutica.



CÁNCER DE COLON Y RECTO: ANÁLISIS COMPARATIVA ENTRE PACIENTES OPERADOS POR LA TECNICA ABIERTA Y VIDEO LAPAROSCÓPICA.

Saavedra Tomasich, Flavio¹; Abreu, P²; Testa, SI²; Silva, ELC²; Litenski, T²; Goolkate, RM².

¹Hospital de Cáncer Erasto Gaertner, Brazil; ²HOSPITAL ERASTO GAERTNER- (LIGA PARANAENSE DE COMBATE AO CÂNCER) GPO-CUR (GRUPO DE PESQUISA EN ONCOLOGIA-CURITIBA), Brazil

Antecedentes:

La cirugía mínimamente invasiva para el tratamiento de pacientes oncológicos, todavía es discutido en Brasil. Persisten dificultades de acceder a esta tecnología. El tratamiento quirúrgico video laparoscópico del cáncer de Colon y Recto ha avanzado mucho en este sentido en los últimos años.

Objetivo:

Análisis comparativo del tratamiento quirúrgico oncológico (Cirugía Abierta vs Cirugía Laparoscópica) en pacientes con tumores de colon y recto.

Material y método:

Estudio descriptivo retrospectivo comparativo, incluyendo pacientes con cáncer de colon y recto sometidos a cirugía de resección en el período de set-2009 a diciembre - 2015. Los diversos análisis estadísticos se realizaron utilizando los programas SPSS 23.0 y STATA 15, siendo $p < 0.05$ considerado estadísticamente significativo.

Resultados:

Incluidos en el análisis 515 pacientes con mediana de edad de 63.66 (54-71) años. La cirugía fue realizada de manera convencional en 447 (86,8%) y en 68 (13,2%) casos la vía fue laparoscópica. Relevante es que en la cirugía convencional se alcanzó un número de veces significativamente mayor la linfadenectomía amplia. Os ganglios positivos fueron el principal factor pronóstico encontrado en este grupo de pacientes. El seguimiento promedio de los pacientes fue de 3,4 años. La sobrevida global en 5 años fue del 72,4%, sin diferencia entre los grupos.

Conclusiones:

Ambos abordajes se muestran equivalentes en morbo-mortalidad operatoria. La supervivencia global en 5 años no fue influenciada por la vía de elección.



CÁNCER DE ESTOMAGO: GASTRECTOMÍA ROBÓTICA, RESULTADOS DE LA FASE DE IMPLANTACIÓN DEL PROYECTO COMPARADOS A LOS RESULTADOS HISTÓRICOS DEL SERVICIO.

Saavedra Tomasich, Flavio¹; Abreu, P²; Pretti, VB²; Ferreira, R²; Saavedra, D²; Silva, ELC².
¹Hospital de Cáncer Erasto Gaertner, Brazil; ²Hospital erasto gaertner- (liga paranaense de combate ao câncer) gpo-cur (grupo de pesquisa en oncologia-curitiba), brazil

Antecedentes:

La implantación de un proyecto de cirugía Robótica, necesita de un acompañamiento y análisis métricas de los resultados iniciales. En este inicio de experiencia robótica se realizaron entre otras cirugías, 13 gastrectomías que son motivo de este estudio.

Objetivo:

Presentación de los resultados de los primeros 13 casos de Gastrectomía Robótica para tratamiento de Cáncer Gástrico. Para validar este procedimiento en el ámbito institucional, como procedimiento protocolar.

Material y métodos:

Análisis de los resultados quirúrgicos obtenidos en el tratamiento del cáncer de estomago, comparando los resultados de los primeros casos sometidos a Gastrectomía Robótica con los resultados históricos del Servicio. Un total de 286 pacientes, alocados 273 en el grupo denominado histórico (sometidos a gastrectomía convencional de 2007 hasta 2017) y 13 pacientes sometidos a gastrectomía Robótica (en 2017). Los estudios fueron descriptivos comparativos retrospectivos. Los datos se analizaron utilizando los programas SPSS 23.0 y STATA15, con $p < 0.05$ considerado estadísticamente significativo.

Resultados:

En los pacientes operados por vía Robótica encontramos mayor frecuencia del sexo femenino y una mejor condición general de salud. Reflejada en 92,3% de pacientes con Performance Status 0 y 1. Ninguno de los pacientes sometidos a cirugía Robótica realizo tratamiento neoadyuvante.

Tiempo quirúrgico significativamente superior en el grupo de Cirugía Robótica, con media de 255 minutos contra 180 en general. Media de días de internación fue de 6 en el grupo Histórico y de 4 en el grupo Robótico, sin diferencia estadísticamente significativa. El número de nódulos retirados en el vaciamiento fue de 14 en general contra 17 en la robótica. No hubo diferencia en las complicaciones graves. La mortalidad operatoria fue de 3,7% en general contra 0 en los casos de operación Robótica. Por la característica de la muestra no fueron analizados los resultados oncológicos.



Conclusiones:

A pesar de la clara selección de pacientes en la fase inicial del proyecto de implantación, los resultados no demuestran inferioridad del abordaje Robótico frente a la conducta clásica. Por lo tanto, mas estudios son necesarios para conclusiones definitivas. La realización de gastrectomía con vaciamiento ganglionar vía robótica es factible y con resultados aceptables hasta el momento.



CÁNCER GÁSTRICO CONCOMITANTE CON LIPOMA DUODENAL, REPORTE DE UN CASO.

Varela Vega, Martín; Baranov, Sofía; Beraldo, Gerardo; Cubas, Santiago; Santiago, Pablo; Irisarri, Verónica, HCFFAA, Uruguay

Antecedentes:

los lipomas de tubo digestivo son infrecuentes, y su ubicación en el duodeno constituye una rareza (un 3% de todos los tumores benignos del tubo digestivo superior). La concomitancia con un adenocarcinoma gástrico es excepcional, y su hallazgo plantea un problema táctico y terapéutico.

Objetivo:

Presentamos a continuación el caso de un paciente con un cáncer gástrico y un lipoma de la primera porción duodenal de diagnóstico y resolución en nuestro servicio.

Materiales y Métodos:

presentación en póster.

Caso clínico:

paciente de 81 años que consulta por cuadro de anemia y dispepsia atípica. FGC evidencia lesión ulcerada de cuerpo gástrico y tumor submucoso de duodeno 1. La AP de la úlcera gástrica es compatible con un adenocarcinoma, en tanto la mucosa del duodeno es normal. La TC evidencia un engrosamiento de la cara anterior del cuerpo gástrico con algunas adenopatías de curvatura menor. Y en la primera porción de duodeno una lesión de densidad grasa que ocupa la totalidad de la luz: se decide gastrectomía total oncológica con sección duodenal en su primera porción comprendiendo en su totalidad el lipoma duodenal. Como incidente postoperatorio neumonía que requiere intubación y CTI, con buena evolución posterior. La AP es consistente con un adenocarcinoma gástrico y un lipoma duodenal sin elementos de malignidad.

Conclusiones:

los lipomas del tracto gastrointestinal son poco comunes, y su topografía duodenal una rareza. Pueden manifestarse por sangrado digestivo alto, elementos de estenosis duodenal, intususcepción o ser asintomáticos. Su concomitancia con un cáncer gástrico es excepcional (en una revisión en PubMed encontramos un solo caso publicado) , y en ese caso el lipoma pierde jerarquía ya que no tiene potencial de transformación maligno. De todos modos es de importancia en la táctica quirúrgica, ya que el cierre de la primera porción duodenal es un punto de riesgo en vistas a una eventual falla del muñón.



CA RECTAL EN RECTOCOLITIS ULCERATIVA.

Cáceres, Martín; Delgado, Juan, D. J.; Amarilla, Rodrigo, A.C.; Muñoz, Daniel., M.D.; Melo, Ingrid, M.I., Hospital de Clínicas, Paraguay

La enfermedad inflamatoria intestinal se asocia a un riesgo aumentado de cáncer colorrectal. Que se relaciona principalmente con la inflamación crónica de larga evolución.

Los factores de riesgo reconocidos son la duración y la extensión de la enfermedad, o la presencia de signos de inflamación grave endoscópicos o histológicos, la colangitis esclerosante primaria, los antecedentes familiares de cáncer colorrectal, y en algunos estudios, el diagnóstico en edad juvenil.

Desde la primera descripción realizada por Crohn y Rosemberg, la EII es reconocida como una condición de alto riesgo para el desarrollo de CCR. 1

En 2001, Eaden et al publicaron un meta análisis de estudios de centros terciarios de referencia, hospitales generales y estudios poblacionales sobre desarrollo de CCR en CU. La prevalencia se estimó en un 3.7% en pacientes con pancolitis 5.4%. la incidencia fue de 3/1000 personas-año de duración de enfermedad (pad), y el riesgo acumulado tras 30 años de enfermedad se situó en 18.4%.

En este metanálisis se apreció que la edad juvenil al momento del diagnóstico presentaba un aumento de riesgo de CCR y que la incidencia de CCR en CU diagnosticada en la infancia es superior a la CU diagnosticada en adultos.1

En paciente con CU el riesgo de CCR sincrónico o metacrónico es algo en caso de detección de displasia aguda o displasia asociada a lesión o masa. (33-45% y 25 a 32% respectivamente). en caso de detección de displasia indefinida e la colonoscopia inicial, la progresión a neoplasia avanzada ocurre en alrededor el 13%.1

El adenocarcinoma asociado a EII afecta a pacientes mas jóvenes que el adenocarcinoma esporádico y frecuentemente es mal delimitado irregular y multifocal(10-30%). puede ser plano no visible o simular una estenosis, un ulcera o un pólipo inflamatorio. Histológicamente la mayoría son carcinomas convencionales de bajo grado pero también hay diferencias de incidencia en su tipo histológico respecto a la población general. 11% con bien diferenciados, adenocarcinoma tubular de bajo grado; 7% son de tipo serrado, 15-30% con adenocarcinomas mucinosos, 7% del tipo anillo de sello.2

Se sugiere que el adenocarcinoma en la EII se desarrolla según la secuencia, inflamación, displasia epitelial, carcinoma invasivo. 2



CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE OSTOMIZADO. ESTUDIO OBSERVACIONAL POR ESCALAS SF-36V2 HEALTH SURVEY.

Wagner, Gabriela¹; Invernizzi, L²; Soumastre, D²; Varela, F²; Frisch, M²; Bentancor, L²; Pouy, A²; Zeballos, J². ¹Hospital Maciel, Uruguay; ²Facultad de Medicina, Uruguay

Introducción:

Se denomina ostomía a la externalización digestiva, urinaria o respiratoria mediante una técnica quirúrgica. Colostomía o ileostomía, definitivas o temporales, se utilizan frecuentemente para resolución de diversas patologías.

Esto genera modificaciones en la dimensión física del individuo, en lo funcional como en lo estético, repercutiendo en la esfera emocional y social, por ende en su calidad de vida (CV).

Existe evidencia sobre el impacto en la calidad de vida de los pacientes ostomizados a nivel mundial pero encontramos poco conocimiento a nivel regional y local sobre esta temática.

Objetivo:

Determinar posible afectación en la CV de los pacientes portadores de ostomías digestivas bajas (ODB), identificando qué dimensiones de las evaluadas en la escala son más afectadas.

Generar conocimiento que propicie mejores políticas sanitarias para los pacientes ostomizados.

Materiales y métodos:

Se muestran primeros resultados de un estudio en marcha tipo observacional descriptivo prospectivo que incluye pacientes con ODB de la unidad de coloproctología de la Clínica Quirúrgica "3", Hospital Maciel.

La Calidad de Vida fue evaluada mediante la Versión española de SF-36v2 Health Survey 1996, 2000 adaptada por J. Alonso y cols 2003. Se realizaron entrevistas presenciales y las respuestas se transformaron de forma lineal en una escala de 0 a 100 puntos.

Resultados

Se incluyeron 6 pacientes portadores de ODB que se realizó restitución del tránsito digestivo bajo entre Mayo de 2019 y Julio 2019.

Se evidenció una afectación global de la Calidad de Vida en el total de los pacientes. La afectación en la salud mental (76,6%) y sobre la percepción de vitalidad (66,7%) fueron las más altas. Siendo en la vitalidad más marcada en los más jóvenes. La presencia de dolor fue resaltado siendo limitante en el 68% de ellos. Todos presentaron afectación de su actividad diaria habitual por su salud física, y la afectación emocional fue mayor en mujeres (67% vs 42%).



Discusión

Existe disminución de la CV global y una afectación clara en la vida cotidiana en los pacientes con ODB. Creemos importante generar consciencia de esta afectación ante la posibilidad de evitar la realización de una ostomía y de disminuir los tiempos de restitución del tránsito en las ostomías temporales.



CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL DE REGIÓN GLÚTEA -- A PROPÓSITO DE UN CASO

Garmendia, Jimena; González, D, Hospital Maciel, Uruguay

Antecedentes

El carcinoma de células de Merkel es un carcinoma primario de células neuroendócrinas de la piel, las células de Merkel.

Es un tumor raro, altamente agresivo y constituye la segunda causa de muerte por cáncer primario de piel.

Presenta baja prevalencia ha habido un aumento progresivo en su incidencia.

De etiopatogenia multifactorial, se destacan factores como: exposición solar, inmunodeficiencias y un nuevo poliomavirus, el cual se asocia al 80% de los casos.

Se manifiesta como un tumor solitario, indoloro, eritematoso o violáceo, brillante, cubierto de piel sana y de rápido crecimiento.

El CCM se localiza en un 90% áreas fotoexpuestas. Se ha informado compromiso de otros sitios de piel protegida del sol, incluyendo vulva, pene, faringe, mucosas nasal y bucal y glúteos. En región glútea hay sólo 2 casos publicados.

El diagnóstico es histológico y se complementa con el análisis inmunohistoquímico.

Las pruebas de imagen se centran en la estadificación locoregional y a distancia.

El estudio de elección para la estadificación es la TC con contraste.

La estadificación se realiza en base al TNM de la AJCC.

El tratamiento varía según el estadio y conlleva un abordaje multimodal que incluye cirugía local y regional, RT y QT. La inmunoterapia es la modalidad más innovadora.

Objetivo

Presentar un caso clínico de CCM en un topografía excepcional.

Material y método

Se presenta un caso de un paciente de 63 años, sexo masculino, que consulta por tumoración glútea de 1 año de evolución, de crecimiento lento, color violáceo, dura, de 2 x 2cm. Se realiza resección con anestesia local. Se confirma mediante histología e IHQ carcinoma de



células de Merkel. Se realiza estadificación mediante TC y PET. Se completa tratamiento con radioterapia adyuvante del lecho tumoral.

Conclusiones

El desconocimiento y subvaloración de éstas lesiones conlleva un aumento significativo de las tasas de recidiva locoregional y metástasis a distancia. En el paciente presentado, además, la presentación atípica debido a la topografía excepcional hacía incluso aún más difícil su diagnóstico. Su correcta identificación, estadificación así como el tratamiento multimodal es indispensable para lograr óptimas tasas de sobrevida libre de enfermedad y sobrevida global.



CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE PRIMARIO DE PULMÓN

Bodega, Laura¹; Ormaechea, E²; Toscano, L²; Salisbury, S²; Terra, D². ¹Hospital Central de Las Fuerzas Armadas, Uruguay; ²Laboratorio APUR - Hospital Británico, Uruguay

Antecedentes

El carcinoma mucoepidermoide es un tumor de tipo glándula salival, constituido por células secretoras de mucina, células escamosas y células intermedias. Se originan de las glándulas salivales menores dispuestas a lo largo del árbol bronquial. Representan menos del 1% de los carcinomas pulmonares.

Objetivo

Reportar un caso inusual de un tumor primario de pulmón.

Material y métodos

Presentamos una paciente de sexo femenino, 62 años, con nódulo pulmonar en lóbulo medio. Se decide resección con consulta intraoperatoria.

Resultados

Consulta Intraoperatoria: se recibe pieza de lobectomía media en la cual se reconoce un nódulo bien delimitado, endobronquial, sólido, blanquecino, de 26x15x12 mm.

Citología y corte a congelación no concluyente para malignidad.

Estudio diferido: se reconoce una proliferación epitelial con los caracteres morfológicos de un Carcinoma mucoepidermoide, de bajo grado.

El estudio inmunohistoquímico fue compatible.

Discusión

Los tumores de tipo glándula salival primarios de pulmón son raros e incluyen el Carcinoma mucoepidermoide, Carcinoma adenoide quístico y el Carcinoma epitelial - mioepitelial. De éstos el Carcinoma mucoepidermoide es el más frecuente. En la clasificación de la OMS 2015 se divide al Carcinoma mucoepidermoide en bajo y alto grado.



El diagnóstico diferencial que debemos plantear en este caso es con el carcinoma mucoepidermoide símil, presentando importancia la inmunomarcación para TTF-1.

Conclusiones

El caso que presentamos muestra la histopatología y topografía más frecuente acorde a los datos reportados en la literatura.



CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES: REPORTE DE UN CASO EN PACIENTE MENOR DE 20 AÑOS.

Ruiz Avalos, Diego¹; Villalba, M²; Franco, J² ¹Hospital Nacional de Itaugua, Paraguay; ²hospital nacional de Itaugua Paraguay, Paraguay

Antecedentes:

El carcinoma papilar de tiroides (CPT) es la neoplasia maligna más frecuente de la tiroides, representa un 80 a 90%. Suele comportar un pronóstico excelente. Más frecuente en mujeres de 30 a 50 años y solo el 10% se manifiesta antes de los 21 años. Su capacidad metastásica es baja, pero cuando ocurre, suele diseminarse por vía linfática. Se reporta el caso de una paciente de 20 años de edad a quien se le realizó tiroidectomía total más vaciamiento ganglionar lateral derecho por un carcinoma papilar de tiroides con metástasis a ganglios cervicales.

Objetivo:

Presentar un caso clínico de un paciente de 20 años con el diagnóstico de cáncer papilar de tiroides con metástasis a ganglios cervicales. Se realizó tiroidectomía total más vaciamiento ganglionar lateral derecho.

Material y método:

Se recogieron datos demográficos, clínicos y patológicos de la historia clínica.

Resultados:

El procedimiento quirúrgico que se realizó fue Tiroidectomía total más vaciamiento ganglionar lateral derecho. Se constató glándula tiroidea aumentada de tamaño 10 veces su tamaño normal con un nódulo de 4 cm de diámetro en el lóbulo derecho adherido al músculo infrahioideo. Se constata nervio laríngeo recurrente derecho con trayecto intratumoral. Se constata ganglio aumentado de tamaño en niveles II, III, IV, VI y VII el mayor de ellos de 3 cm.

La anatomía patológica informaba carcinoma papilar de tiroides, infiltrante, multifocal, variedad usual. El tumor mayor mide 2.8 cm en lóbulo derecho. Focos adicionales en lóbulo izquierdo e istmo. Todas las lesiones confinadas a la glándula.

Ganglios linfáticos del nivel IIA: metástasis de carcinoma papilar en 5 de 14 ganglios disecados. Ganglios linfáticos del nivel IIB: sin evidencia de carcinoma en tres ganglios disecados. Ganglios linfáticos del nivel III: metástasis de carcinoma papilar en 3 de 7 ganglios disecados. Ganglios linfáticos del nivel IV: metástasis de carcinoma papilar en 2 de 6 ganglios disecados. Ganglios linfáticos del nivel VII: metástasis de carcinoma papilar en 4 de 7 ganglios disecados



Conclusiones:

Para el cáncer papilar el tratamiento de elección es la ablación quirúrgica cuando el nódulo mide al menos 1 cm: Tiroidectomía total más vaciamiento ganglionar modificado respetando el: Musculo esternocleidomastoideo, vena yugular interna y nervio espinal.



CARCINOMA PAPILAR EN REMANENTE DE CONDUCTO TIROGLOSO

Sánchez, Lianet¹; Martínez, Marysol²; Garagorry, Francisco²; Cubas, Santiago²; Canessa, César²

¹Hospital Español, Uruguay; ²Hospital de Clínicas, Uruguay

Antecedentes:

El quiste del conducto tirogloso de His o Bochdalek es la enfermedad congénita cervical más frecuente con una incidencia del 7%. En menos del 1% de los casos pueden aparecer cambios neoplásicos, sobre todo en personas mayores de 40 años. El carcinoma papilar es el diagnóstico histopatológico más frecuente de neoplasia (aproximadamente 150 casos publicados). Se presenta habitualmente como una masa asintomática en la línea media del cuello.

Objetivo:

Presentar un caso de una paciente con gran quiste cervical central con carcinoma papilar tiroideo en remanente de conducto tirogloso.

Material y métodos:

Paciente del sexo femenino de 75 años con antecedentes de HTA, ACV con tumoración quística asintomática, de más de 25 años de evolución con crecimiento progresivo, en cara anterior y lateral del cuello de 12cm x10cm, polilobulada, renitente, indolora, adherida a la piel con base de implantación ancha.

Ecografía y Tomografía computada evidenciaron gran masa quística de la línea media, multitabcada con contenido denso que determina efecto de masa y desplaza estructuras de la línea media. Área sólida con calcificaciones en el sector lateral derecho por delante de los vasos del cuello. No se origina del tiroides.

Resultados:

Se realizó cervicotomía de Kocher y resección de tumoración quística sin tiroidectomía. La anatomía patológica informó carcinoma papilar tiroideo en remanente de conducto tirogloso.

Conclusiones:

El diagnóstico de carcinoma papilar en quiste del conducto tirogloso es de baja frecuencia debido a que es por lo general una enfermedad asintomática. El tratamiento no está estandarizado existiendo la opción de realizar tiroidectomía total en un segundo tiempo o la vigilancia estrecha del paciente en la evolución.



CARCINOMA SEBÁCEO EXTRA OCULAR. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Morgade, Paula¹; Fraga, Sebastian². ¹Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Uruguay;
²Servicio Médico Integral, Uruguay

Antecedentes:

El Carcinoma Sebáceo es un tumor anexial poco común que presenta un curso clínico agresivo con tendencia a la recurrencia local y metástasis a distancia. Su etiología es desconocida. En el 75% de los casos se presenta en la región peri ocular aunque puede aparecer en cualquier parte del cuerpo.

Caso clínico:

Se trata de una mujer de 72 años que consulta por una tumoración a nivel de partes blandas en la zona perianal de meses de evolución, indolora, con aumento de tamaño progresivo.

Al examen físico se destaca una tumoración de 3 cm de diámetro mayor a nivel perianal izquierdo, hora 3, firme, irregular, indolora sin ulceraciones.

Se decidió coordinar biopsia exéresis de la tumoración. La anatomía patológica informa: carcinoma sebáceo.

Discusión:

El carcinoma sebáceo es infrecuente, se ve sobre todo en personas mayores con predominio en mujeres, frecuente a nivel de los párpados pero sus manifestaciones extra oculares son a su vez mucho más raras.

En la mayoría de los casos se presenta clínicamente como nódulo subcutáneo o una tumoración firme, a veces pediculada, con coloración variable entre el rosado y el rojo, que en ocasiones muestra una tonalidad amarillenta. En un tercio de los casos la lesión tiende a la ulceración o al sangrado espontáneo. Generalmente es asintomático.

Se caracteriza por un comportamiento agresivo con alta tasa de metástasis regionales y a distancia.

Puede ser esporádico o sobre todo los extra oculares pueden asociarse al síndrome de Muir-Torre, una enfermedad genética asociada a neoplasias, por lo que estos pacientes recomiendan valoración cuidadosa con una historia oncológica personal y familiar amplia además de pruebas complementarias y seguimiento estrecho en busca de otras neoplasias.

El tratamiento de elección de estos tumores consiste en la resección quirúrgica, con márgenes de 5 a 6 mm y ante la evidencia clínica de compromiso ganglionar se realiza vaciamiento de la cadena linfática correspondiente.



CASO CLÍNICO: NEUMATOSIS INTESTINAL SECUNDARIA A COLECISTITIS AGUDA LITÁSICA

Baranov, Sofia¹; Larrosa, G²; Varela, M²; Zeballos, J²; Da Rosa, A²; Monge, G². ¹DNSFFAA, Uruguay; ²Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Uruguay

Antecedentes:

La neumatosis intestinal es la presencia de aire en la pared del tracto gastrointestinal, con una prevalencia de 3 por 10.000 habitantes en estudios de autopsias.

Es reconocido como signo imagenológico y se ha descrito en mas de 60 patologías tanto medicas como quirúrgicas.

Se la puede clasificar como neumatosis quística intestinal, neumatosis intestinal y pseudoneumatosis.

La colecistitis aguda litiásica es la inflamación de la vesícula biliar como consecuencia de la impactación de un lito a nivel del bacinete, patología, que como sabemos, es extremadamente frecuente en nuestro medio.

Objetivo:

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino, de 88 años de edad , institucionalizada por deterioro cognitivo que se presenta con dolor abdominal difuso, distensión abdominal y detención del transito para materias y gases de 5 días, que previo a la consulta movilizó abundantes materias normales. Al examen físico se destaca RHA aumentados en frecuencia y dolor a la palpación difusa sin elementos de irritación peritoneal. De la paraclínica se destacaba leucocitosis y falla renal leve. En la radiografía abdomen se evidencio colon transverso distendido con niveles hidroaereos, la TC abdomen y pelvis mostró marcada distensión de la vesícula biliar, de paredes engrosadas con litiasis en su interior. Marco cólico y asas delgadas distendidas con niveles hidroaereos. Burbujas aéreas que impresionan estar por fuera de la luz intestinal.

Materiales y métodos:

Se presenta poster con revisión del caso clínico.

Resultados:

Se realizo laparotomía exploradora, se exploró intestino delgado sin evidencia de isquemia o perforación. Presentaba burbujas de contenido aéreo a nivel parietal.

Del resto de la exploración abdominal se destaca vesícula biliar edematosa, con pseudomembranas y litiasis impactada por lo que se realizo colecistectomía abierta y toilette peritoneal.



Conclusiones:

La neumatosis peritoneal es un entidad relativamente frecuente en la que es importante reconocer que no todos los casos se deben a patología quirúrgica y dentro de estos identificar la etiología para realizar tratamiento dirigido.



CIRUGÍA EN LECHO: EJEMPLO DE CASO

Lima, Melina¹; Landi, L²; Battú, C²; Rossi, D²; Francia, H². ¹Hospital José María Cullén, Argentina; ²Hospital José María Cullén, Argentina

Las cirugías realizadas en el lecho del paciente son infrecuentes pero muchas veces necesarias debido al monitoreo continuo del paciente crítico que requiere asimismo de diálisis continua. Consideramos que, en situaciones extremas, cualquier cambio o modificación de su tratamiento para cirugía (incluso el traslado del paciente) puede aumentar su morbimortalidad. Presentamos un caso de cirugía en lecho



CIRUGÍA DE BYPASS GÁSTRICO PARA TRATAMIENTO DA DOENÇA DE REFLUXO GASTROESOFÁGICOS EM PACIENTES OBESOS COM IMC > 30

Petrini Souza, Willy¹; Sandri, Gabriel Moretto²; Silveira, Aline²; Ranieri, Rodrigo¹; Landivar, Caroline¹; Nunes, Fernando Furlan¹. ¹Gastromed, Brazil; ²Faculdade São Leopoldo Mandic, Brazil

Introdução

Obesidade e DRGE são condições prevalentes e se tornaram um problema de saúde pública, sendo que na população obesa, a condição de doença do refluxo gastroesofágico é entre 50 e 100%. Quando em comparação, as técnicas de funduplicatura laparoscópica definida como a abordagem cirúrgica padrão ouro perde quando em comparação com o bypass gástrico e o bypass em Y-de-Roux para tratamento de DRGE, dando os últimos definidos como as melhores opções já que apresentam menor taxa de complicações e recorrências que a primeira.

Objetivo

Revisar os últimos artigos da literatura sobre a utilização da técnica de Bypass gástrico no tratamento da DRGE associada à obesidade.

Metodologia

Revisão literária realizada a partir da utilização das plataformas científicas: Pubmed, Scielo e Lilacs tendo por palavras-chave "doença do refluxo gastroesofágico", "obesidade" e "bypass". Foram selecionados as publicações de maior relevância nos últimos anos, excluindo artigos referentes a "relato de caso", "Doença de Barret" e a abordagem exclusiva de outras técnicas.

Resultado

Foram avaliados 144 artigos publicados nos últimos 13 anos sendo que 66 aplicaram-se à pesquisa, sendo que em 98,2% deles, o bypass gástrico em Y-de-Roux como o principal método para tratamento de DRGE em pacientes obesos. Tal técnica, segundo as observações promove perda de peso estimada entre 60 a 79,5% de perda de peso estimado em um ano, reduzindo a produção de ácido gástrico, diminuindo a pressão abdominal entre o esfíncter esofágico inferior melhora ou resolução de comorbidades associadas à obesidade como hipertensão e dislipidemia, diminuição ou resolução dos sintomas da DRGE, diminuição no uso de inibidores de bomba de prótons. Entretanto, também foram citadas desvantagens a longo prazo, tais quais sangramento gastrointestinal e deficiências nutricionais. Analisando outras técnicas (banda gástrica, Sleeve), os resultados obtidos mostraram melhora quanto à perda de peso e conseqüentemente melhora de certos sintomas da DRGE, porém também foi notado, devido ao comprometimento de mecanismo anti-refluxo, aumento da pressão intragástrica, além de alguns pacientes que tiveram piora do quadro clínico e até aparecimento de DRGE.



Conclusão

O bypass gástrico em Y-de-Roux é a melhor opção para o tratamento da Doença do Refluxo Gastroesofágico, combinada com a obesidade apesar de suas complicações.



CISTOADENOMA BILIAR, TUMOR HEPÁTICO INFRECLENTE.

Barrera Zamorano, Augusto Antonio; Cancino Viveros, Alejandro, Universidad de Chile - Hospital Clínico San Borja Arriarán, Chile

Antecedentes:

El Cistoadenoma biliar (CAB) es un tumor raro, representando menos del 5% de las lesiones de naturaleza quística[1]. Se trata de una neoplasia de difícil diagnóstico diferencial y que requiere de tratamiento quirúrgico por su potencial riesgo de malignización. Existe escasa literatura respecto de este tumor.

Objetivo:

Reportar un caso de Cistoadenoma biliar operado en nuestro servicio y discutir aspectos de su diagnóstico y tratamiento.

Materiales y métodos:

Mujer de 60 años operada en nuestro centro. Se realizó exéresis tumoral mediante segmentectomía IVB, resección no anatómica de segmentos II y V más colecistectomía. Biopsia demostró Cistoadenoma Biliar.

Resultados:

La mayoría de los pacientes son mujeres de edad media (85%)[2]. Se presentan con dolor abdominal (57.3%), plenitud abdominal (20.2%) y saciedad precoz (12.5%). Ictericia es poco frecuente (11%), mientras que otros serán asintomáticos (13.7%)[3]. Los marcadores tumorales (Ca 19-9 y CEA) pueden encontrarse elevados, pero no son un elemento fidedigno para el diagnóstico, ya que tienen niveles muy heterogéneos[1]. Se ha reportado que niveles de Ca 19-9 y CEA císticos, en un 100% de los casos de CAB estarían elevados, versus otras lesiones quísticas hepáticas[1]. Los hallazgos radiológicos: nódulos murales, componente sólido e hipervascularización, son útiles para diferenciar CAB de CACB (91% de VPN); en ausencia de estos, es altamente probable que se trate de un CAB y no de un CACB[2]. El riesgo de recurrencia está directamente relacionado a una resección incompleta tumoral, por lo que el destechamiento, aspiración, resecciones no anatómicas y la laparoscopia, se han asociado a un mayor porcentaje de recurrencia y malignización[2]. Otro factor asociado con el riesgo de recurrencia y peor pronóstico fue la presencia de células fusiformes / estroma ovárico en la histología[2].

Conclusiones:

Los CAB son tumores infrecuentes, afectan principalmente a mujeres cercanas a los 50 años. El diagnóstico es difícil, no existen marcadores séricos altamente sensibles ni específicos, sin embargo, su medición cística podría ser de utilidad. Los hallazgos imagenológicos tendrían un rol más de descarte que de confirmación. Las resecciones tumorales incompletas



(destechamiento, aspiración, resecciones no anatómicas, laparoscopia) se han asociado a un riesgo de recurrencia de hasta un 20%.



CISTOADENOMA MUCINOSO RETROPERITONEAL PRIMARIO EN EL HOMBRE. PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

López Penza, Patricia¹; López Penza, Patricia²; Oreggia Carrau, Maria²; Burghi, Gustavo².
¹Hospital de Clínicas/ La Asistencial, Uruguay; ²La Asistencial. Maldonado., Uruguay

Introducción:

El cistoadenoma mucinoso retroperitoneal primario es un tumor infrecuente, excepcional en el hombre. De origen controversial.

Caso clínico:

Hombre, 59 años, hipertenso.

Consulta por dolor brusco, inespecífico, en hipogastrio, sin irradiaciones.

Sin alteraciones urinarias ni digestivas.

Examen físico: normal.

Estudiado con ecografía abdominal: imagen quística de 4cm, con tabiques internos, por encima de la vejiga.

Se complementa con RNM: quiste de 5cm, bien delimitado, de paredes finas, vinculado al techo de la vejiga, a la que comprime y desplaza a la derecha.

Cirugía de coordinación. Incisión: mediana infraumbilical. Exploración intraoperatoria: tumoración alargada de 10 cm, libre de otras estructuras intrabdominales, unida al retroperitoneo por cordón fibroso.

Ligadura del cordón con lino, próximo al peritoneo posterior. Cierre parietal.

Buena evolución clínica. Alta a las 48 horas.

Anatomía patológica: Cistoadenoma mucinoso sin elementos de malignidad. Asintomático a 6 meses.

Discusión:

En la literatura existen pocos reportes de este tipo tumoral, infrecuente en el hombre. Se localizaba en el retroperitoneo; en ausencia de adhesión a órganos vecinos, dada la integridad del páncreas y el tracto digestivo, fue considerado primario de retroperitoneo. Existen varias teorías en cuanto a su origen, una de las más aceptadas es la invaginación de la capa mesotelial peritoneal que sufre metaplasia mucinosa con formación de quistes. De difícil diagnóstico preoperatorio, por la inespecificidad de los síntomas: distensión abdominal, masa abdominal con o sin dolor.

Los estudios imagenológicos (ecografía abdominal, tomografía, resonancia abdominal) son



imprecisos; es difícil de diferenciar entre otras masas quísticas habituales como: mesotelioma quístico, linfangioma quístico, pseudoquiste no pancreático, quistes renales y quiste de ovario en la mujer.

Los marcadores tumorales séricos habitualmente son normales. El tratamiento de elección es la cirugía, eliminando así el riesgo de infección y recurrencia. Tradicionalmente se indica la laparotomía con enucleación completa del quiste. Hay comunicaciones de extirpación laparoscópica exitosa, se debe prevenir el derrame de fluidos quísticos especialmente cuando la patología no está clara.

Conclusión

Frente a una masa quística intrabdominal, luego de su estudio



COLECCIÓN PERIPANCREÁTICA INFECTADA: TRATAMIENTO PERCUTÁNEO

Lima, Melina; CASSE, BRIAN; RUIZ, GABRIEL; THEILER, GUSTAVO; Francia, Héctor; Guarino, Naimir, Hospital José María Cullén, Argentina

Colección líquida pancreáticas se define como lesión de contenido heterogéneo con mayor o menor proporción de líquido, con elevada amilasa y componentes tisulares. El 15 % de las PA desarrollan formas necróticas con índices de mortalidad más altos. La mortalidad asciende drásticamente con la presencia de infecciones. La necrosis infectada se hace evidente a las 2 y 4 semanas.

Presentación de caso :

Paciente femenina de 21 años, derivada por pancreatitis aguda moderada de 15 días de evolución, que requirió ingreso a UTI, con persistencia de dolor epigástrico, intolerancia alimenticia, náuseas y vómitos. Se realiza tomografía de control.

Conclusión:

Manejo primario por catéter, teniendo en cuenta las complicaciones de la necrosectomía y su alta mortalidad y morbilidad, es seguro y efectivo en el tratamiento de las colecciones pancreáticas, además en este manejo miniinvasivo la encapsulación de la necrosis no es relevante pero hay que retrasarlo lo máximo posible idealmente luego de las 4ta. Semana.



COLECISTOPATÍA CRÓNICA QUE SIMULA UN CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR

González, Catalina; Almada, Mario; Andreoli, Gustavo, Hospital de Clínicas. Dr. Manuel Quintela, Uruguay

Introducción:

La enfermedad litiasica biliar es muy frecuente en la práctica clínica del cirujano general. La presentación como colecistopatía obstructiva crónica es habitual, no presentando dificultades en su diagnóstico y siendo el diagnóstico diferencial con el cáncer de vesícula una excepción.

Objetivo:

Presentar el caso de un paciente portador de una colecistopatía obstructiva crónica con diagnóstico clínico e imagenológico sugestivo de cáncer de vesícula y su tratamiento.

Material y método:

Hombre de 57 años, hipertenso. Portador de litiasis vesicular sintomática. Los resultados de exámenes de laboratorio son normales. La ecografía abdominal destaca la presencia de una vesícula de paredes engrosadas, sin edema parietal, con sectores de la pared calcificada y litiasis múltiples de mediano tamaño. Adyacente a la pared vesicular y en contacto con el parénquima hepático evidencia engrosamiento parietal que impresiona infiltra el mismo. La TC abdomen, reafirma los mismos hallazgos descritos de la ecografía, no pudiendo descartar la presencia de una tumoración maligna de origen vesicular. Frente a estos hallazgos, el paciente se somete a tratamiento quirúrgico, con sospecha de cáncer de vesícula. Se realiza tratamiento radical, colecistectomía con resección extendida a segmentos IV b y V hepáticos, quedando la tumoración involucrada en la pieza de resección. La anatomía patológica fue compatible con elementos de colecistopatía crónica. No hubo evidencia de tejido neoplásico maligno.

Discusión:

La colecistopatía obstructiva no presenta la mayoría de las veces dificultades diagnósticas, siendo la ecografía altamente sensible y específica para el diagnóstico. Sin embargo, el diagnóstico de cáncer de vesícula se realiza habitualmente en etapas avanzadas, siendo la tomografía computada un estudio obligado para su estadificación. En nuestro caso la clínica y



la imagenología sugerían un cáncer de vesícula, por lo que se decidió realizar un tratamiento radical.

Conclusiones:

Aunque las características clínicas e imagenológicas pueden ayudar, en algunos casos seleccionados de pacientes la única forma de diferenciar claramente una colecistopatía crónica del cáncer vesicular es la cirugía resectiva y el estudio posterior de la pieza quirúrgica, obligando a procedimientos radicales.



**COLELITIASIS SITUS INVERSUS TOTALIS (SIT): CIRUGIA PROGRAMADA
REPORTE DE CASO:**

Abarca Fernández, Pedro César¹; Manrique Sila, George C., Manrique, G.²; Paredes Núñez, Hugo, Paredes, H.³; ¹Hospital iii Regional Honorio Delgado Espinoza (minsa), Perú; ²hospital Regional iii Honorio Delgado, Perú; ³Hospital Regional iii Honorio Delgado Espinoza, Perú

Introducción:

Desde Aristóteles; Leonardo da Vinci; Severino; Fabrisius; hasta Baillie; el SIT, en un raro desorden congénito que determina un desafío para su diagnóstico y manejo (1) (2) (3).

Epidemiología:Situs inversus 1 en 5000 a 20,00 nacidos vivos (1).SIT 1/10,000 en la población en general; con relación mujer-hombre de 1:1.5 sin predilección racial (2). La incidencia se piensa que está en el rango de 1:10,000 a 1:20,000 (3).

Clasificación:Situs Inversus Partialis, Situs Inversus Solitos, Situs Inversus Ambiguos, SIT (1) (2).

Embriología:Fase de gastrulación (2).

Genética:Autosómico Recesivo (1) (2);mutaciones del gen TGFβy HNF-3βSIC 3(2)

Comorbilidades:Kartagener, Ivemark, Yoshikawa y otras (1) (2) (3).

Presentación:Es un hallazgo incidental con comorbilidades asociadas (2)

Diagnóstico:Es un desafío (1);El 10% paciente con colelitiasis SIT dolor en el lado derecho (2).Con Rx, ECO, TEM y RM (1) (2) (3).

Pronóstico:SIT tiene una vida sana (2).

Trasplante:1988 el SIT es considerado como una contraindicación (2).

Tratamiento:Según las comorbilidades asociadas. (1) (3).

Caso:

Emergencia: Paciente mujer de 46 años, con dispepsia a grasas y situs inversus por ecografía; presenta dolor en hipocondrio izquierdo, náuseas, vómitos.

Examen: Escleras no ictericas. Abdomen: Doloroso en hipocondrio izquierdo.

Análisis; Leucocitosis 14,000 mm³[1]; Marcadores para pancreatitis (+); glicemia 109 mgr.

Recibió; Hidratación, antiespasmódico, antiemético y AINES.



Rx tórax: Dextrocardia.

Hospitalización:

TEM: SIT.

Cardiovascular: RCV II/IV.

Anestesiología: ASA II/V.

Gastroenterología: Pangastropatía, Duodenopatía eritematosas.

Conclusión Clínica: *No Patrón Colestasico

*Pancreatitis Incipiente

*Colecistitis Crónica Litiásica

*Situs Inversus Totalis

Programación: Electiva Colelap más CIO.

Operación: técnica americana modificada. Se realiza COLELAP sin inconvenientes y se realiza la CIO.

Discusión

El diagnóstico de cólico biliar en una paciente con SIT, es un desafío. A veces tiene una inusual presentación con dolor abdominal en hipocondrio izquierdo; especialmente en aquellos que no saben que tienen SIT. No hay evidencia que el SIT predisponga a colelitiasis.

En el caso de la paciente tenía el diagnóstico SIT por Ecografía, lo que facilitó su preparación preoperatoria para la Colecistectomía y la CIO.

Conclusiones

1. SIT no predispone a Litiasis Vesicular.
2. Diagnóstico es incidental Siempre.
3. Colelap y CIO en SIT para el Cirujano Diestro es un desafío.
4. Informar al paciente respecto al SIT.



COLGAJO CUTÁNEO ADIPOSO EN V -- Y PARA EL TRATAMIENTO DE LA CONDILOMATOSIS PERIANAL EXTENSA

Parada, U; Guarneri, C; Ramírez, L; Fernández, L; Barberousse, C, Hospital de Clínicas, Uruguay

Antecedentes

La condilomatosis perianal es una de las enfermedades de transmisión sexual más frecuente en la actualidad. Si bien diversos tratamientos han sido propuestos (imiquimod, electrofulguración, laser crioterapia etc.) ninguno ofrece por si solo una resolución completa de la enfermedad. Se apuesta al combinación de distintas opciones terapéuticas con fin de mejorar los resultados. En la lesión de mayor tamaño la cirugía adquiere mayor relevancia. Cuando se requiere resecciones de grandes áreas de la zona perineal, se utilizan técnicas reconstructivas, una de las más extendidas es la realización de un colgajo cutáneo adiposo en V-Y.

Objetivo

Reportar el caso de un paciente que se presentó con una condilomatosis perianal extensa de aproximadamente 5-6 cm de radio de la margen anal.

Material y métodos

Paciente de sexo femenino, 58 años, hipertensa trasplante renal en 2015. Condilomas de larga data en la zona perianal que en los últimos años presenta aumento de número y tamaño que motivan la consulta. Paciente niega prurito, no dolor, ni sangrado. Se visualiza condilomatosis extensa en región perianal que no compromete vagina y no impresiona comprometer canal anal. VDRL y VIH son negativos.

Resultado

Previo a realizar la resección de condilomas con paciente en sala, bajo anestesia general, se realizó anoscopia que muestra una mucosa sana.

Se realizó cirugía de resección de condilomas y reconstrucción mediante la realización de colgajo V-Y.

La anatomía patológica evidenció un condiloma acuminado con lesión H-SIL. Margen lateral interno y externo pasan por lesión. Margen profundo libre de lesión.



Se complementó terapéutica con 2 ciclos de crioterapia por equipo de dermatología.

Se realizó un seguimiento de 10 meses en los que no se identificó recidiva.

Conclusiones

La cirugía es un brazo fundamental en el tratamiento de la condilomatosis perineal. En áreas afectadas extensas que requieren amplias resecciones donde un cierre borde a borde no es posible, la reconstrucción mediante un colgajo cutáneo adiposo en V-Y es una alternativa posible.

La utilización de varias modalidades terapéuticas complementarias es fundamental en el manejo de esta patología.



COLOCACIÓN DE STENT METÁLICO COMO TERAPIA PUENTE EN EL CÁNCER DE COLON EN OCLUSIÓN Y TROMBOSIS CAVA

González, María Catalina¹; Zeoli, M.²; Taullard, A.³; Andreoli, G.² ¹Universidad de la República- Hospital de Clínicas, Uruguay; ²Clínica Quirúrgica F. Prof. Dr. R. Valiñas. Hospital de Clínicas., Uruguay; ³Cátedra de gastroenterología. Hospital de Clínicas., Uruguay

Antecedentes:

La oclusión intestinal es la principal indicación de cirugía de urgencia debida al cáncer de colon, aunque con morbilidad más elevada que la cirugía electiva. A su vez, el cáncer colorrectal determina un estado de hipercoagulabilidad, manifestándose como trombosis venosa profunda con morbilidad a largo plazo considerable, e incluso siendo causa de muerte en pacientes que de otra forma tendrían buen pronóstico oncológico.

Es por esto que surge la opción de colocación de stent colónico en vistas a mejorar el estado general del paciente, evitar la realización de ostomía y permitir un abordaje mínimamente invasivo.

Objetivo:

Analizar un caso clínico y la opción terapéutica del stent metálico autoexpansible colónico como terapia puente hasta la cirugía.

Materiales y métodos:

Se presenta el caso clínico de una paciente de sexo femenino de 49 años, que consulta por oclusión intestinal y asimetría de miembros inferiores.

TC evidencia tumor de colon sigmoides y defecto de relleno de vena cava inferior que se extiende hasta venas femorales bilaterales.

Eco doppler informa trombosis venosa profunda aguda extensa.

Se coloca por vía endoscópica stent metálico autoexpansible, con evolución favorable permitiendo la realización del tratamiento médico de la trombosis venosa. A los 28 días se realiza el tratamiento quirúrgico por vía laparoscópica mediante sigmoidectomía, con evolución favorable posterior.

Resultados:

Se realiza terapia puente mediante colocación de stent colónico en vistas a realizar tratamiento médico de trombosis venosa extensa con evolución favorable, permitiendo realizar el tratamiento quirúrgico a los 28 días mediante vía laparoscópica.



Conclusiones:

La enfermedad neoplásica es un conocido factor protrombótico, con impacto en la morbimortalidad de los pacientes portadores de cáncer colorrectal. La colocación de stent colónico es una opción terapéutica segura y efectiva que permite retrasar la cirugía para optimizar las condiciones locales y generales del paciente.



COMPARACIÓN DE RESULTADOS ENTRE LA GASTRECTOMÍA TOTAL Vs GASTRECTOMÍA PARCIAL EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO.

Saavedra Tomasich, Flavio¹; Abreu, P²; Días, LAN²; Ferreira, R²; Polaquini, G²; Yamane, M². ¹Hospital de Cáncer Erasto Gaertner, Brazil; ²HOSPITAL ERASTO GAERTNER-(LIGA PARANAENSE DE COMBATE AO CÂNCER) GPO-CUR (GRUPO DE PESQUISA EN ONCOLOGIA-CURITIBA), Brazil

Antecedentes:

Gastrectomía con linfadenectomía a D2 es el tratamiento quirúrgico consagrado mundialmente para el cáncer de estómago. Retirada total del estómago esta asociada entre otras cosas a tiempo quirúrgico prolongado, adelgazamiento, anorexia, menor absorción de Vitamina B12.

Objetivo:

Comparar resultados quirúrgicos y oncológicos entre pacientes sometidos a Gastrectomía Total en relación a los sometidos a Gastrectomías parciales.

Material y método:

Estudio descriptivo retrospectivo comparativo. Pacientes con cáncer de estómago sometidos a Gastrectomía con linfadenectomía a D2 durante el período de enero-2005 a julio de 2015. Los pacientes fueron asignados en los grupos Gastrectomía Total y Gastrectomía Parcial. Análisis estadísticos se realizaron siempre de manera comparativa entre los grupos.

Resultados:

De un total de 396 pacientes, 123 (31%) realizaron Gastrectomía Total, 273 (69%) Gastrectomía Parcial. Complicaciones postoperatorias no mostraron diferencia entre los grupos. Óbito en hasta 30 días fue mayor en la Gastrectomía Total 3,8% contra el 2,5% de las Parciales. El número de ganglios linfáticos disecados no presentó diferencia entre los grupos.

La supervivencia global media fue de 7.14 años (5.90-8.38) en los sometidos a total y de 9.31 años (8.47-10.15) en la parcial, siendo encontrada diferencia estadística significativa ($p = 0.01$). Comparada la supervivencia global en 5 años fue significativamente mayor para la Gastrectomía Parcial, el 74% contra el 56%.

Conclusiones:

Pacientes sometidos a gastrectomías totales tienen peores resultados. Tamaño del tumor primario, ganglios comprometidos, tiempo quirúrgico elevado y complicaciones graves son los principales factores influyentes de la sobrevida.



COMPLICACIÓN DE GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA: DRENAJE PERCUTÁNEO

Lima, Melina; CASSE, BRIAN; Guarino, Naimir; THEILER, GUSTAVO; RUIZ, GABRIEL; Francia, Héctor Hospital José María Cullén, Argentina

Introducción

La gastrostomía endoscópica percutánea consiste en la colocación mediante endoscopia de una sonda o tubo en el estómago a través de la pared abdominal. Se usa fundamentalmente para administrar alimentación a pacientes con disfagia debida a un problema mecánico o neurológico y que se suponga que puedan tener una adecuada esperanza de vida.

Presentación de caso:

Paciente femenina de 20 años, sin hábitos tóxicos. Ingres a UTI por cuadro de TEC grave, Marshall IV, secundario a moto-derrape, que requirió craniectomía descompresiva de urgencia. Actualmente con estado mínimo de consciencia, afebril, sondada y traqueostomizada. Se realiza gastrostomía de alimentación, la cual se complica a las 3 semanas con dehiscencia y colección subcutanea

Conclusión

Si bien las complicaciones de las gastrostomías endoscópicas son raramente graves, se presentan en pacientes con comorbilidades importantes como el caso presentado. El tratamiento percutáneo es la técnica de elección para resolver las colecciones en estos pacientes debido a su alto riesgo quirúrgico y la alta tasa de resolución que ésta posee.



COMPLICACIÓN DEL ABANDONO DE LITIASIS VESICULAR EN LA CAVIDAD ABDOMINAL. EVACUACIÓN ESPÓNTANEA DE LITIASIS POR FOSA LUMBAR DERECHA.

Fernández, Lucia¹; López Penza, Patricia²; Mion, Marcelo¹. ¹Hospital de Clínicas Montevideo., Uruguay; ²Hospital San Carlos/ Clínica Quirúrgica A., Uruguay

Introducción:

La colecistectomía laparoscópica (CL) es reconocida como el gold estándar en el tratamiento de la patología biliar accesoria de coordinación así como de urgencia. La perforación de la vesícula biliar ocurre entre el 10 al 40 % durante la CL.

Caso Clínico:

Mujer de 46 años con: hipotiroidismo en tratamiento con T4, fumadora leve, Apendicectomizada, histerectomizada y anexectomizada. Colecistectomizada por vía laparoscópica. Consulta por tumoración en región lumbar derecha baja, sin crecimiento progresivo. Sin vinculación con traumatismos. Transito urinario: normal. Al examen físico: tumoración palpable redondeada, bien delimitada de 3cm, poco móvil, lisa, sin elementos infecciosos.

Estudiada con ecografía a de partes blandas: nódulo sólido ovoideo de 22x18 mm, hipocogenico con calcificaciones lineales excéntricas, contacta con el plano aponeurótico, sin vascularización en probable relación a un lipoma atípico. Tomografía abdominal: imagen nodular subcutánea en fosa lumbar derecha, en relación con el plano muscular, alteración de la grasa y plano cutáneo engrosado. En la evolución presenta a elementos infecciosos a dicho nivel, con evacuación de varias litiasis, con cierre espontáneo del sitio de evacuación. Se decidió control clínico evolutivo al no presentar supuración espontánea ni a nivel de la evacuación.

Seguimiento a 20 meses sin alteraciones, tomografía de control normal.

Discusión:

La verdadera incidencia de cálculos abandonados en la cavidad abdominal es difícil de determinar. La exacta biología natural de estos cálculos no recuperados no está bien dilucidada, ya que se reportan variadas complicaciones tardías de esta complicación. Entre las cuales encontramos: abscesos intra abdominales, empiema, fístulas, incorporación en ovario, absceso en puerto de entrada, expulsión litiasis por vía urinaria. La persistencia de litos en el trayecto fistuloso hacen perpetuar la misma, por lo que el tratamiento es la fistulectomía para favorecer la resolución de esta complicación. La posibilidad de cierre espontáneo está descrito, se debe a la presencia de una obliteración del trayecto ante la ausencia de cuerpo extraño.



Conclusiones:

El abandono de la litiasis en la cavidad peritoneal produce morbilidad, no sabemos con exactitud su frecuencia, por lo que debe evitarse esta condición retirando los derramados al producirse la rotura vesicular.



CORRELACIÓN ENTRE NSQIP SCORE Y COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS EN PANCREATODUODENECTOMIA

Valdés, C; Toledo, J; Rojas, T; Benavides, C; Esperguel, C; Garcia, C, Hospital Clínico San Borja-Arriarán, Universidad de Chile, Chile

Antecedentes:

La Pancreatoduodenectomía (PDD) o cirugía de Whipple es una técnica quirúrgica compleja, desde sus inicios asociada a una alta tasa de morbilidad, las complicaciones asociadas más frecuentes son sangrado, fístula pancreática y trastornos vaciamiento gástrico. Actualmente es una técnica segura, con tasas de complicación a la baja (<5%) y de uso frecuente en relación con el aumento de diagnóstico imagenológico de lesiones pancreáticas. El NSQIP Risk Calculator (NRC), creado en 2013 para estimar el riesgo personalizado de complicaciones postoperatorias en relación al riesgo previsto, ofrece una alternativa para predecir posibles adversidades y definir estrategias de enfrentamiento.

Objetivo:

Evaluar correlación entre riesgo advertido por NRC y complicación quirúrgica en PDD para uso predictivo en el preoperatorio.

Material y método:

Estudio analítico retrospectivo de pacientes sometidos a GT en periodo 2017-2018 en Hospital San Borja Arriarán, que sufrieron complicación y reintervención, en quienes se calcula NRC obteniendo alto o bajo riesgo de complicación grave, reoperación y muerte. Se utiliza base de datos cirugía, protocolos operatorios, ficha clínica, informe de operaciones y se incluye a pacientes sometidos a PDD (abierta o laparoscópica) con complicación propia de la cirugía primaria reintervenidos en el postoperatorio temprano (30 días), se excluyen pacientes operados de urgencia sin causa programada.

Resultados:

De 10 pacientes operados en el periodo, 3 (2 en 2017 y 2 en 2018) fueron reintervenidos por complicación quirúrgica en el postoperatorio temprano (30%). A estos 2 hombres y 1 mujer con edad promedio 57 años, se aplicó NRC que mostró riesgo sobre el promedio de complicación grave en todos ellos y de reintervención-muerte en 2 pacientes.

Conclusiones:

De los pacientes sometidos a PDD con reintervención por complicación quirúrgica en periodo 2017-2018, 66,6% obtuvo un riesgo alto para muerte y reparación según NRC y un 100% riesgo alto de complicación grave. Se propone el uso de esta herramienta para predecir complicación postoperatoria y se planea continuar con estudio prospectivo para medir su utilidad en nuestro centro.





CUERPO EXTRAÑO EN VÍA BILIAR



Lima, Melina; GORLA, JUAN PABLO; MARTI, FABIAN; Francia, Héctor; coronel, Nahuel; Battu, Camila, Hospital José María Cullén, Argentina

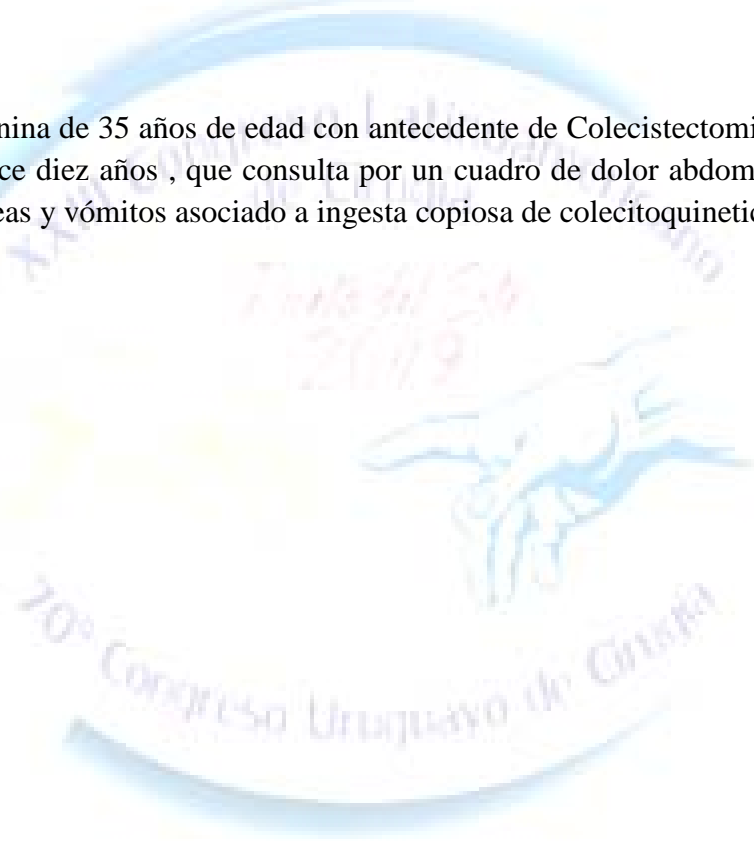
Los cuerpos extraños más frecuentemente encontrados en la vía biliar son aquellos utilizados durante la cirugía , procesos endoscópicos e intervencionismo , estos pueden ser restos alimenticios , parásitos u otros materiales , todo ello puede ocasionar la formación de cálculos o moldes en colédoco y producir ictericia o procesos infecciosos.

Presentación de caso :

Paciente femenina de 35 años de edad con antecedente de Colectomía mas cpre posterior a la misma hace diez años , que consulta por un cuadro de dolor abdominal en hipocondrio derecho, nauseas y vómitos asociado a ingesta copiosa de colecitoquineticos .

Conclusión:

Paciente femenina de 35 años de edad con antecedente de Colectomía mas cpre posterior a la misma hace diez años , que consulta por un cuadro de dolor abdominal en hipocondrio derecho, nauseas y vómitos asociado a ingesta copiosa de colecitoquineticos .



DESCRIPCIÓN DEL PATRÓN DE TRAUMA EN EL ÁREA CÉNTRICA DE UNA GRAN CIUDAD

Aliaga, F¹; Soto, S²; Bersezio, M¹; Cabello, F¹; Pacheco, A³; Martínez, M⁴

¹Universidad Finis Terrae, Chile; ²Universidad Finis Terrae, Chile; ³Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Chile; ⁴Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Universidad Finis Terrae, Chile

Introducción:

Los traumatismos son un problema de salud importante a nivel mundial, que conllevan una gran morbimortalidad, afectando principalmente a la población adulto joven y productiva de los países. El objetivo de este artículo es un análisis descriptivo de variables en relación al trauma atendido en un Hospital de Urgencias en el Centro de la Ciudad.

Método:

Estudio descriptivo retrospectivo entre enero 2011 y diciembre 2018, técnica de muestreo de tipo no probabilístico. Criterios de inclusión: pacientes con diagnóstico CIE-10: "Traumatismos, Envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa", de los cuales se analizaron variables epidemiológicas como sexo, edad, diagnósticos, procedimientos, estancia hospitalaria y mortalidad. Criterios de exclusión: diagnósticos no correspondientes al mencionado. El outcome primario es determinar los diagnósticos más frecuentes en un politraumatizado y el outcome secundario es la evaluación de las variables epidemiológicas descritas.

Resultados:

Ingresaron 583 pacientes con un total de 4536 lesiones. El 79,21% hombres y 20,79% mujeres, edad promedio de 41,1 años. Hubo 1047 lesiones torácicas, correspondientes al 23,08% del total, de las cuales 206 son fracturas costales múltiples (19,67%), 147 contusiones pulmonares (14,04%), 127 neumotórax traumáticos (12,12%) y 75 hemo-neumotórax traumáticos (7,16%). Siguen los traumatismos de cabeza con 1026 diagnósticos, en los que destacan 109 traumatismo cerebral focal contusos (10,62%) y 97 hemorragia subaracnoidea traumática contusa (9,45%). En tercer lugar trauma de abdomen, área lumbosacra y pelvis con 748 diagnósticos, de los cuales 60 son fracturas de la columna lumbar y la pelvis (8,02%). A todos se les realizó al menos un procedimiento y/o cirugía; a 76 se les realizó pleurostomía (13,03%), 53 requirieron ventilación mecánica invasiva continua durante 96 horas consecutivas o más (9,09%); y a 52 se les realizó scanner de cabeza (8,91%). La estancia hospitalaria media fue de 27 días. Fallecieron 118 pacientes (20%).



Conclusiones:

El trauma es una patología frecuente, afectando principalmente a hombres jóvenes. Según lo evaluado, los grandes sistemas afectados fueron tórax, cerebro y abdomen, lo que se relaciona con los procedimientos más comunmente realizados.



DETECCIÓN INTRAOPERATORIA DE PARATIROIDES: CIRUGÍA RADIOGUIADA Y EMPLEO DE FLUORESCENCIA

Perdomo, Carolina; Maite Campos, MC; Gustavo Armand Ugón, GA; Cecilia Chambón, CC; Juan Gambini, JG; Daniel González, DG

Hospital Maciel, Uruguay

Introducción.

La cirugía paratiroidea radioguiada con ^{99m}Tc sestamibi se ha utilizado para ayudar en la localización y eliminación de tejido paratiroideo patológico. Más recientemente, se ha empleado la indocianina verde (ICG) para la visualización intraoperatoria de las paratiroides. El objetivo de este trabajo es proporcionar ejemplos de detección intraoperatoria de paratiroides a través de cirugía radioguiada y de imágenes de fluorescencia, realizadas en la Clínica Quirúrgica 3, del Hospital Maciel.

Material y método.

La cirugía radioguiada de paratiroides comprende la inyección intravenosa de 20 mCi de ^{99m}Tc MIBI al momento de comenzar el acto quirúrgico y posteriormente se realiza la búsqueda de la glándula patológica empleando sonda gamma, la cual emite una señal acústica. Se inyectan 3 ml de ICG de forma intravenosa una vez realizada la disección de la tiroides y se buscan las paratiroides mediante un equipo de detección de fluorescencia en el infrarrojo cercano.

Este método ha sido utilizado en el último año en 4 de 12 paratiroidectomías realizadas en la clínica quirúrgica 3, logrando la identificación cuando fue empleado.

Resultados.

La identificación de glándulas paratiroides en el intraoperatorio, en ocasiones es muy difícil, incluso en cirujanos experimentados. Se han estudiado múltiples estrategias para su identificación. Es importante tanto para minimizar la disección como acortar tiempo quirúrgico. La búsqueda de la paratiroides mediante gamma probe permite detectar siguiendo las señales acústicas la presencia del tejido paratiroideo patológico. Cabe destacar que solo identifica a las glándulas patológicas. Mediante el empleo de la búsqueda de la fluorescencia de la ICG, es posible visualizar todas las glándulas, ya sea sanas o patológicas. También se aprecia captación por el tejido tiroideo, pero este se lava más rápido. No existe captación por parte de la ICG del tejido graso o por ganglios.

Conclusión.

La cirugía radioguiada y la imagen molecular de fluorescencia es de utilidad en la búsqueda de paratiroides, proporciona una nueva herramienta para llevar adelante una cirugía exitosa.



Esto no invalida el hecho de que es siempre necesario, una identificación previa en el pre operatorio, y durante el procedimiento.



DILATACION QUÍSTICA CONGÉNITA DE VÍAS BILIARES

Trevisan, Agustina¹; Domínguez, N²; Ciabare, M²; Salvia, ML²; Bitar, J²; Pomari, N²

¹Hospital Diego Thompson, Argentina; ²Hospital Thompson / Clínica UOM, Argentina

Trabajo Multicéntrico

Antecedentes:

El quiste de colédoco es la malformación congénita benigna más frecuente, un 60% se detectan durante el primer año de vida pudiendo ser totalmente asintomático y ser solo un hallazgo imagenológico, no obstante un 20 -23 % de los pacientes con esta patología se diagnostican en edad adulta. Existe un predominio femenino. La clasificación de Todani subdivide las dilataciones quísticas en 5 tipos de acuerdo a la anatomía de la lesión. Las imágenes preoperatorias, sobre todo la CRNM permiten definir y clasificar anatomía, así como también excluir otra patología hepato-biliopancreática. En cuanto al cuadro clínico en el niño la presentación suele ser benigna en forma de masa abdominal, dolor o ictericia. En adulto se considera que produciría una estasis del líquido biliar y barro, desencadenando una litiasis coledociana con complicaciones inherentes a la misma. La capacidad de malignizarse es más de 20 veces, progresivamente creciente con la edad siendo un 12 a 16% en el adulto alcanzando un 30/40% luego de los 40 años de edad. En aquellos que no fueron resecados totalmente o solo derivados, se encontró un 50% más de cánceres de VBP a los 10 años.

Objetivo:

Reportar nuestra experiencia en patología quística coledociana.

Diseño:

Descriptivo-Multicéntrico.

Material y Método:

5 casos clínicos de Hospital Diego Thompson y Clínica UOM.

Resultados:

El diagnóstico es esencialmente imagenológico y el tratamiento es quirúrgico con resección completa del quiste con anastomosis biliodigestiva. Puede tener que resecarse un lóbulo hepático dependiendo de la altura del compromiso canalicular. En bilateralidad (no presentando fibrosis periportal), es aconsejable una derivación biliodigestiva; y en casos con fibrosis periportal estaría aconsejado un trasplante hepático.

Conclusiones:



En el lapso de 8 años ingresaron 5 pacientes femeninos entre 20 y 30 años de edad y un paciente masculino de 56 años de edad con síntomas diversos. Todos los casos fueron quirúrgicos, realizándosele resección completa con derivación biliodigestiva en Y de Roux, a excepción de un caso aun en plan quirúrgico. Solo presentó una complicación que fue una fistula biliar cediendo con tratamiento médico.



DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA: ESTUDIO MORFOLÓGICO CON ENFOQUE EN PARÁMETROS DIAGNÓSTICOS Y PRONÓSTICOS.

Sian, Carolina; Maslloréns, Ana; Menini, Mariana; Bódega, Laura; Ardao, Gonzalo

Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Uruguay

Antecedentes:

El cáncer de páncreas (CP) es la cuarta y quinta causa de muerte por cáncer en Uruguay, en mujeres y hombres, respectivamente. La tasa de supervivencia a 5 años varía entre 5-20%². Los avances realizados en los últimos años en la técnica quirúrgica, los cuidados perioperatorios y técnicas de imagen han incrementado su resecabilidad y disminuido su morbilidad perioperatoria². Sin embargo, sigue siendo bajo el porcentaje de pacientes con tumores resecables (15-20%)². Diversos trabajos² han demostrado que la infiltración de los márgenes quirúrgicos (R1) en las piezas de duodenopancreatectomía cefálica (DPC) es un factor negativo e independiente para la supervivencia de los pacientes. El correcto estudio macroscópico de la DPC es muy importante y complejo para el anatomopatólogo, debido a la anatomía de la región y frecuencia de este tipo de cirugía en nuestro país.

Objetivos:

Describir las características macro y microscópicas de una serie de piezas de DPC. En base a estas muestras tratar de definir correctamente sitio primario y extensión del tumor, márgenes de resección (codificación de colores), número de ganglios disecados y grasa incluida.

Material y método:

Se estudia en forma descriptiva-retrospectiva todas las piezas de DPC examinadas en el Laboratorio de Anatomía Patológica del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, entre julio 2013-julio 2019.

Resultados:

Se estudiaron 28 DPC, el 50% mujeres. Rango etario entre 51 y 80 años. En el 28% de las cirugías se realizó consulta intraoperatoria. Según la topografía 20 en la cabeza del páncreas, 3 tumores ampulares y 2 de colédoco distal. El tamaño tumoral varió entre 20 y 40 mm. El tipo histológico más frecuente es el Adenocarcinoma ductal (90%). En el total de las DPC se estudian los 5 márgenes quirúrgicos. El 14% correspondió a R1. El promedio de ganglios linfáticos disecados y en la grasa incluida es de 20 por pieza, el 43% N0 y del 57% restante, la mitad N1 y la otra mitad N2.

Conclusiones:



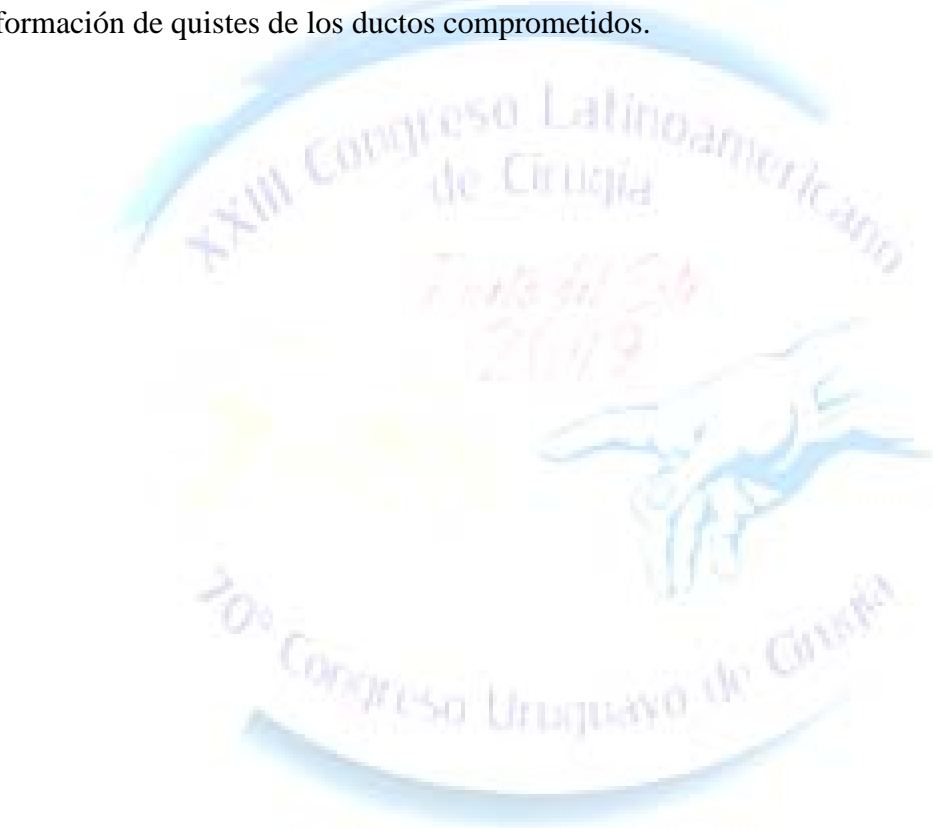
Las piezas de DPC continúan siendo un desafío para el patólogo, la utilización de un protocolo estandarizado hace que la evaluación sea práctica, más precisa y los resultados sean más fiables y reproducibles³.



DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA EN NEOPLASIA PAPILAR MUCINOSA INTRADUCTAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Ramírez Romero, Marcelo Sebastián; Ramírez Sotomayor, Julio Cesar; Dennis, Cabral; Martínez, Edith, Hospital Nacional de Itaugua, Paraguay

El tumor mucinoso papilar intraductal del páncreas (NMPI o IPNM por sus siglas en inglés) es una entidad caracterizada desde el año 1996 (1); fue inicialmente descrito por Ohhashi y colaboradores como "cáncer pancreático secretor de moco" difiere de otras neoplasias mucinosas quísticas del páncreas por tener una comunicación directa con el conducto de Wirsung, además, la ausencia de estroma tipo ovárico (2); se caracteriza por la presencia de dilataciones segmentarias en el conducto pancreático principal o en ramas secundarias, las cuales se encuentran recubiertas de epitelio vellosos displásico productor de mucina (3) y formación de quistes de los ductos comprometidos.



DUPLICACIÓN APENDICULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Pírez, Virginia¹; Bornia, Jimena¹; Armand Ugón, Gustavo¹; Viera, Nora¹; Perdomo, Raúl²

¹Hospital Policial, Uruguay; ²HO, Uruguay

Antecedentes:

La duplicación apendicular es muy poco frecuente, con una incidencia del 0,004%. El apéndice duplicado tiene la misma estructura histológica que uno normal (o sea el que tiene su base en la convergencia de las tres tenias). Se origina por la persistencia del apéndice transitorio, que se desarrolla en el vértice del ciego al comienzo de la quinta semana de gestación y desaparece después de la séptima semana. El apéndice normal comienza a desarrollarse en la octava semana. Cave y Wallbridge clasificaron la duplicación apendicular en 4 tipos. El tipo más frecuente es el B2. Ante una duplicación apendicular debemos extirpar ambos apéndices.

Objetivo:

Comunicar este excepcional caso y revisar lo publicado.

Material y método:

Paciente de 28 años, sexo femenino, con diagnóstico tomográfico de apendicitis aguda. De la historia clínica destacamos; dolor en fosa ilíaca derecha (FID) de más de 24hs. de evolución acompañado de náuseas, y, en lo físico dolor a la palpación de FID. Leucocitosis de 17.700. Durante la cirugía (abordaje laparoscópico) se evidenció la existencia de un segundo apéndice ubicado cranealmente respecto al normal y sobre una de las tenias. Se realizó la apendicectomía de ambos apéndices utilizando la misma técnica quirúrgica.

Resultados:

El paciente presentó una duplicación apendicular de tipo B2, o "tenia coli", de la clasificación de Cave y Wallbridge, se define por la existencia de un segundo apéndice con base en una de las tenias del colon. La anatomía patológica confirmó que se trataba de dos apéndices, con uno solo de ellos inflamado.

Conclusiones:

A pesar de ser muy poco frecuente, debemos tener presente la duplicación apendicular cada vez que realizamos una apendicectomía ya que, de existir, deben extirparse ambos.



EFFECTO DE LA ESPLENECTOMÍA EN LIBIDO, ACTIVIDAD SEXUAL, FERTILIDAD Y REPRODUCCIÓN

Patroianu, A., Faculdade de Medicina de la Universidade Federal de Minas Gerais, Brazil

Antecedentes:

A pesar de ejercer múltiples funciones, se desconoce papel de bazo en la actividad sexual y reproductiva.

Objetivo:

Investigar si la asplenia interfiere en la libido, sexualidad, embarazo y fertilidad en ambos sexos.

Material y método:

Este trabajo fue realizado en dos etapas, experimental y clínica. Estudio experimental: se utilizaron 25 parejas de ratones, colocados en jaulas separadas para cada pareja y distribuidos en cinco grupos: Grupo 1 - control, sin procedimiento quirúrgico; Grupo 2 - control, sometido a laparotomía y laparorrafia sólo; Grupo 3 - esplenectomía en machos; Grupo 4 - esplenectomía en hembras; Grupo 5 - esplenectomía en machos y hembras. Los animales fueron estudiados en cuanto al número de gestaciones y cachorros generados en cada gestación.

Estudio clínico: fueron invitados 50 hombres y 50 mujeres esplenectomizados por período superior a dos años (Grupo 1), para ser entrevistados y sometidos a exámenes de laboratorio, después de su consentimiento voluntario y esclarecido. Igual número de hombres y mujeres saludables y portadores de bazo se incluyeron voluntariamente como control sano (Grupo 2). Las variables estudiadas fueron tiempo de esplenectomía, complicaciones postoperatorias relacionadas con la esplenectomía, integridad física y psíquica, libido, frecuencia sexual, disturbios relacionados con la actividad sexual, disturbios relacionados con la gestación y disturbios relacionados con los hijos.

Resultados:

Estudio experimental: Hubo reducción del número de gestaciones y del número de cachorros en los ratones machos esplenectomizados apareados con hembras normales.

Estudio clínico: Los hombres esplenectomizados relataron reducción de la libido en relación al período anterior a la esplenectomía y cuando comparados con el grupo control. No hubo diferencia en el número de hijos ni en los exámenes de laboratorio entre los hombres y las mujeres de ambos grupos. No hubo diferencia entre las mujeres de ambos grupos en cuanto a la parte sexual.



Conclusiones:

Hay reducción del número de gestaciones y de la prole en parejas de ratones cuyos machos fueron esplenectomizados. El estado asplénico reduce la libido de los hombres.



EN BUSCA DE UNA TÉCNICA QUIRÚRGICA PARA EL TRATAMIENTO DEL QUISTE PILONIDAL: NUESTRA EXPERIENCIA



Lima, Melina¹; Sureda, F²; Battu, C²; Moroni, B²; Francia, H². ¹Hospital José María Cullén Argentina; ²Jose María Cullén, Argentina

Antecedente:

El Quiste Pilonidal (QP) seno o fístula en la región interglútea a nivel de la fosita natal. Su presentación es más frecuente en hombres, adultos jóvenes. Su incidencia real es desconocida ya que la bibliografía es muy variable. Se trata de una patología benigna con alta morbilidad por infecciones recurrentes, recidiva y retardo en la cicatrización, lo que explica la gran diversidad de técnicas quirúrgicas propuestas para el tratamiento.

Objetivo:

Describir la experiencia del tratamiento del quiste pilonidal con diferentes técnicas y evaluación de los resultados en nuestro servicio.

Materiales y métodos:

Estudio retrospectivo, mediante la revisión de historias clínicas, en el periodo 2015-2018, de todos los pacientes diagnosticados de quiste pilonidal y tratados quirúrgicamente. Se excluyeron los pacientes a los que se les realizó únicamente el drenaje del quiste en período infeccioso. Se evaluaron tres grupos de acuerdo a las técnicas cerradas, semicerrada y marsupialización del quiste; se analizaron y compararon las características del paciente, la técnica quirúrgica utilizada, estadía hospitalaria, complicaciones, tiempo de cicatrización y recidiva.

Resultados:

Se procesaron datos de 15 pacientes operados por quiste pilonidal, 13 hombres y 2 mujeres, con edad promedio de 21 años. El tiempo de evolución de la patología tuvo una media de 9 meses. El 26.6 % requirió drenaje o antibioticoterapia previa. Respecto a la técnica, se realizaron cerrada en 4 Pacientes, semicerrada en 8 y marsupialización en 3. La estadía hospitalaria media fue de 2 días, sin diferencias entre los grupos, con una tasa de reingreso del 13,3%. El tiempo de cicatrización promedio fue de 5 semanas. Se describen colecciones postoperatorias e infección del sitio quirúrgico en 2 pacientes, en los cuales se utilizó la técnica de Karidakys. No se registró recidiva hasta el momento del estudio.

Conclusión:

En nuestra experiencia no hay diferencias significativas en la técnica de elección para la resección del quiste, ya que todas han mostrado igual eficacia.

ENDOMETRIOSIS UMBILICAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Pouy, Andres¹; Sian, C²; Almada, M³; Haro, C³; Misa, R³. ¹Clínica Quirúrgica B, Uruguay; ²Laboratorio de Anatomía Patológica Prof. Dr. Héctor Navarrete, Hospital Maciel, Uruguay;



³Clínica Quirúrgica "B", Prof. Dr. César Canessa, Hospital Español -UDA Cirugía, Universidad de la República, Uruguay

Antecedentes:

la endometriosis es una enfermedad benigna, estrógeno-dependiente, común en la práctica ginecológica, asociada a dolor pélvico crónico e infertilidad, la prevalencia reportada se estima entre un 6 a 10%. Puede afectar diferentes órganos, más frecuentemente peritoneo y órganos pelvianos especialmente ovarios, trompas y el tabique recto-vaginal. La endometriosis cutánea es infrecuente, pero constituye la localización extrapelviana más frecuente.

Material y método :

se presenta el caso clínico de una paciente SF de 38 años, cesareada. Consultó por tumoración umbilical de meses de evolución, que aparece luego de finalizado último embarazo. Era irreductible, que presentaba cambios de coloración y exudado seroso en la piel de la región de forma periódica.

Resultados:

Se realizó resección de dicha tumoración con el planteo de probable hernia umbilical. Como hallazgo intraoperatorio se evidencia una lesión de 2 cm, amarillenta encapsulada, firme-elástica a la palpación. No se evidenció un claro anillo herniario. Se envía a estudio anatómopatológico que informa hallagos compatibles con endometriosis.

Conclusiones:

Se presenta un caso de endometriosis umbilical secundaria, patología infrecuente, que se presentó clínicamente simulando una hernia umbilical. Se trata de una entidad rara, pero para tener en cuenta a la hora de las dudas diagnósticas de la patología herniaria umbilical, que debe sospecharse más aún en una paciente con antecedentes de cirugías obstétricas.



ENFERMEDAD DE WERNICKE COMO MANIFESTACIÓN DE UNA ACALASIA

Varela Vega, Martín; Baranov, Sofía; Cubas, Santiago; Beraldo, Gerardo; Santiago, Pablo; Irisarri, Verónica, HCFFAA, Uruguay

Introducción:

la acalasia es un trastorno motor primario esofágico que se manifiesta característicamente con una disfagia funcional, por afectación de las neuronas motoras del plexo mientérico de Auerbach. Clínicamente se manifiesta por una disfagia paradójica de larga evolución con regurgitaciones de alimentos no digeridos, y distintos grados de repercusión nutricional. La encefalopatía de Wernicke es un trastorno neurológico por déficit de tiamina (vitamina B1) que puede darse en los casos de desnutrición severa.

Objetivo:

Presentamos a continuación el caso de un paciente con una encefalopatía de Wernicke por una acalasia de larga data.

Materiales y Métodos:

Presentación en póster.

Caso clínico: mujer de 67 años de edad que consulta en emergencia por diplopía y es internada en sala de neurología del hospital para estudio. En sala se constata una paciente adelgazada con disfagia de años de evolución, con regurgitación de alimentos no digeridos. La dosificación de vitamina B1 es inferior a lo normal, apoyando el diagnóstico clínico de encefalopatía de Wernicke. La endoscopia y manometría esofágica confirman la acalasia. Comienza con nutrición parenteral y aporte de tiamina iv, con mejoría clínica y de los valores de vitamina B1 en sangre. Una vez mejorado el cuadro agudo se realizó seromiotomía de Heller Dor laparoscópica, con alta a las 48 hs.

Conclusiones:

la acalasia es una causa de disfagia relativamente infrecuente, que debe sospecharse cuando el paciente lleva años con dificultad para alimentarse. En casos severos de desnutrición prolongada puede darse una hipovitaminosis, y manifestarse como una encefalopatía de Wernicke. El diagnóstico es clínico, y puede apoyarse en la dosificación de tiamina y en una RMN encefálica. La clásica tríada de oftalmoplegia, ataxia y confusión solo se ve en alrededor del 40% de los casos. En nuestra paciente la diplopía sumada a las cifras bajas de tiamina en sangre confirmaron el cuadro, y la nutrición parenteral y la suplementación con tiamina iv pusieron al paciente en condiciones de ser operado. El pronóstico de estos pacientes es directamente proporcional a la rapidez con que se instala el tratamiento, siendo las formas más severas causa de secuelas neurológicas permanentes, o incluso ser mortales.

ENTEROSCOPIA INTRAOPERATORIA EN HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA



Cáceres, Martín; Brizuela, Javier., B.J.; Capello, Adriana, C.A.; Artundiaga, Claudia, A.C.

Hospital de Clínicas, Paraguay

El sangrado del intestino medio se presenta en un 10% de los pacientes con hemorragia digestiva, en los que no se encuentra el origen del sangrado después de realizar una endoscopia digestiva alta y una colonoscopia. El sangrado de intestino medio persistente se caracteriza por la presencia de melenas o hematoquecia continuas durante la evolución del paciente, y es profuso cuanto hay inestabilidad hemodinámica. En cuanto a los estudios diagnósticos para esta patología se encuentran la viedo cápsula endoscópica, la enteroscopia, la angiografía por tomografía axial computarizada, la angiografía mesentérica la gammagrafía con los glóbulos rojos marcados y la enterocopia intraoperatoria.¹

El divertículo de Meckel es el remanente de la porción procimal del conducto vitelino y representa la anomalía congénita mas frecutne del aparato gastrointetstinal. Es raro en adultos y regularmente, se diagnostica durante una laparotomía por ostras causas. El diagnóstico preoperatorio es difícil porque los síntomas simulan los de otras afecciones del cuadrante inferior derecho. el tratamiento quirúrgico es controversial. El divertículosíntomático debe ser extirpado conjuntamente con una porción del íleon adyacente, por la posibilidad de mucosa ectópica gástrica o pancreática, además de tumores asociados. Los índices de mortalidad en estos pacientes son altos.²



ESPLENECTOMÍA SUBTOTAL LAPAROSCÓPICA

Patroianu, ANDY, Hospital das Clínicas Da Universidade Federal de Minas Gerais, Brazil

Antecedentes:

Desde 1979, hemos realizado con éxito la splenectomía subtotal con preservación del polo superior del bazo vascularizado sólo por los vasos splenogástricos para el tratamiento de 134 pacientes con hipertensión portal, 93 pacientes con traumatismo esplénico severo, 19 pacientes con metaplasia mieloide, nueve pacientes con enfermedad de Gaucher, cinco pacientes con crecimiento retardado y desarrollo sexual asociado con esplenomegalia, cinco pacientes con leucemia linfocítica, tres pacientes con dolor esplénico severo debido a trombosis intraparenquimatosa, un paciente con hemangioma splénico, un paciente con absceso esplénico y un paciente con un cistadenoma de la cola pancreática. La splenectomía subtotal con preservación sólo del polo inferior del bazo vascularizado por los vasos gastroepiplóicos izquierdos y polares splénicos inferiores fue realizada con buen resultado en un paciente portador de enfermedad de Hodgkin restringida en el bazo al polo splénico superior

Objetivo:

Mostrar la técnica operatoria de la splenectomía subtotal por laparoscopia en humanos.

Material y método:

Este procedimiento fue realizado con éxito en tres pacientes con dolor refractario a tratamientos clínicos. Después del clip y sección de los vasos splénicos distales y del pedículo vascular, el bazo fue seccionado con el auxilio de electrocauterio conectado al gancho laparoscópico embebido de pomada de lidocaína para hemostasia. Se preservó sólo el polo superior splénico suplido por los vasos splenogástricos.

Resultados:

Este procedimiento fue conducido con seguridad y casi sin sangrado. No hubo dificultad operatoria ni complicaciones durante el acto quirúrgico, que presentó sangrado mínimo. Después de dieciocho años, de seguimiento aún no se han registrado adversidades ni recurrencia del dolor. Los exámenes imaginológicos (ultrasonido, tomografía y centellografía), hematológicos e inmunológicos confirmaron la presencia y la buena función del remanente esplénico. A diferencia de las splenectomías totales, después de las splectomías subtotales, los hombres mantienen su libido y fertilidad.

Conclusiones:

La splenectomía subtotal puede ser realizada por vía laparoscópica y debe ser considerada como una buena opción terapéutica en los casos en que pueda preservarse tejido splénico.



ESTADIFICACIÓN QUIRÚRGICA DEL CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO: ¿SE DEBE REALIZAR DE RUTINA LA BIOPSIA DE LOS GANGLIOS SUPRACLAVICULARES?

Sastre, Ignacio; España, M.; Ceballos, R.; Bustos, M.E.F, Hospital Privado Universitario de Cordoba, Argentina

Antecedentes

Las pautas actuales para el tratamiento del cáncer de pulmón (CP) están determinadas por el compromiso de los ganglios mediastínicos y presencia de enfermedad a distancia. El objetivo de la estadificación ganglionar quirúrgica es excluir con la mayor certeza y menor morbilidad posible a los pacientes que no se beneficiarán de una cirugía inicialmente. La mediastinocopia cervical (MT) continua siendo la técnica mas utilizada. No ocurre lo mismo con la biopsia de ganglio supraclavicular, la cual no se realiza forma rutinaria, a pesar de describirse metástasis en hasta en un 51% de los pacientes con CP. Su compromiso, coloca a la enfermedad dentro del estadio IIIB o IV y no se los considera candidatos para el tratamiento quirúrgico. Constituye así, una herramienta valiosa de estadificación que ha quedado como objeto de estudio hoy en día en escasas publicaciones.

Objetivo

Determinar en quienes es necesario realizar la biopsia de ganglio supraclavicular de rutina, según características clinico-patologicas del tumor y compromiso N2.

Materiales y métodos

Entre enero de 2007 y enero de 2019 se recopilaron los datos de pacientes a los que se les realizó estadificación quirúrgica para CP no microcítico como paso previo a la resección quirúrgica. La estadificación se realizó mediante MT + biopsia de Daniels (BD) derecha o izquierda según la localización de la lesión, imágenes previas y juicio del equipo quirúrgico.

Resultados

De 60 casos, las variante histológica mas encontrada y asociada a N3 supraclavicular fue: adenocarcinoma (61%). 48,3% de las lesiones midieron 3 a 5 cm. La media de estaciones biopsiadas fue de $2,27 \pm 1,44$ (DS). En el 21,67% (13 casos) se realizó biopsia de conglomerados ganglionares (



EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA TIMECTOMÍA COMO TRATAMIENTO DE LA MIASTENIA GRAVIS.

Pérez Novoa, Juan Andrés; Javiera Jorquera Pesce, JJP; Francisca De La Fuente, FF; Raúl Oyarce López, ROL; Camilo Cavalla Castillo, CCC; Nicole Carriel, NC, Hospital Gustavo Fricke, Chile

Antecedentes:

La miastenia gravis es una enfermedad autoinmune adquirida, poco frecuente, caracterizada por debilidad con fatiga muscular por la acción de anticuerpos contra los receptores de acetilcolina en la membrana posináptica de la unión neuromuscular. La relación entre el timo, tímoma y miastenia gravis está bien descrita en la literatura. La timectomía se considera el tratamiento más efectivo y cobra mayor vigencia a medida que se acumulan grandes experiencias y disminuye el riesgo quirúrgico.

Objetivo:

Evaluar la efectividad de la timectomía como alternativa de tratamiento de la miastenia gravis en nuestro centro. Describir la población sometida a timectomía en los últimos 12 años en el Hospital Gustavo Fricke. Conocer los síntomas, calidad de vida y cambio de dosis de anticolinérgicos y corticoides que tienen nuestros pacientes antes y después de la cirugía.

Material y método:

Estudio de cohorte retrospectiva de 30 pacientes sometidos a timectomía por el equipo de Cirugía Torácica del Hospital Gustavo Fricke entre los años 2007 y 2019. Se excluyeron 10 pacientes por no cumplir criterio de inclusión. Las variables fueron la sintomatología medida con la escala MGQOL15, la dosificación pre y post operatoria de corticoides y anticolinérgicos. Se utilizó estadística descriptiva.

Resultados:

Se estudiaron 20 pacientes, con una edad promedio de 33 años, 90% mujeres y en el 64% de los casos correspondía a una miastenia gravis generalizada. La cirugía correspondió a esternotomía media en un 70%. El estudio histopatológico informó tímoma en solo 1 caso pero en uno de los pacientes que se excluyó. Según la escala MG-QOL15 aplicada al día de hoy los pacientes tienen un score promedio de 11,9; Las dosis de piridostigmina disminuyeron en un 75%, ningún paciente logró remisión completa de la enfermedad. Las dosis postoperatorias de corticoides e inmunomoduladores en comparación a lo previo a la cirugía no tuvieron diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones:



La timectomía tanto por vía transesternal como por videotoracoscopia es un procedimiento seguro, reproducible y efectivo para tratar la miastenia gravis en el Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar.



EXPERIENCIA DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE PERFORACIÓN ESOFÁGICA POR INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE SANTA FE

Núñez, M. F.; Battú, C.; Landi, L.; Garavaglia, M.; Garzón, L.; Francia, H., Hospital José María Cullén, Argentina

Antecedentes:

La perforación esofágica es una patología poco frecuente y muy grave, que puede deberse a múltiples etiologías. El pronóstico depende de la rapidez del diagnóstico y de un tratamiento adecuado. Las opciones terapéuticas son múltiples y no existe unanimidad a la hora de elegir las. Se debe tener en cuenta el tiempo transcurrido desde la perforación, el estado general del paciente, las comorbilidades preexistentes y la experiencia de cada equipo quirúrgico. Los objetivos del tratamiento son reparar la perforación, drenar las colecciones existentes, combatir la sepsis y garantizar el soporte nutricional.

Objetivo:

Exponer nuestra experiencia en tratamiento quirúrgico de perforación esofágica por ingesta de cuerpo extraño.

Material y método:

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el que fueron incluidas historias clínicas de pacientes que hayan ingresado al Servicio de Cirugía General y Mixta del Hospital J. M. Cullén de la Ciudad de Santa Fe, en el período comprendido entre mayo de 2017 y abril de 2019 a los cuáles se les realizó diagnóstico de perforación esofágica por ingesta de cuerpo extraño. Se excluyeron pacientes con perforaciones puntiformes, sin signos de sepsis sobre los cuáles se decidió tomar una conducta expectante y control clínico.

Resultados:

Se incluyeron un total de 6 pacientes, de los cuales el 66% fueron de sexo masculino. El promedio de edad fue de 42 +/- 19 años y sólo una paciente presentaba comorbilidades asociadas (hipertensión). El tiempo transcurrido desde la perforación a la consulta fue variable. Todos los pacientes incluidos en el estudio consultaron por disfagia, asociándose sólo en algunos casos a fiebre y/o enfisema subcutáneo. En cuanto al tiempo de hospitalización y la presencia de complicaciones postoperatorias, presentaron relación estadísticamente significativa con el tiempo de evolución de la perforación hasta la consulta.

Conclusiones:

El tratamiento de las perforaciones esofágicas aún es controversial, básicamente porque no existen trabajos que definan una superioridad de un tratamiento sobre otro. La mortalidad se



eleva mientras es más prolongado el tiempo de evolución entre el diagnóstico y el tratamiento.



FÍSTULA COLOVESICAL POR DIVERTICULOSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Píriz, Virginia; Viera, Nora; Perdomo, Raúl; Bornia, Jimena; Rodríguez, Alejandro, Hospital Policial, Uruguay

Antecedentes:

La fístula colovesical (FCV) es una comunicación patológica entre la vejiga y el intestino grueso, habitualmente el colon sigmoides. La enfermedad diverticular del colon sigmoides es la primera causa de FCV con el 50 a 75% de los casos, seguida del cáncer de colon. Afecta principalmente a los hombres debido a la ausencia de útero. Clínicamente se presenta más frecuentemente con neumaturia (83%), seguido de fecaluria e infecciones urinarias a repetición. Actualmente el tratamiento quirúrgico es el aceptado, aunque existen trabajos publicados sobre el manejo conservatorio.

Objetivo:

Mostrar el caso clínico de una paciente de 65 años, con una fístula colovesical a partir de un divertículo, así como su resolución quirúrgica.

Materiales y métodos:

Contamos con la historia clínica de la paciente y material gráfico de la paraclínica y la cirugía.

Resultados:

Mostramos el caso de una paciente histerectomizada con una fístula colovesical secundaria a una colopatía diverticular, y la resolución quirúrgica mediante sigmoidectomía y resección de la fístula con rafia vesical.

Conclusiones:

La FCV es una patología poco frecuente que ronda el 5% de los pacientes con enfermedad diverticular, aunque puede llegar al 20% en algunos trabajos. El estudio más sensible para detectar la fístula es la tomografía de abdomen y pelvis con una sensibilidad de 80%. Tiene como tratamiento más aceptado la resección quirúrgica, mediante sigmoidectomía y anastomosis primaria, con resección del trayecto y rafia vesical como el realizado en nuestra paciente.



FACTORES INFLUYENTES EN LA SOBREVIDA DEL CÁNCER DE COLON Y RECTO. ANÁLISIS DE 515 PACIENTES OPERADOS.

Saavedra Tomasich, Flavio¹; Abreu, P²; Mauro, FHO²; Polaquini, G²; Silva, ELC²; Araujo, KWCS². ¹Hospital de Cáncer Erasto Gaertner, Brazil; ²HOSPITAL ERASTO GAERTNER-(LIGA PARANAENSE DE COMBATE AO CÂNCER) GPO-CUR (GRUPO DE PESQUISA EN ONCOLOGIA-CURITIBA), Brazil

Antecedentes:

En Brasil, proyecciones del Instituto Nacional de Cáncer (INCA) para 2019, se esperan mas de 36.000 casos nuevos de cáncer de colon y recto, con mas de 17.000 muertes.

Objetivo:

Análisis de un grupo de pacientes con tumor de colon y recto, sometidos a tratamiento quirúrgico, buscando definir variables influyentes del resultado quirúrgico y oncológico.

Material y método:

Estudio descriptivo retrospectivo comparativo, de todos los pacientes con cáncer de colon y recto sometidos a cirugía de resección en el período del set-2009 al diez a 2015. Tasas de supervivencia y supervivencia libre de enfermedad fueron estimadas por el método de Kaplan-Maier. Los datos fueron analizados con los programas SPSS 23.0 y STATA 15, siendo $p < 0.05$ considerado estadísticamente significativo.

Resultados:

Grupo con 515 pacientes con mediana de edad de 63.66 (54-71) años. El estadio clínico se concentró en II o III en el 61,7% de los casos.

Tratamiento neo adyuvante realizado en 92 (17,9%) casos. La operación fue vía laparoscópica en apenas 68 casos. Las complicaciones postoperatorias graves (Clavien-Dindo 3,4, 5) ocurrieron 108 (21%) casos. La mortalidad quirúrgica fue de 25 (4.9%) casos. La media de los ganglios linfáticos disecados fue de 9.

La sobrevida en 5 años fue del 72,4%. En el análisis multivariado sólo la presencia de ganglios linfáticos comprometidos fue significativa.

Conclusiones:

De todos los factores analizados el que se mostró más consistente fue la presencia de ganglios linfáticos comprometidos.



FASCITIS NECROTIZANTE

Pinter, A.; Nuñez, M F; Lima, M; Battú, C; Sander, M; Francia, H, Hospital J. M. Cullen, Argentina

Antecedentes:

La fascitis necrotizante es una infección de piel y partes blandas, rápidamente progresiva, asociada a destrucción y necrosis de los tejidos, vinculada con toxicidad sistémica y alta mortalidad. En mujeres, se presenta en periné o vulva originadas en su mayoría en la glándula de Bartolino en un 67%.

Objetivo:

Exponer caso clínico y resolución de cuadro de fascitis necrotizante secundario a bartolinitis.

Material y métodos:

Se presenta caso de paciente femenina de 64 años, con antecedentes de artritis reumatoidea, en tratamiento con corticoterapia vía oral, que consulta por cuadro de dolor perineal de 48 hs. de evolución, acompañado de eritema, fiebre y edema.

Resultados:

Resolución quirúrgica asociada a antibioticoterapia del cuadro infeccioso con buena evolución.

Conclusiones:

En la literatura se han descripto casos de fascitis necrotizante asociados a enfermedades reumáticas, más frecuentemente en pacientes inmunosuprimidos por corticoterapia. En el 85% de los pacientes se logra identificar un foco primario, siendo la bartolinitis la etiología más frecuente en las mujeres (67%), seguido por las infecciones secundarias a episiotomía, endometritis o histerectomía. Los principales factores pronósticos son el diagnóstico y el desbridamiento quirúrgico precoces, ya que el retraso en el gesto quirúrgico más allá de las 24 hs, incrementa 9 veces la mortalidad que varía de un 14 a un 34%.



FEOCROMOCITOMA COMPUESTO NORMOTENSIVO

Mintegui, G; Guarneri, C; Parada, U; Mendoza, B; Taruselli, R, Hospital de Clínicas, Uruguay

Introducción

El feocromocitoma es un tumor de la médula suprarrenal secretor de catecolaminas que causa hipertensión arterial (HTA) y elevada morbilidad. Se puede combinar con un tumor neurogénico vinculado embriológicamente como el ganglioneuroma y representa 3-9% de feocromocitomas. Solo 5 -15% de los feocromocitoma son normotensivos dentro de incidentalomas suprarrenales.

Objetivo:

reportar el caso de feocromocitoma compuesto que en ningún momento de la evolución se presentó con hipertensión arterial, lo cual es excepcional.

Caso clínico:

mujer, 35 años consultó por dolor en hemiabdomen derecho e hipogastrio, sin síntomas de irritación peritoneal. Ecografía abdominal: imagen compleja en relación al polo superior del riñón izquierdo, tabicada, con vascularización, de 92x72mm. Tomografía axial computada: tumoración de logia suprarrenal (SR) izquierda redondeada bien definida, mixta, predominantemente quística, que realza con contraste, 85x90x72mm. RNM: tumoración SR izquierda de 10cm diámetro máximo, bien delimitada. Contacta con polo superior renal al cual desplaza y con páncreas, sin elementos de infiltración. En suma: voluminosa lesión SR con características de naturaleza benigna. No HTA, cefaleas, taquicardia ni piloerección. Con diagnóstico de incidentaloma suprarrenal (ISR) se plantea tratamiento quirúrgico. Metanefrinas en orina: 8.300µg/24 horas (80-130); Normetanefrinas: 1.878µg/24horas (111-419); Metanefrinas totales: 10.178µg/24 horas (149-535). La paciente estuvo siempre normotensa; se realiza preparación previa a cirugía con terazosina 2,5mg/día, dieta con 5gNa/día. Persiste normotensa, sin hipotensión ortostática, sin taquicardia por lo que no se realizó betabloqueo. Se realiza suprarrenalectomía por vía abierta, sin complicaciones intraoperatorias ni hipotensión en el acto quirúrgico.

Anatomía patológica: nódulo de 10x10x6 cm, con cavidad quística multilocular, la mayor de 5,5cm de paredes finas y lisas, con contenido sero-hemático. Remanente de glándula suprarrenal de 2x2cm. Microscopía: parénquima adrenal que presenta sustitución por proliferación encapsulada y bien delimitada de células de tipo ganglioneuroma. Se realizó además inmunohistoquímica. En suma: feocromocitoma asociado a ganglioneuroma (feocromocitoma compuesto). En la evolución la paciente continuó normotensa. Metanefrinas y normetanefrinas normales a los 6 meses de la cirugía.

Conclusiones



Los feocromocitomas son neoplasias raras, en su mayoría de hallazgo incidental y con HTA. Si bien en este caso se presentó con niveles muy elevados de catecolaminas no causó sintomatología en la paciente.



FIJACIÓN COSTAL: UN NUEVO PARADIGMA.



Lima, Melina; Talimoniuk, ivana; Guarino, Naimir; Alvarez Padilla, Facundo; Francia, Hector; Battu, Camila, Hospital JoséMaríaCullén, Argentina

Introducción:

Las fracturas costales son la lesión más frecuente tras un traumatismo torácico y se consideran un indicador importante de la severidad en el politraumatizado. Afectan principalmente a la población joven, masculina y por siniestros viales. Son más frecuentes entre el tercer y noveno arco costal. Actualmente sigue en discusión y discrepancia en la práctica diaria las indicaciones del tratamiento quirúrgico mediante fijación y el momento oportuno para este.

Presentación de caso:

Paciente femenina de 25 años con antecedente de accidente vial, con traumatismo cerrado de tórax de un mes de evolución, fracturas costales de la 3ra a 10ma costilla. Pese al tratamiento médico persiste con dolor, deformación torácica y restricción de la formación respiratoria

Tratamiento

Se realiza toracotomía con fijación costal múltiple y reducción de fracturas según técnica con prótesis de titanio por fracturas costales posteriores de 3ra a 9na costilla.

Conclusión

Las indicaciones de fijación para las fracturas costales son: dolor crónico mayor a un mes de evolución, deformidad torácica, riesgo de lesión de órganos intratorácicos y tórax inestable.

Consideramos además, que las lesiones con desplazamiento mayor a 3 cm en las radiografías, deberían ser corregidas quirúrgicamente. La elección del tratamiento dependerá del estado general del paciente y de la presencia o no de tórax inestable. Se recomienda la fijación dentro de las primeras 48 hs

Se comprobó la disminución al 45 % de tiempo de internación, requerimiento de asistencia respiratoria mecánica, así como el 60 % de gastos en salud. Con una disminución de la morbimortalidad global del 38 %



FÍSTULA AORTOBRONQUIAL EM PACIENTE COM ANEURISMA AORTICO: REPORTE DE CASO

Caetano de Farias, Igor Eduardo, Santa Casa de São Paulo, Brazil

Fariás, yo. Sakae, R.; Parodi, A .; Dorgan, V .; Botter, M .; Saad

Antecedentes y objetivos:

El objetivo de este estudio fue informar y discutir la experiencia clínica de una complicación rara de una enfermedad común, con un curso inusual y que podría progresar hasta la muerte en ausencia de un tratamiento adecuado.

Una paciente de 52 años de edad, en 2012, ingresó en el departamento de emergencias con dolor torácico repentino. Durante la investigación, le diagnosticaron una disección aórtica descendente y se sometió a un tratamiento endovascular con un stent-injerto. Evolucionó en el postoperatorio inmediato sin complicaciones. Después de 6 meses, tuvo dolor en el pecho y fiebre, fue diagnosticada con infección de endoprótesis y fue tratada con antibióticos con control de la afección. En 2015, el paciente evolucionó con episodios de hemoptisis autolimitante de pequeño volumen, con exámenes de diagnóstico de arteriografía y broncoscopia normales. Tres años después de los primeros episodios de sangrado, la paciente presentó nuevos episodios de hemoptisis más masiva.

La broncoscopia identificó la presencia de sangrado en el bronquio del lóbulo inferior izquierdo. La angiografía por tomografía reveló la sugerencia de una fístula entre el bronquio del lóbulo inferior izquierdo y la luz falsa del aneurisma tratado, sin evidencia de endofuga. Al paciente se le colocó un nuevo stent arterial y se realizó una toracotomía exploratoria. La cirugía identificó la adherencia del seguimiento del lóbulo superior izquierdo inferior a la aorta descendente y realizó una resección pulmonar con segmentectomía y desbridamiento de tejido periaórtico.

Después del procedimiento, el paciente progresó sin complicaciones o nuevos episodios de hemoptisis.

Conclusión:

El diagnóstico de fístula aortobronquial representa un desafío, especialmente en casos de evolución lenta y síntomas poco comunes. La suma de los factores encontrados en la historia clínica más la evidencia encontrada en los estudios de imagen condujo a un diagnóstico y tratamiento adecuados.



GANGLIONEUROMA RETROPERITONEAL

Miranda, Andrés¹; Rabellino, Juan²; Kamaid, Emil²; Martínez, Fernando². ¹Asociación Española / Médica Uruguaya, Uruguay; ²Médica Uruguaya, Uruguay

Antecedentes:

Los ganglioneuromas son tumores que se originan de células derivadas de la cresta neural. Éstos son tumores benignos bien diferenciados compuestos de células ganglionares simpáticas y fibras nerviosas. Usualmente se desarrollan a partir de las cadenas simpáticas desde la base de cráneo al cuello, mediastino posterior, retroperitoneo y glándulas suprarrenales. Debido a que el ganglioneuroma retroperitoneal es muy infrecuente el diagnóstico es casual. Presentamos un caso descubierto mediante tomografía abdominal.

Objetivo:

Contribuir al conocimiento sobre el manejo clínico de esta infrecuente patología.

Material y método:

Presentación de caso clínico.

Resultados:

Paciente mujer de 26 años, sin antecedentes patológicos a destacar. Consulta por dolor lumbar de corta evolución sin fenómenos acompañantes. En emergencia se solicita tomografía abdominal que evidencia una tumoración retroperitoneal. Al ingreso se realiza biopsia por punción con la que se evidencia un tumor mesenquimal. Se realiza resección en bloque por abordaje abierto, con margen oncológico y con asistencia de neuroestimulación para prevenir lesiones neurales. Se otorga el alta sin complicaciones. El informe de anatomía patológica evidencia un ganglioneuroma.

Discusión:

El ganglioneuroma es un tumor benigno raro que se origina de células derivadas de la cresta neural. En la mayoría de los casos se encuentra en el mediastino o en el retroperitoneo. Aparece principalmente en niños y pacientes jóvenes, siendo la incidencia de este de uno en un millón de la población general. Las manifestaciones clínicas del ganglioneuroma son diversas. Se presenta de manera incidental o mediante síntomas inespecíficos causados por el desplazamiento de estructuras anatómicas adyacentes. Por la rareza de esta neoplasia el diagnóstico puede ser dificultoso debiéndose realizar mediante métodos histológicos. El tratamiento quirúrgico es el más adecuado y ofrece un excelente pronóstico.



Conclusión:

La cirugía es el tratamiento más adecuado para el ganglioneuroma y nos lleva a un diagnóstico definitivo. Sin embargo las probables complicaciones deben ser consideradas. La discusión interdisciplinaria y la biopsia guiada por tomografía antes de la cirugía son recomendadas para mejorar la planificación de la misma reduciendo la morbimortalidad.



GANGLIONEUROMA SUPRARENAL. REPORTE DE UN CASO

Perdomo, Carolina; Maite Campos, MC; Cecilia Chambón, CC; Daniel González, DG

Hospital Maciel, Uruguay

Antecedentes.

El ganglioneuroma suprarrenal es un tumor benigno excepcional originado en las células nerviosas derivadas de la cresta neural.

Objetivo.

Es comunicar un caso clínico tratado en la Clínica Quirúrgica 3 del Hospital Maciel.

Caso clínico.

Mujer de 37 años, presentó dolor en fosa iliaca derecha (FID), 4 días de evolución, irradiación a fosa lumbar, sin fenómenos acompañantes. Buen estado general. Dolor a la palpación de FID, sin irritación peritoneal. La tomografía computada (TC) evidenció: lesión suprarrenal derecha quística, lobulada, comportamiento expansivo, aprox. 97 x 59 x 87 mm.

La resonancia magnética (RM): masa suprarrenal derecha, polilobulada, bien definida, carácter expansivo, hipointensa en T1, heterogénea en T2, mide 82x67x50mm.

Pruebas de función suprarrenal normales.

Con diagnóstico de tumor suprarrenal sintomático se realizó la adrenalectomía mediante una incisión subcostal derecha y abordaje de retroperitoneal, donde no se evidenció invasión renal ni de vena cava inferior.

Buena evolución posterior postoperatoria. El resultado anatomopatológico informó: ganglioneuroma.

Resultados.

Los ganglioneuromas pueden originarse en toda la cadena simpática, habitualmente en mediastino y retroperitoneo, en tercer lugar en glándulas suprarrenales.

Generalmente son asintomáticos y no funcionantes y su diagnóstico incidental. Otros se presentan con una sintomatología inespecífica y los de mayor tamaño con dolor abdominal y masa palpable.

En la TC se evidencian como lesiones sólidas, definidas, hipodensas; 40-60% presenta calcificaciones, con contraste intravenoso suelen ser heterogéneas.

En la RM son hipointensos en T1 e heterogéneos e hiperintensos en T2.



Su diagnóstico etiológico preoperatorio raramente es realizado y su confirmación es anátomo patológica.

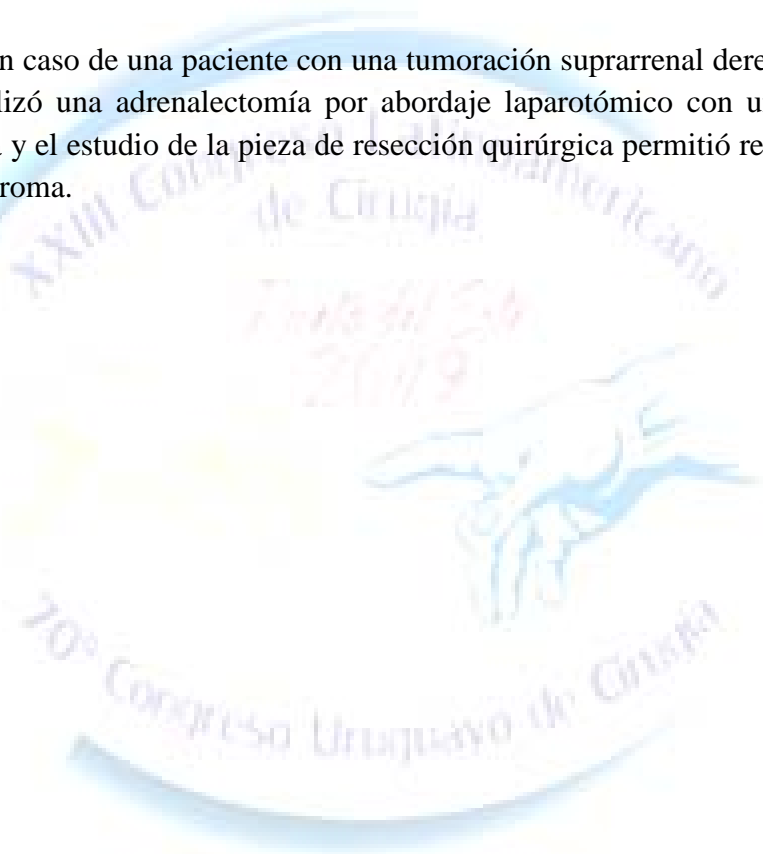
La indicación quirúrgica surge por la sintomatología o su tamaño mayor a 6 cm como el caso presentado.

Los menores a 4 cm, asintomáticos y sin elementos de malignidad, se propone seguimiento. Lesiones de 4-6cm, existe controversia y se aceptan las dos posturas: seguimiento o resección.

Luego de la resección completa, el pronóstico es muy bueno.

Conclusiones.

Se presenta un caso de una paciente con una tumoración suprarrenal derecha sintomática a la que se le realizó una adrenalectomía por abordaje laparotómico con una buena evolución postoperatoria y el estudio de la pieza de resección quirúrgica permitió realizar el diagnóstico de ganglioneuroma.



GASTRECTOMÍA PARCIAL ATÍPICA DE URGENCIA EN HERIDA DE ARMA DE FUEGO POR PROYECTILES MÚLTIPLES: A PROPÓSITO DE UN CASO

Soumastre, Alejandro; Murias, Federico; País, Cecilia; Alegressa, Florencia; González, Rosana; González, Fernando, Hospital Pasteur, Uruguay

Antecedentes:

Los mecanismos penetrantes son la causa más frecuente de lesiones en el estómago. La inmensa mayoría de las lesiones se resuelven mediante rafia en uno o dos planos. Las heridas de arma de fuego por proyectiles múltiples se caracterizan por una extensa área de afectación sobre los tejidos. En este contexto, lesiones altamente destructivas que provocan la pérdida de grandes porciones del estómago requerirán una gastrectomía parcial o incluso total de urgencia.

Objetivo:

Mostrar el caso de una paciente herido por arma de fuego por proyectiles múltiples, perdigones con múltiples lesiones gástricas en el que se realizó una gastrectomía atípica en manga.

Material y método:

Presentación del caso clínico.

Resultados:

Presentamos el caso de un hombre de 21 años, recibido en puerta de emergencia por herida de arma de fuego, proyectiles tipo perdigones a nivel toracoabdominal izquierdo. Al momento del ingreso se presentaba lúcido. Eupneico. Con una hemodinamia estable, hipocoloreado y taquicárdico. El abdomen se presentaba con defensa en hemiabdomen superior. El estudio radiográfico evidenciaba los múltiples proyectiles a nivel torácico y abdominal. Se realizó una laparotomía exploradora. Se comprueba hemoperitoneo moderado y, múltiples lesiones en cara anterior y posterior gástrica sobre la gran curva. Se decide gastrectomía atípica en manga, mediante tres disparos con máquina de sutura lineal cortante. Además, lesiones esplénicas múltiples que requirieron esplenectomía. La evolución postoperatoria inmediata y alejada ha sido buena.

Conclusiones:

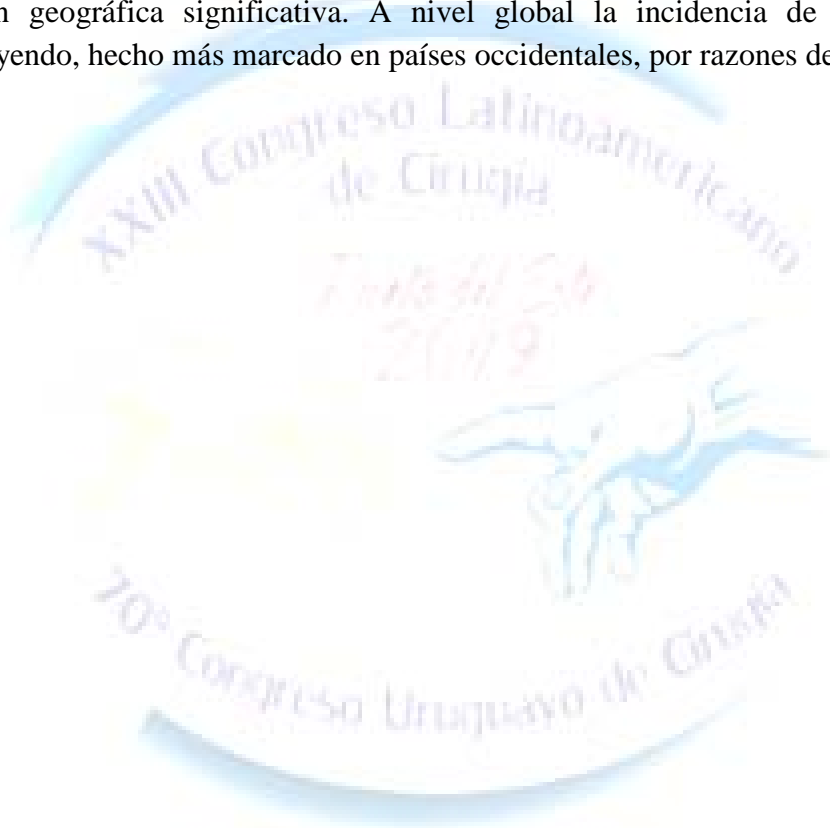
Se muestra el manejo de un caso con lesiones múltiples gástricas por perdigones, en el cual se optó por una gastrectomía atípica en manga dado el número y topografía de las lesiones. Si bien es un procedimiento poco frecuente en cirugía de urgencia, logró resolver la dificultad cumpliendo con los preceptos básicos de la cirugía del trauma como el control del sangrado, contaminación peritoneal en un tiempo operatorio prudente.



GASTRECTOMÍA TOTAL CON VACIAMIENTO GANGLIONAR D1+ EN CARCINOMA GÁSTRICO MIXTO.

Mereles Medina, Mathias Gabriel; Ramirez Sotomayor, J; Talavera, R, Hospital Nacional, Paraguay

El cáncer gástrico ha sido por muchos años una de las principales causas de mortalidad por neoplasias en el mundo entero. A pesar que en países occidentales se ha observado una importante disminución de la incidencia de la enfermedad, aún constituye una causa relevante en cuanto al número de muertes. El cáncer gástrico es el segundo cáncer más frecuente del mundo, superado solamente por el cáncer de pulmón. Posee una alta mortalidad y una variación geográfica significativa. A nivel global la incidencia de esta neoplasia está disminuyendo, hecho más marcado en países occidentales, por razones desconocidas.



HEMANGIOMA DE COLON: CAUSA RARA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

Ruiz, Guillermo, Clinica de Nefrología, Urología y Enfermedades Cardiovasculares, Argentina, Pierini, A.; Pierini, L.; Ruíz, G.; Vera, L.; Elias, J., Servicio de Cirugía General

Antecedentes:

El hemangioma de colon y recto es una entidad poco frecuente. El tipo cavernoso, es aún más raro por lo que existen pocos reportes de esta patología. Afecta mayormente recto y colon sigmoides, y el modo de presentación más común es la proctorragia en el 90% de los casos.

Objetivo:

Reporte de caso clínico, incidencia y prevalencia del hemangioma cavernoso de colon y su tratamiento quirúrgico.

Material y método:

En esta revisión se presenta el caso de un paciente masculino de 58 años con cuadro de hemorragia digestiva baja asociada a astenia. Al examen físico se constata mucosas pálidas y secas, signos vitales dentro de los parámetros normales. Abdomen blando, depresible, distendido con accesos de dolor tipo cólico, RHA aumentados. En el tacto rectal se evidencia materia fecal con trazos de sangre rojo rutilante. Se realiza Colonoscopia, la cual informa en colon transverso área de 12 cm con presencia de innumerables elementos vasculares, como varicosidades y golfos vasculares. En la Tomografía Axial computada de abdomen, se constata proceso exofítico en colon transverso y calcificaciones. Se realizó resección de colon transverso por vía convencional con buena evolución postoperatoria.

Resultado:

La pieza operatoria recibió el informe anatomopatológico de hemangioma cavernoso de colon transverso.

Conclusiones:

Los hemangiomas son lesiones vasculares congénitas que afectan generalmente piel, hígado, páncreas y tracto gastrointestinal. Se manifiesta desde edades tempranas, entre los 5 y 25 años de edad; existe una frecuencia relativa mayor en hombres comparado a las mujeres, con una relación 1.5:1. La incidencia es del 0.06%, es decir 1 por cada 1,500 pacientes. La resección quirúrgica es el tratamiento de elección para controlar el sangrado y curar completamente la enfermedad. De acuerdo a su localización y grado de afección suele variar el procedimiento, que puede ser quirúrgico o endoscópico.



HEMATOMA DUODENAL TRAUMÁTICO POST COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Ximénez, Valentina, Hospital Maciel, Uruguay

Introducción:

Los hematomas duodenales son infrecuentes, representan aproximadamente el 4% de las lesiones, son en su mayoría secundarios a traumatismos contusos. También se han descrito como complicaciones de procedimientos endoscópicos y quirúrgicos, sobre todo en pacientes anticoagulados.

Caso Clínico:

Hombre de 63 años; HTA, FA crónica anticoagulado. Consulta por un cuadro de colecistitis subaguda, con elementos de colestasis posthepática.

Se realiza el correspondiente swich de Warfarina a Enoxaparina, se suspende esta última 12 hs antes de la cirugía. Diagnóstico intraoperatorio de Síndrome de Mirizzi tipo 1. Colecistectomía subtotal con rafia del muñón vesicular, vía laparoscópica.

A las 72 hs del postoperatorio comienza con intolerancia digestiva alta e ictericia presentando cifras de BT: de 6,39 a predominio directo y Amilasa de 1066.

Por no contar con colangiografía se opta por realizar un CPR: no logra cateterizar papila dada la gran inflamación local, equimosis y sobreelevación de la mucosa duodenal.

Se coloca SNG, líquido de retención de 1500 cc día en promedio.

Se solicita TC: hematoma intramural en segunda porción del duodeno, de 14 x 8 cm, en íntima relación con la cabeza del páncreas.

Se realiza un estudio contrastado esofagogastroduodeno que evidencia distensión gástrica con estenosis a nivel de duodeno 2.

A la semana del postoperatorio, continua con sintomatología a pesar de SNG por lo que se decide colocar por vía endoscópica SNG para alimentación enteral.

Mejoría clínica y paraclínica. Se otorga alta a domicilio a las 2 semanas del postoperatorio.

Discusión:

Nos enfrentamos a una complicación infrecuente de la colecistectomía, un hematoma duodenal intramural que comprime extrínsecamente la VBP provocando un cuadro de estenosis gastroduodenal. En el pasado estas lesiones eran tratadas de forma más invasiva,



tratamiento quirúrgico: drenaje del hematoma. Actualmente existe una tendencia hacia el tratamiento conservador durante aproximadamente 2 semanas, la mayoría se resuelven de forma satisfactoria como en este caso, siendo excepcional la necesidad de un abordaje quirúrgico para la evacuación del hematoma.



HEMOPERITONEO ESPONTÁNEO EN PACIENTE HEMOFÍLICO TIPO A SEVERO. REPORTE DE CASO

Dardanelli, Santiago¹; Fernández, Lucía¹; Mion, Marcelo²; Delgado, Edward¹; Guastavino, Andres¹; Cubas, Santiago¹; ¹Hospital de clínicas, Uruguay; ²Hospital de Clinicas, Uruguay

Antecedentes:

La hemofilia A es una coagulopatía, la mayor parte de las veces hereditaria, que resulta de la deficiencia en el factor VIII de la coagulación y responde a un modo de herencia recesiva ligado al cromosoma X. La hemorragia intraarticular, subcutánea e intramuscular puede presentarse en pacientes con hemofilia severa.

El sangrado intraabdominal espontáneo es una complicación infrecuente pero grave y representa una importante causa de muerte en estos pacientes. Habitualmente se trata de sangrados retroperitoneales, con menor frecuencia el sangrado se evidencia a nivel del epiplón mayor, menor, mesenterio y mesocolon. La patogenia es incierta. Las manifestaciones clínicas son variables y en general remedan otros cuadros abdominales agudos. La ecografía abdominal o la tomografía computada de abdomen-pelvis son a menudo de gran utilidad para su diagnóstico.

Objetivo:

Reporte de caso clínico

Materiales y métodos:

Se presenta el caso de un paciente de 27 años, de sexo masculino, con hemofilia severa tipo A congénita en tratamiento con factor VIII. Ingresado por dolor abdominal de 72 horas de evolución que remeda un esquema de Murphy, con náuseas, sin fiebre. Al examen paciente hemodinámicamente estable con dolor en FID, sin defensa. De la valoración paraclínica se destaca hemoglobina de 13mg/dl, leucocitosis de 14000 y tomografía computada que informa apendicitis aguda complicada con absceso apendicular.

Se realiza laparoscopia diagnóstica que evidencia hemoperitoneo moderado a nivel subhepático, gotera parietocólica derecha y fondo de saco de Douglas. Gran hematoma a nivel de meso colon derecho, pared de colon derecho y retroperitoneal en topografía de vasos ilíacos que no se aborda.

Paciente pasa a sala en postoperatorio, mantiene hemodinamia estable, bajo seguimiento por equipo de hemoterapia, se administra factor VIII reglado y ácido tranexámico. Se otorga alta al séptimo día.

Conclusión:



Hemos asistido una complicación grave de la Hemofilia severa, gravada de alta morbimortalidad. El reporte de casos en la bibliografía es limitado. En este paciente la laparoscopia fue de gran utilidad para realizar diagnóstico. El mismo requiere alto índice de sospecha y la correcta interpretación de los estudios imagenológicos es fundamental para evitar procedimientos invasivos innecesarios.



HEPATECTOMÍA MAYOR EN QUISTE HIDÁTICO COMPLICADO



Moreira, Emilia; Moreira, Emilia; Pontillo, Mauricio; Rodríguez, Gustavo, Hospital Maciel, Uruguay

La echinococcosis hidatídica es la zoonosis de mayor prevalencia en el Uruguay. La necesidad de resección hepática es infrecuente y está indicada en caso de quistes grandes con amplia sustitución parenquimatosa, múltiples o que afectan la confluencia biliar.

Es de elección la resección del quiste conservado el mayor parénquima posible. Se presenta el caso de una paciente en quien se realizó una hepatectomía derecha previa embolización portal derecha percutánea para favorecer la hipertrofia del hígado izquierdo ya que el mismo se presentaba hipotrófico al momento del diagnóstico.

Destacamos la presencia de quiste hidático complicado con vesiculización endógena, exógena, siembra del pedículo hepático y apertura y evacuación del quiste a la vía biliar principal.



HERIDA DE ARMA DE FUEGO EN ZONA I DE CUELLO. LESIÓN ESOFÁGICA

Ferreira Pozzi, Martín; Giménez, Cremona, V; Folonier, Bassani, J; Caviglia, P; González, González, D, Hospital Maciel, Uruguay

Antecedentes.

Las heridas de arma de fuego en cuello son habituales en la vida civil y asocian en el 50% de los casos lesiones graves. Las perforaciones esofágicas pueden pasar desapercibidas en las etapas iniciales si no son específicamente buscadas, siendo dicho retraso diagnóstico responsable de un incremento de la morbimortalidad.

Objetivo.

Presentar un caso clínico de perforación de esófago cervical por herida de arma de fuego en zona I de cuello.

Caso clínico.

Paciente de 29 años, sexo masculino que ingresó al Hospital Maciel por herida de arma de fuego en cuello.

Lúcido, hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente al aire.

Herida de arma de fuego con orificio de entrada en zona I de cuello supraclavicular izquierda 2 cm por encima del manubrio esternal sin orificio de salida. No dolor espontáneo ni a la palpación.

Dada la estabilidad hemodinámica del paciente se realizó tomografía computada de cuello y tórax que no evidenció lesiones.

Se complementó con radiografía de cuello con contraste vía oral. Se observó fuga de contraste a nivel esofágico.

Con diagnóstico de herida de esófago cervical por arma de fuego se operó de urgencia y se abordó a través de una cervicotomía izquierda en palo de Hockey. Del balance lesional herida antero lateral izquierda de esófago cervical que se reparó luego de reavivar bordes con puntos separados de poliglactina 910 3-0.

En el postoperatorio inmediato fístula salival de bajo gasto que se resolvió satisfactoriamente con tratamiento conservador.



HERNIA DE AMYAND

Morgade, Paula¹; Fraga, Sebastian². ¹Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Uruguay; ²Servicio Médico Integral, Uruguay

Introducción:

La hernia de Amyand es un fenómeno clínico caracterizado por la presencia del apéndice cecal dentro del saco de una hernia inguinal. Es una situación clínica rara que se diagnostica principalmente dentro del acto quirúrgico.

Caso clínico:

Presentamos dos casos clínicos, ambos hombres que ingresan a puerta de emergencia presentando una hernia inguinal derecha irreductible y dolorosa por lo que se decide cirugía de urgencia.

En el intraoperatorio como contenido del saco herniario se evidencia la presencia del apéndice cecal inflamado sin elementos de perforación o pus por lo que se decidió realizar apendicectomía, toilette peritoneal y realizar tratamiento mediante hernioplastia según técnica de Lichtenstein sin complicaciones posteriores.

Discusión y conclusiones:

La hernia de Amyand es una entidad clínica poco frecuente, ocurre solo en un 1% de todas las hernias inguinales. Reportes de caso en los que se encuentra un apéndice inflamado varían entre un 0.07% y 0,13% de todas las hernias inguinales.

Si bien se puede llegar al diagnóstico mediante métodos de imagen como ecografía o tomografía, en la gran mayoría de los casos estos no se solicitan de rutina por lo cual en la gran mayoría de los casos son diagnosticados en el intraoperatorio.

La afección con la que se la confunde con mucha frecuencia es con una hernia estrangulada (como ocurrió en los dos casos presentados), la cual se reconoce como una urgencia quirúrgica, por lo tanto el diagnóstico erróneo probablemente no afecte el resultado final del paciente.

El tratamiento para la apendicitis herniaria es la apendicectomía a través de la herniotomía. Es discutida la utilización de una malla protésica para la reparación parietal, ya que puede aumentar la respuesta inflamatoria y provocar una mayor infección de la herida y fístula del muñón apendicular.



HERNIA DE LITTRE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Aranda Wildberger, Miguel Angel; Ruiz Avalos, Diego; Prieto, Ivan, Hospital Nacional de Itaugua, Paraguay

La Hernia de Littre se define como la presencia de un divertículo de Meckel en cualquier saco herniario. El divertículo de Meckel corresponde a un remanente del conducto onfalomesentérico, tiene una incidencia aproximada de 2% a nivel mundial, siendo sólo un 4 a 6% los que producirán sintomatología. La hernia de Littré tiene una incidencia y prevalencia hasta el momento desconocida y su hallazgo en la mayoría son hallazgos intraoperatorios quirúrgicos incidentales. De todas las hernias de Littré, la femoral constituye el 20% de los casos.



HERNIA DE SPIEGEL EN SUFRIMIENTO

Pérez Zunino, Agustín; Zeoli, M; Valsangiacomo, P; Santiago, P; Valiñas, R, Asociación Española, Uruguay

Antecedentes:

La Hernia de Spiegel (HS) representa del 0,12 al 2% de las hernias de la pared abdominal. Se produce por un defecto en la aponeurosis de los músculos oblicuo menor y transversal entre el borde lateral de la vaina del recto y la línea semilunar. EL 90% se presentan asintomáticas. La mayoría protruye a través de la aponeurosis del músculo transversal y oblicuo menor quedando por debajo del oblicuo mayor. Son hernias intersticiales y ocultas. Es más frecuente en el sexo femenino a partir de la 5ta década de vida. La prevalencia del lado derecho o izquierdo es similar. El epiplón y asas delgadas son su contenido habitual. Su sintomatología más frecuente es dolor abdominal lateralizado que aumenta con maniobras de Valsalva. En el 50% de los casos se acompaña de masa abdominal palpable que se reduce con el decúbito. La tasa de complicaciones es alta (35,5%). Frente a dudas diagnósticas la ecografía es útil, siendo la TC el estudio con mayor especificidad. El tratamiento es quirúrgico, incidiendo sobre el músculo oblicuo mayor, disección del saco herniario y reparación del defecto parietal mediante rafia o plastia, presentando esta última modalidad las ventajas ya conocidas.

Objetivo:

Contribuir al conocimiento sobre el manejo de esta patología.

Materiales y métodos:

Presentación de dos casos clínicos.

Resultados:

Exponemos el caso de un hombre (57) y una mujer (76) que se presentaron con una Hernia de Spiegel en sufrimiento. Se realizó cirugía de urgencia evidenciando contenido epiploico en el hombre e intestino delgado en la mujer. Sin mayor sufrimiento isquémico no requiriendo resecciones. Se realizó reparación del defecto parietal con malla de Polipropileno en ambos pacientes con buena evolución postoperatoria.

Conclusiones:

La HS es una entidad infrecuente con alta tasa de complicaciones. Su tratamiento es quirúrgico.



HERNIA DE SPIEGEL TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO

Almada, Mario¹; Pouy, Andrés²; Nuñez, Elisa²; Bonilla, Fernando²; Misa, Ricardo². ¹Hospital de Clínicas, Uruguay; ²Hospital Español.

Introducción:

La hernia de Spiegel es una protrusión del saco peritoneal, órgano o grasa preperitoneal a través de la aponeurosis spigeliana, sea congénita o adquirida. Su incidencia varía entre 0.12-2% de las hernias de la pared abdominal, se presenta generalmente entre los 50 y 60 años. El tratamiento es quirúrgico, y se puede realizar mediante un abordaje convencional o laparoscópico. Con las técnicas laparoscópicas se observa un bajo índice de recidivas. El objetivo es mostrar la factibilidad de realizar con éxito el tratamiento por vía laparoscópica en una hernia de Spiegel.

Caso clínico:

Mujer de 63 años. Coordinada para resolución por vía laparoscópica de hernia de Spiegel izquierda. Se realiza hernioplastia laparoscópica con malla preperitoneal retrofascial, sin incidentes. Se otorga el alta hospitalaria el mismo día del procedimiento, con buen resultado a largo plazo.

Discusión:

La hernia de Spiegel constituye una entidad rara. Su presentación clínica es variada y, por lo tanto, hay que tener alta sospecha diagnóstica al examinar al paciente. Puede encontrarse por encima o por debajo del ombligo, y las más bajas confundirse con una hernia inguinal. Si existe duda diagnóstica, los métodos de imagen pueden ayudar, como la ecografía de partes blandas o mejor aún la tomografía computarizada. Una vez hecho el diagnóstico, el tratamiento de elección es quirúrgico. La resolución puede ser por vía convencional o laparoscópica, con el uso o no de material protésico. El acceso laparoscópico además permite certificar la sospecha diagnóstica, y ofrecer los beneficios de la técnica mínimamente invasiva. Para hernias no complicadas, la técnica laparoscópica es una opción segura. En caso de una hernia complicada hay quienes consideran el acceso convencional como la mejor opción.

Conclusiones:

El abordaje laparoscópico es una opción factible y segura para realizar el tratamiento de una hernia de Spiegel.

HERNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA



Perez Zunino, Agustin; Rodríguez, G; Ferla, D; Valsangiacomo, P; Valiñas, R, Asociación Española, Uruguay

Antecedentes:

La hernia diafragmática traumática (HDT) es una entidad poco común en el trauma abdominal cerrado (1 a 5%), viéndose con mayor frecuencia en el trauma penetrante. Requiere un diagnóstico oportuno por la alta incidencia de lesiones asociadas y complicaciones. Muchas veces el diagnóstico es difícil de realizar. Mecanismo fisiopatológico dado por impacto de alta energía con aumento súbito de la presión intrabdominal. Más frecuente en hemidiafragma izquierdo (70%) que en el diafragma derecho. Siempre carecen de saco. Herniación de vísceras abdominales al tórax se produce en el 45% al 60% de los casos siendo estomago, colon, intestino delgado, bazo y epiplón los más frecuentes. Signos y síntomas inespecíficos siendo disnea y dolor abdominal los más frecuentes. La AACT clasifica las HDT en 5 grupos en función del tamaño del defecto y la presencia de pérdida de sustancia. Según la evolución del cuadro se clasifican en 3 fases: aguda, crónica y catastrófica. La Rx simple de tórax permite el diagnóstico en el 45% de las lesiones a izquierdo y 17% del lado derecho. La TC tiene una especificidad del 100%. El tratamiento es quirúrgico. El abordaje abdominal es de elección en la fase aguda. Debe repararse el defecto mediante rafia con material irreabsorbible. Ante pérdida de sustancia puede requerirse reparación mediante plastias (con epiplón o material protésico).

Objetivo:

Contribuir al conocimiento sobre el manejo de esta infrecuente entidad.

Materiales y métodos:

Presentación de caso clínico.

Resultados:

Presentamos el caso clínico de un hombre de 23 años, sufre siniestro de tránsito de alta cinemática en ruta. Balance lesional: paciente estable, con disnea e intenso dolor en tórax. Hipovenitlación en base de htx izquierdo. Rx de tórax y TC de Body compatibles con HDT izquierda. Realizamos laparotomía abdominal de urgencia evidenciando hernia diafragmática izquierda de 5cm, con ascenso de estomago y epiplón al tórax. Se redujo hernia y se reparó defecto con sutura continua en doble plano con material irreabsorbible. Buena evolución postoperatoria.

Conclusiones:

La HDT es una entidad infrecuente en el trauma cerrado abdominal. Requiere diagnóstico y tratamiento precoz. Se impone la cirugía para la reparación del defecto diafragmático.





HERNIA OBTURATRIZ ESTRANGULADA: UN CASO INFRECLENTE DE OCLUSIÓN INTESTINAL

Pontillo, Marcelo; Gayo, G; Mion, J; Neirotti, R, Departamento de Cirugía - Circulo Católico de Obreros del Uruguay, Uruguay



Antecedentes:

La hernia obturatriz (HO) es una entidad clínica rara; con una incidencia aproximada del 1 % de todas las hernias abdominales externas; su estrangulación es aún más infrecuente. Por lo general, se presenta en mujeres multíparas y ancianos, debido a una disminución del tejido graso preperitoneal que ocupa el canal obturador.

Objetivo:

Presentamos un caso clínico de una paciente con una HO estrangulada con contenido intestinal isquémico; que fue tratada mediante una resección segmentaria de intestino delgado y rafia parietal.

Caso clínico:

SF 89 años. Apendicectomizada. Consulta en puerta de emergencia por cuadro de 5 días de evolución dado por dolor en región inguinal derecha y vómitos. Agregando posteriormente detención del tránsito digestivo para materias y gases. Al examen físico constatamos distensión abdominal y ampolla rectal vacía.

Con planteo de oclusión intestinal, se solicitan radiografías de abdomen que certifican asas delgadas distendidas y niveles hidroaéreos, no objetivando claramente la zona de transición de la obstrucción. Ante la duda etiológica, solicitamos una tomografía computada (TC), que evidencia la protrusión de asas delgadas por el orificio obturatriz derecho.

Realizamos cirugía, mediante una mediana infraumbilical, donde se identificó un asa ileal introducida a nivel del orificio obturatriz, la cual se reduce evidenciando un parche de necrosis, se realiza la resección del segmento intestinal no viable, restituyendo el tránsito mediante una entero-entero anastomosis latero-lateral manual. El defecto parietal se repara mediante una rafia con puntos separados de Polipropileno. La paciente presentó buena evolución, otorgándose el alta a los 5 días del postoperatorio.

Conclusión:

La HO fue descrita por primera vez en 1724 por Ronsil; consiste en la protrusión de contenido abdominal a través del orificio obturador de la pelvis. Si bien suelen cursar oligoasintomáticas, presentan un alto riesgo de estrangulación, como sucedió en nuestro caso, debido a las características del anillo osteofibroso poco distensible. La TC se debe considerar en el algoritmo diagnóstico – terapéutico para definir el contenido y su viabilidad. Un diagnóstico clínico – radiológico y una actuación quirúrgica precoz son esenciales en la reducción de la morbimortalidad que conlleva esta patología.





HERNIA PARAESOFÁGICA COMPLICADA CON ISQUEMIA GÁSTRICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Soumastre, Alejandro; Gabito, Isabel; González, Rosana; Taruselli, Roberto; González, Fernando, Hospital Pasteur, Uruguay

Antecedentes:



Las hernia paraesofágicas representan menos del 5% de las hernias del hiato. La sintomatología es inespecífica pudiendo debutar con una complicación, siendo la estrangulación gástrica una de las más graves.

Objetivo:

Mostrar el caso de una paciente con hernia paraesofágica complicada con estrangulación gástrica.

Material y método:

Presentación del caso clínico.

Resultados:

Presentamos el caso de una mujer de 36 años de edad. Consulta por dolor de 72 hs de evolución, aparición brusca, gran intensidad, localizado en hipocondrio izquierdo, calmando parcialmente con opioides. Niega traumatismos previos. Asocia reiterados episodios de vómitos biliosos. Al examen físico se presentaba lúcida. Normocoloreada, taquicardica, sin otros elementos del SIRS. El abdomen presentaba defensa a nivel de hipocondrio izquierdo. Descartados los planteos primarios de pancreatitis aguda y ulcera perforada, se confirma mediante tomografía computada una hernia paraesofágica que contiene el cuerpo gástrico moderadamente distendido. Se visualiza además neumatosis parietal como elemento de sufrimiento isquémico.

Se realiza un abordaje inicialmente laparoscópico, donde se confirma el diagnóstico. Se decide conversión a laparotomía, debido a las dificultades técnicas en la reducción del saco, firmemente adherido al anillo estrangulante. Se realiza una mediana suraumbilical, se reduce el saco herniario. Se evidencia signos de isquemia a nivel de pared gástrica que retroceden luego de reducción. Se repara el defecto parietal. La evolución postoperatoria inmediata y alejada ha sido buena.

Conclusiones:

Las hernias paraesofágicas son poco frecuentes. La isquemia gástrica es una complicación grave de la enfermedad y puede ser el debut de la misma como en este caso. Todo lo anterior representa un gran desafío diagnóstico terapéutico, requiriendo una alta sospecha clínica y cirugía inmediata, donde una intervención precoz, se relaciona a un mejor pronóstico del paciente. El abordaje laparoscópico, es una opción en pacientes estables, constituyendo un procedimiento de alta complejidad técnica.





HERNIA TRAUMÁTICA DE LA PARED ABDOMINAL. REPORTE DE CASO.

Ferreira Pozzi, M; Arciénega Yañez, P; Armand Ugon Bigi, G; González González, D, Clínica Quirúrgica 3, Facultad de Medicina, Hospital Maciel, Uruguay

Antecedentes: la hernia traumática de la pared abdominal (HTPA) es muy poco frecuente. Se define como la rotura músculo-fascial causada por un traumatismo directo sobre la pared abdominal sin penetración de la piel ni evidencia de hernia previa en esa topografía. Los accidentes de tránsito son la causa más frecuente (78%) seguidos por cozo de animal, caída de una altura, traumatismo deportivo o con herramientas de trabajo, aplastamiento. La lesión por



cinturón de seguridad es la más frecuente, seguida de la lesión por manillar de birrodado. Son más frecuentes a nivel infraumbilical. Pueden evidenciarse en el momento del accidente o en la evolución, el diagnóstico puede ser clínico y/o imagenológico. La reparación parietal, su tipo y oportunidad, se realizará en función del estado del paciente y de las lesiones concomitantes.

Objetivo: presentar el caso y revisar la literatura.

Material y método: Paciente de 21 años, masculino, sano. Conductor de moto, viajando a 70 km/hora cae al pavimento, máximo impacto en hemicuerpo derecho. En lo físico destacamos: ABCD normales. Fractura de diáfisis humeral derecha (requirió osteosíntesis), hematoma de cara lateral derecha de tronco, desde línea mamilar a tercio superior de muslo. Tomografía, al ingreso, evidenció contusión pulmonar derecha, hematoma de partes blandas en la topografía referida y HTPA por desprendimiento de músculos anchos del abdomen de la cresta ilíaca, contiene asas delgadas, sin elementos de oclusión intestinal. Dada la contusión pulmonar y la ausencia de elementos de oclusión se decide reparación en diferido, 60 días después del accidente. Abordaje laparotómico centrado en la tumoración. Hernioplastia con malla de polipropileno preperitoneal retromuscular, se fija con polipropileno cero a músculo ilíaco y a arcada crural por abajo, borde externo de vaina del recto por adentro, cara profunda de transverso por arriba y atrás. Reinserción, en bloque, de músculos anchos a cresta ilíaca (puntos separados polipropileno 2.0).

Resultados: Evolución postoperatoria sin complicaciones. Reintegro laboral, sin limitaciones, a los 60 días de postoperatorio.

Conclusiones: patología poco frecuente, debe sospecharse ante: hematomas extensos de pared abdominal, estigma de trauma con cinturón de seguridad o manillar de birrodado, tumoración aguda palpable con semiología de hernia.



HERNIA TRAUMÁTICA DE LA PARED ABDOMINAL: DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.

Giroff, Nicolas; Sciuto, Pablo; González, Daniel, Hospital Maciel, Clínica Quirúrgica 3, Uruguay

Antecedentes:

la hernia traumática de pared abdominal (HTPA) se define como la rotura musculofascial secundaria a un traumatismo cerrado de abdomen de jerarquía, sin penetración de la piel ni evidencia de hernia previa en el sitio de la lesión. Se considera una afección rara, con pocos casos publicados en la bibliografía internacional. Aunque su incidencia real se desconoce, se acepta que puede ocurrir en el 1% de los traumatismos violentos. Suponen un reto diagnóstico dado el contexto del trauma, donde el dolor y las lesiones acompañantes pueden impedir una correcta exploración física inicial, por tanto, debemos presentar un alto índice de sospecha.

Existen todavía importantes controversias en cuanto a la definición, clasificación, diagnóstico preoperatorio adecuado y tratamiento (oportunidad, técnica, vía de abordaje)

Objetivos:

presentación de un caso clínico y revisión bibliográfica del tema.

Materiales y Métodos:

paciente de sexo femenino, 68 años, Obesa, hipertensa, EPOC, HIV+, consulta en policlínica de cirugía general por tumoración herniaria en cuadrante inferior derecho de aproximadamente 20x15 cm de diámetro, irreductible. Hace 4 años sufre caída y aplastamiento con traumatismo cerrado toraco-abdomino-pelvico. Desde entonces aumento progresivo del tamaño herniario. Se realiza TC de abdomen y pelvis que evidencia defecto parietal de aproximadamente 6cm a nivel del cuadrante inferior derecho del abdomen que compromete músculos transversos y oblicuo menor con gran saco herniario con contenido intestinal alojado detrás de músculo oblicuo mayor. Con diagnóstico de hernia traumática de la pared abdominal se plantea reparación parietal convencional. Se realiza hernioplastia colocando malla compuesta de contacto visceral Parietex 30x20cm con adecuado overlap. Cierre del defecto utilizando rotación de vaina anterior de los rectos y tendón conjunto. Se refuerza la reparación colocando malla de polipropileno entre dicho plano músculo aponeurótico y la aponeurosis del músculo oblicuo mayor. Se deja drenaje aspirativo en celular subcutáneo.

Resultados:

evolución postoperatoria sin complicaciones, alta a domicilio al 5to día de postoperatorio. Sin evidencia de recidiva en 3 meses de seguimiento.



Conclusiones:

la hernia traumática de la pared abdominal es un tipo infrecuente de hernia que supone un reto diagnóstico y terapéutico. El tratamiento debe de ser individualizado para cada paciente



HIDRONEFROSIS BILATERAL MODERADA-SEVERA A EXPENSAS DE OBSTRUCCIÓN EXTRÍNSECA A NIVEL DE LA UNIÓN PIELO-URETERAL POR CRUCE VASCULAR ATÍPICO.



Schreiner Arce, Marcia Mabel¹; Renaut, J. L.²; Rodríguez, M.²; Urdapilleta, E.²; Bortolato, L.²; Vera, E.².¹Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de Asunción, Paraguay;
²Universidad Nacional de Asunción, Paraguay

Antecedentes

Paciente de sexo masculino de 10 años de edad, consulto en el servicio de nefrología pediátrica por episodios de dolor en ambas regiones lumbares 1 o 2 episodios por semana en un lapso de tiempo de 2 semanas, tipo colico. Actualmente se encuentra en buen estado general, con buena diuresis, normotenso, sin edemas

Objetivo:

Demostrar Hidronefrosis a causa de obstrucción por cruce de vascular atípico

Materiales y métodos:

Paciente, cámara fotográfica, estudiantes y médicos colaboradores.

Resultados:

En la tomografía se evidencia dilatación pielocalicial bilateral, la pelvis derecha mide 22 mm y la izquierda mide 20 mm de diámetro antero posterior; se evidencia disminución brusca de calibre. En la ecografía abdominal se observa Hidronefrosis bilateral, probablemente por compresión vascular. La curva renográfica de amplitud normal. La fase excretora basal presenta un patrón obstructivo.

Conclusión:

hay una alta mortalidad a causa de hidronefrosis debido a obstrucción anormal.



INCIDENCIA DE CÁNCER EN NÓDULOS SUBSÓLIDOS PULMONARES

Cardenas Santacruz, Galo¹; Berrios Silva, Raul²; Santolaya Cohen, Raimundo²; Zink Rocuart, Manfred²; Ortega Sepulveda, Jose²; Berrios Caro, Nicolas³; Iara Jorquera, Fernanda⁴.
¹residente de cirugía clínica alemana, Chile; ²clínica alemana; ³universidad católica; ⁴

Los nódulos subsólidos representan casi el 20% de todos los nódulos encontrados incidentalmente en la tomografía computarizada (TC) de tórax. Su detección está aumentando. Si bien el 70% de los nódulos subsólidos persistentes representan una forma de adenocarcinoma, su pronóstico generalmente es excelente cuando se resecan.

Objetivos

Determinar la incidencia de cáncer en nódulos pulmonares subsólidos sospechosos al TAC que fueron sometidos a cirugía, durante un periodo de 7 años. Además determinar los tipos de cáncer identificados en estudio anatomopatológico.

Material y Método

Estudio descriptivo de una base de datos prospectiva de nódulos pulmonares subsólidos sospechosos al estudio radiológico por escáner, que fueron presentados en un comité multidisciplinario, posteriormente resecaos y con estudio anatómico patológico. Análisis descriptivo en STATA 16.

Resultados

Se identificaron 170 nódulos subsólidos de los cuales el 38% (65) fueron en vidrio esmerilado, 34% (58) de tipo mixto, 20% (34) de tipo indeterminado y 8% (13) otros. De un total de NSS la incidencia de cáncer fue del 58,2% siendo en su mayoría adenocarcinomas, de los cuales 45 (56%) fueron lesiones preinvasoras (Hiperplasias atípicas y carcinoma in situ). La mayoría en NSS en vidrio esmerilado y mixtos con un tamaño entre 11 y 20 mm al TC.

Conclusiones

Los NSS son un reto diagnóstico, con una incidencia de cáncer de 58% en nuestra serie. En su mayoría son adenocarcinomas de pulmón primarios preinvasivos o invasivos tempranos.



INCIDENCIA DE COLEPERITONEO EN CONTEXTO DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA HOSPITAL DIEGO THOMPSON EN LOS ÚLTIMOS 7 AÑOS

Trevisan, Agustina; Trevisan, AE; SALVIA, ML; Dominguez, N; Díaz P; Garbini, F; Obiols, E, Hospital Diego Thompson, Argentina

La colecistectomía es una intervención frecuente y su postoperatorio suele ser sencillo. Sin embargo, pueden producirse varias complicaciones. Las principales, por su frecuencia y gravedad, son las lesiones iatrogénicas de las vías biliares. Desde la aparición de la laparoscopia, la frecuencia de las lesiones biliares es más elevada que con la laparotomía (0,4%). En la mayoría de las ocasiones, la complicación se manifiesta en los días posteriores a la colecistectomía: fuga biliar (colección, fístula biliar, coleperitoneo) y obstrucción biliar. También puede ponerse de manifiesto varios meses e incluso años después de la colecistectomía (estenosis, litiasis intrahepática). Las herramientas terapéuticas son quirúrgicas (reparación biliar), radiológicas (drenaje) o endoscópicas (prótesis), con la posibilidad de asociar estas modalidades. En postoperatorio podemos evidenciar:

Bilirragia dirigida por drenaje o por la herida abdominal, que si persiste se transforma en una fístula biliar externa.

Biloma: colección biliar localizada, que si se infecta se transforma en un absceso abdominal.

Coleperitoneo: derrame biliar libre en la cavidad abdominal que si se infecta se transforma en una peritonitis biliar.

Objetivo:

reportar nuestra experiencia en coleperitoneo en contexto de postoperatorio de colecistectomía laparoscópica.

Diseño : retrospectivo - observacional

Material y métodos:

en un total de 1385 colecistectomías laparoscópicas en el lapso de marzo de 2012 a marzo de 2019 , se constataron 4 lesiones de vía biliar.

Resultados :

el diagnóstico es clínico e imagenológico. La conducta se tomará de acuerdo a cada caso pudiendo ser expectante ó quirúrgica.

Conclusión :

en el transcurso de 7 años se realizaron 1385 colecistectomías laparoscópicas. Se registraron 4 casos de fuga biliar. Un caso fue resuelto de manera expectante , los 3 restantes requirieron



reintervención quirúrgica . Nuestro porcentaje de lesión quirúrgica de la vía biliar es de 0,28% , por debajo de lo reportado en la bibliografía.



INCIDENTALOMA INTRAOPERATORIO, VESÍCULA BILIAR A LA IZQUIERDA: DIAGNÓSTICO DE SITUS INVERSUS TOTALIS POST OPERATORIO REPORTE DE CASO:

Abarca Fernández, Pedro César¹; Manrique Sila, George, Gms²; Paredes Núñez, Hugo, Hpn².
¹Hospital iii Regional Honorio Delgado Espinoza (minsa), Perú²Hospital iii Regional Honorio Delgado, Perú

Introducción:

Vesícula Biliar a la Izquierda sucede cuando esta se encuentra; a la Izquierda del Ligamento de Teres-Falciforme; y debajo de la superficie del lóbulo Izquierdo del Hígado en el segmento III o II (1).

Situs Inversus Totalis es una entidad congénita rara descrita en animales desde épocas de Aristóteles(3) asociada a síndromes Kartagener e Ivermark, Yoshikawa. El 5 a 10% tiene Tetralogía de Falot y Transposición de Grandes Vasos. 80% de casos presenta Arco Aórtico Derecho (2).

Siniestroposición de la Vesícula Biliar; generalmente es descubierta en el intraoperatorio provocando un inesperado desafío durante la Cirugía; requiriendo cambios en la ubicación de puertos (1).

Situs Inversus Totalis (SIT): se asocia a Parto pretermino, raza negra o hispana y edad menor de 20 años (3).

Caso:

Mujer de 44 años, Ingresa Consultorio externo para Preoperatorio por Colelitiasis.

Análisis: Normales.

Ecografía: Colelitiasis y Hepatopatía difusa.

Anestesiología:ASA II/V.

Diagnóstico:No Patrón Colestásico - Colelitiasis

Se hospitaliza el 6 de Julio 2016.

Programación:Colelap el día 18 de Julio 2016.

Colelap:Se inicia la Cirugía con Técnica Francesa; no se encuentra vesícula Biliar en hipocondrio Derecho se realiza Videolap y se observa Vesícula Biliar en el Hipocondrio Izquierdo e Hígado ipsilateral. Bazo Estómago ubicación derecha. Se procedió a la Colelap sin contratiempos agregando un Puerto adicional izquierdo. No se grabó el video.



TEM 19 de julio 2016: Post-operatorio

* Situs Inversus Totalis.

*Colecistectomizada.

*Atelectasias-Neumonía

Discusión:

En el caso presente existen errores en el preoperatorio; lo que pudo en el intraoperatorio generar lesiones inadvertidas; porque se involucra anomalías de vías biliares y vascularización, en la colecistectomía, por lo que realmente es un desafío para el cirujano diestro que se encuentra quizás no preparado. El diagnóstico de SIT en el posoperatorio se impone la colangiografía intraoperatoria. Logrando su diagnóstico para información nuestra y de la paciente.

Conclusiones:

1. El Preoperatorio marca sospecha o diagnóstico del SIT.
2. Diagnóstico SIT es incidental y desafiante.
3. Colelap más colangiografía intraoperatoria.
4. Informar sobre SIT a la paciente y reportar el caso.



INDOCIANINA VERDE PARA VISUALIZACIÓN INTRAOPERATORIA DE METÁSTASIS GANGLIONARES EN EL CÁNCER DE TIROIDES

Guarneri, C; Taruselli, R; Gambini, JP; Parada, U, Hospital de Clínicas, Uruguay

Antecedentes

La incidencia de cáncer de tiroides se encuentra en ascenso teniendo generalmente un buen pronóstico con el tratamiento adecuado (1)

Se destaca un aumento progresivo de tumores papilares y micropapilares con presentación metastásica ganglionar cervical preocupante en nuestro medio e incluso con compromiso locorregional asociado.

Frente a la necesidad de una cirugía pretendidamente curativa, algunos casos requieren asociar vaciamiento ganglionar con las comorbilidades que conlleva.

La indocianina verde (ICG) se ha utilizado de manera segura en varios procedimientos quirúrgicos que van desde la evaluación de perfusión vascular hasta la detección del tejido neoplásico (2). En cuello es de utilidad para topografiar tejido tiroideo y paratiroideo adquiriendo gran valor en las reintervenciones.

Objetivos:

En el presente trabajo describimos la visualización de metástasis tiroidea ganglionar utilizando imágenes de fluorescencia con ICG.

Material y Métodos

Paciente masculino de 28 años diagnosticado con cáncer papilar de tiroides asociado a metástasis ganglionar en nivel III confirmada por citología.

Se realizó tiroidectomía total con vaciamiento ganglionar central y lateral radical modificado a derecha.

Administrando 3mg de ICG intravenosa pre y post tiroidectomía logramos detectar el ganglio metastásico ya conocido, confirmando el diagnóstico de malignidad por anatomía patológica.

Empleamos un sistema de detección de infrarrojo cercano desarrollado en nuestro hospital para detectar la fluorescencia de la ICG.

Resultado

Pudimos visualizar la fluorescencia de forma focal a nivel del ganglio metastásico de nivel III.



La anatomía patológica informó 2+/8 del vaciamiento central y 5+/36 del lateral todos ellos correspondientes al Nivel III.

El tejido fluorescente estaba asociado al tejido ganglionar metastásico papilar.

Conclusión

Dado que el cáncer papilar de tiroides capta ICG, las imágenes de fluorescencia intraoperatoria pueden ayudar a identificar y remover ganglios y tejidos metastásicos. Basados en esta premisa podría utilizarse en el cáncer de tiroides (más allá del cáncer papilar) para evaluar intraoperatoriamente la diseminación del cáncer de tiroides y aumentar la probabilidad de éxito terapéutico.



INFARTO MASIVO ESPLÉNICO POR COMPLICACIÓN HEMORRÁGICA DE TUMOR QUÍSTICO DE PÁNCREAS

Morgade, Paula; Vanerio, Patricio; Fraga, Sebastian; Costa, Juan Martin; Harguindeguy, Martin, Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Uruguay

Introducción:

Los infartos esplénicos son una causa infrecuente de dolor abdominal. Son causados por una amplia variedad de patologías. Presentamos el caso de un paciente en el que se hizo diagnóstico de infarto esplénico masivo secundario a una complicación de un tumor quístico de páncreas.

Caso clínico:

Hombre 62 años. DM2, hiperplasia prostática. En valoración por múltiples lesiones quísticas pancreáticas con elementos de hipertensión portal local, asintomático. Consulta en puerta de emergencia por dolor abdominal difuso a predominio de hemi abdomen superior acompañado de náuseas y vómitos. Se realiza TC abdomen y pelvis con contraste que evidencia lesiones quísticas ya conocidas, una de ellas complicada con sangrado intra quístico e infarto esplénico masivo, asociado a trombosis de vena esplénica (figura 1). Debido al dolor intenso y a la presencia de neumatosis intra esplénica se decide esplenectomía de urgencia (figura 2). El paciente tiene una buena evolución postoperatoria, siendo dado de alta al 5to día. Se realiza una RNM de forma ambulatoria para tipificar mejor las lesiones pancreáticas (figura 3).

Discusión

El infarto esplénico ocurre cuando el flujo sanguíneo al bazo se ve comprometido y causa isquemia tisular y eventual necrosis. Las dos causas más frecuentes de infarto esplénico son la enfermedad tromboembólica y las enfermedades hematológicas. El infarto esplénico es una complicación cada vez más frecuente asociado a los procesos inflamatorios del páncreas, secundario a la íntima relación entre éste y el hilio esplénico. Existen tres mecanismos patogénicos, a veces simultáneos, que podrían ser el origen de las complicaciones esplénicas en las pancreatopatías: lesión vascular, más frecuente la trombosis venosa, o el espasmo vascular; la compresión directa de los vasos esplénicos por lesiones pancreáticas como nuestro paciente. Los quistes pancreáticos son una entidad infrecuente, por lo general son hallazgos incidentales y cursan de forma asintomática. Existen varias clasificaciones; tumores quísticos (serosos, mucinosos, tumores papilares mucinosos intraductales), así como los pseudoquistes pancreáticos que corresponden a una complicación evolutiva de las pancreatitis. En todos ellos, unos mas que otros, esta descrita la hemorragia intra quística la cual puede ser causa de dolor o complicaciones mas graves como en el caso de nuestro paciente.



INICIO DE LA VÍA ORAL EN LA PANCREATITIS AGUDA BILIAR. HOSPITAL DE CLÍNICAS. REVISIÓN DE CASOS 2013 - 2018

Nayar Villasanti, Gerson David; Machain Vega, Gustavo; Berra Bernal, Pablo; Segovia Lohse, Herald; Chaparro Mancuello, Alba; Riquelme Recalde, Evelyn Karina, Hospital de Clínicas, Paraguay

Objetivo:

Determinar la relación entre el inicio de la vía oral con variaciones de la Pancreatitis Aguda Biliar.

Materiales y Método:

Observacional, Analítico, Casos y Controles.

Resultados y Conclusiones:

en 95 casos de Pancreatitis Aguda, 69 eran femeninos y 26 masculinos. El promedio por edad era 45 años. Según IMC presentaban sobrepeso (37,89%). No hubo asociación entre el IMC de los pacientes y el inicio de la vía oral (ANOVA = 0,6). El 49,46% tuvo 1 día de reposo gástrico habiendo casos de 12 días de reposo gástrico. El retardo del inicio de la vía oral aumenta con el grado de Severidad de Pancreatitis Aguda. Las pancreatitis leves iniciaban al primer día, las moderadas al segundo día y las severas al séptimo día (ANOVA p=0,003). El inicio de la vía oral fue postergado por dolor abdominal persistente en 71 pacientes, en 23 personas fue náuseas con vómitos, y en 21 pacientes distensión abdominal. Solo hubo asociación significativa ante la distensión abdominal (OR=3,03 IC95% [1,09-8,42] p=0,02). 22 pacientes tuvieron dos o más criterios de SIRS; tenían 6 veces más chances de tener un reposo gástrico mayor a 24 hs (OR=6,01 IC95% [1,98-18,19] p=0,001). Aumentando los días de ayuna se constató un descenso en valores de albúmina, más marcado después de los 7 días, llegando a valores de hasta 2,4 mg/dL (ANOVA p=0,002). Se recurrió en 6 de los casos (6,32%) a Nutrición Enteral en promedio por 9,1 días, y en 1 caso (1,05%) nutrición por vía parenteral. En la realimentación en el primer día pacientes con 24 hs de ayuno progresaban dieta hasta sólidos, con 48 hs de ayuno hasta dieta blanda y pasando las 72 hs de ayuno quedaban con líquidos claros (ANOVA p=0,01).

Palabras Clave: Vía Oral, Ayuna, Pancreatitis Aguda Biliar.



INTUSUSCEPCIÓN INTESTINAL: UN DILEMA DIAGNÓSTICO EN ADULTOS

Escobar, P; Pontillo, M; Morgade, P; Neirotti, R, Departamento de Cirugía - Circulo Católico de Obreros del Uruguay, Uruguay

Antecedentes

La intususcepción intestinal en adultos es rara, y más del 90% de los casos es secundaria a una condición patológica asociada, que actúa como pie de invaginación. Su manifestación clínica no es específica, pudiendo presentarse de manera aguda, intermitente o crónica

Objetivo

Presentamos el caso clínico de un paciente con una intususcepción intestinal, que fue tratado mediante la resección segmentaria de intestino delgado patológico.

Caso clínico

SM 32 años. Consulta por dolor abdominal de 15 días de evolución, tipo cólico, sin alteraciones del tránsito digestivo, constatando al examen físico distensión abdominal, y dolor a la palpación a nivel periumbilical.

Dado el tiempo de evolución y la presencia de dolor, nos llevó a solicitar una tomografía computada (TC) que evidencia asas delgadas distendidas, donde se visualiza en su interior el signo de la escarapela, que se interpreta como posible invaginación intestinal.

Optamos por realizar cirugía, mediante una mediana supra-infraumbilical, donde identificamos asas delgadas distendidas y la invaginación intestinal de un asa delgada ileal. A la palpación impresiona una tumoración en su interior, por lo que se decide la resección del asa intususceptada, con posterior anastomosis entero-entérica, latero lateral, manual.

Se envía la pieza para su análisis histopatológico, que certifica la presencia de intestino proximal intususceptado de forma anterógrada, con aspecto pseudopolipoide, sin elementos de malignidad.

El paciente evoluciona favorablemente, otorgándose el alta a los 5 días

Conclusión

La intususcepción intestinal continua siendo un desafío para el cirujano, principalmente cuando se presenta de forma no aguda, como sucedió con nuestro paciente. La sospecha clínica debe estar siempre presente, siendo la TC un pilar fundamental en el diagnóstico, permitiendo realizarlo en forma temprana, disminuyendo la morbimortalidad de la patología.



INUSUAL ETIOLOGÍA DE PSEUDOESTENOSIS DE HEPATICOYUNOSTOMÍA. FORMACIÓN DE LITIASIS SOBRE SUTURA NO REABSORBIBLE.

López Penza, Patricia¹; López Penza, Patricia²; Mallarino, Mauro²; Morales, Ademar²; Varela, Daniel²; Burghi, Gustavo². ¹Hospital de Clínicas/ La Asistencial, Uruguay; ²La Asistencial. Maldonado., Uruguay

Introducción:

Una complicación a largo plazo de la hepaticoyunostomía es la estenosis; requiriendo múltiples hospitalizaciones y procedimientos.

Determina un impacto adverso en el paciente y contribuye a morbilidad en la evolución.

Caso clínico

Mujer, 74 años, colecistectomía laparotómica con reiteradas CPER por ocupación litiásica de la vía biliar principal. Finalmente hepaticoyunostomía.

Consultó por dolor en hipocondrio derecho acompañado de ictericia, sin fiebre.

Examen físico: normal.

Laboratorio: FA y GGT elevadas.

Tomografía y resonancia magnética: dilatación de la vía biliar intrahepática, litiasis de 40 mm a nivel del asa intestinal anastomosada.

Laparotomía convencional.

Diseción y apertura de asa intestinal: litiasis de 40 mm. sobre material irreabsorbible.(polipropileno). Extracción del mismo y cierre del asa con material lentamente reabsorbible. No se comprobó estenosis de la boca anastomótica. Buena evolución. Alta a las 72 horas.

Asintomática a los 4 meses.

Discusión

Las suturas quirúrgicas, compuestas de materiales no absorbibles funcionan como un núcleo para la cristalización y depósito gradual de las sales biliares a su alrededor, determinando finalmente la formación de litiasis. Constituyen así el 82% de la etiología.



Se ha propuesto que la erosión gradual con inflamación posterior inducida por material de sutura, en una ligadura de conducto quístico, podría ser una causa principal de formación de litiasis.

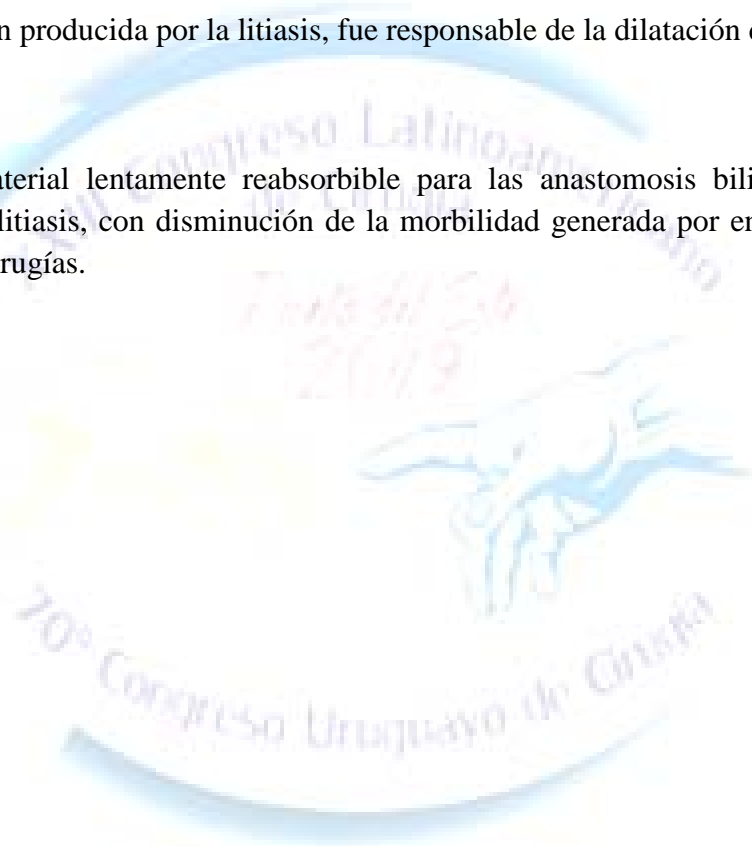
El polipropileno ha sido ampliamente utilizado en la cirugía biliar y la formación de litos relacionada con este tipo de sutura es relativamente poco común. No hubo informes relacionados sobre la formación de litiasis con su uso hasta las reportadas por Beardsley en el año 2012.

La formación de litios por material extraño, causante de colangitis ascendente está bien documentada. Hasta un tercio de los cálculos recurrentes post-colecistectomía pueden deberse al material de sutura irreabsorbible utilizado.

La obstrucción producida por la litiasis, fue responsable de la dilatación de la vía biliar.

Conclusiones

El uso de material lentamente reabsorbible para las anastomosis biliodigestivas evita la formación de litiasis, con disminución de la morbilidad generada por endoscopias invasivas reiteradas y cirugías.



INVAGINACIÓN INTESTINAL COMO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO EN EL ADULTO, REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Romero Serrano, Sergio; Pardo G, Sheyla; Camargo, Diego; Gómez, Juan David; Niño, Alvaro, Universidad Industrial de Santander, Colombia

Antecedentes

La intususcepción es definida como la invaginación de un segmento proximal del intestino en la luz del segmento inmediatamente adyacente siendo más frecuente en el intestino delgado. Es una patología muy frecuente en niños y rara en la edad adulta donde presenta una clínica variada¹ y el abordaje diagnóstico es difícil.

Objetivo

Descripción de un caso de intususcepción intestinal en un adulto con clínica de dolor abdominal crónico.

Caso clínico

Paciente femenina de 39 años con cuadro clínico de aproximadamente 4 meses de evolución caracterizado por dolor en hemiabdomen superior tipo retorcijón irradiado a dorso, asociado a náuseas, emesis que atenuaba el dolor, deposiciones líquidas aproximadamente 3 al día, pérdida de 15 kilogramos de peso. Se realiza tomografía de abdomen contrastada donde se evidencia intususcepción ileocólica extendida aproximadamente 12 cm, es llevada a laparotomía exploratoria documentando invaginación intestinal del íleon distal en el colon ascendente, lesiones cicatrizales en mesocolon y mesoíleon, sin lesiones metastásicas evidenciadas, grandes adenopatías en el trayecto de la arteria cólica derecha, se realiza ileo-transverso-anastomosis termino-terminal, vaciamiento ganglionar. Paciente con adecuada evolución postoperatoria, se egresa sin complicaciones. Reporte de patología negativo para malignidad.

Discusión

A diferencia de la edad pediátrica, la mayoría de los casos de intususcepción intestinal en adultos (90%) hay una lesión de "referencia" que comúnmente es un tumor, los casos sin etiología conocida son en extremo raros². La clínica es variada, la mayoría de pacientes tienen síntomas gastrointestinales inespecíficos de evolución aguda o subaguda y muy rara vez síntomas crónicos, lo más frecuente es el dolor abdominal, náuseas y emesis. El método diagnóstico de elección es la tomografía contrastada, sin embargo, la mayoría de casos son confirmados intraoperatoriamente². El manejo aun es controversial, en adultos es más frecuente la lesión tumoral asociada y en un paciente con necrosis, gangrena o lesión tumoral sospechada, la resección se ha considerado el tratamiento de elección³.



Conclusiones

La intususcepción intestinal es una entidad rara en la edad adulta donde su principal etiología es debida a tumores de la pared abdominal y muy rara vez idiopático. La clínica inespecífica dificulta el diagnóstico. El manejo es aún controversial³.



¿LAS PAREDES DEL QUISTE HIDÁTICO PERITONEAL ESTÁ SIEMPRE FORMADA POR VÍSCERAS ABDOMINALES? A PRÓPOSITO DE UN CASO.

López Penza, Patricia¹; López Penza, Patricia²; Mallarino, Mauro²; Etchevery, Alejandro²; Burghi, Gustavo². ¹Hospital de Clínicas/ La Asistencial, Uruguay; ²La Asistencial. Maldonado., Uruguay

Introducción:

La hidatidosis peritoneal es un hallazgo poco frecuente, poseer una incidencia del 2%.

La hidatidosis peritoneal secundaria es más frecuente que la primaria. Los casos secundarios se asocian comúnmente con quistes hidatídicos hepáticos, con una prevalencia del 13%.

Caso clínico:

Mujer 83 años, HTA, cardiopatía isquémica, fibrilación auricular y DMTIPOII.

Consulta por dolor en hemiabdomen inferior sin alteraciones digestivas altas ni bajas.

Transito urinario: sin alteraciones.

En apirexia.

Al examen: dolor abdominal infraumbilical espontáneo, a la palpación superficial y profunda. Defensa a dicho nivel. No se palpan tumoraciones.

Paraclínica humoral normal.

Ecografía abdominal: vesícula biliar ocupada por litiasis.

A nivel retrovesical y lateralizada a derecha tumoración sólido- quística de 89x55x83mm con vascularización periférica en relación al ovario derecho.

La tomografía abdominopélvica y la resonancia magnética: evidencian quiste hidático calcificado de 52mm en segmento VIII. Vesícula con grandes litiasis en su interior.

Y certifican que la lesión pelviana corresponde a una hidatidosis.

Con diagnóstico de quiste hidático multivisceral, se realiza tratamiento antiparasitario con Albendazol (10mg/kg /día) por tres ciclos.

Por la sintomatología de la paciente se decidió solo realizar tratamiento sobre el quiste peritoneal.

Mediana infraumbilical.



Quiste hidático peritoneal único adherido en su sector superior al epiplón mayor, libre en su sector inferior. La liberación del epiplón determino su exceresis completa.

Buena evolución. Alta a las 48horas.

Discusión:

La equinocosis peritoneal primaria es poco frecuente, existen pocas notificaciones.

Se desconoce el mecanismo de infección peritoneal primaria por el parásito.

Es más comúnmente secundaria a la infección hepática, con microcrotura y caída al peritoneo.

Las paredes del quiste hidático peritoneal no son propias, sino que es secundaria a las estructuras vecinas adyacentes.

El tratamiento es medico en base a antiparasitarios y quirúrgico con criterio conservador.

Cuando los quistes se unen a las vísceras intraperitoneales, la implicancia terapéutica está dirigida a evitar la lesión de las mismas. El destechamiento y drenaje es eficaz y más seguro.

En nuestra paciente planteamos por los hallazgos intraoperatorios, dos teorías o bien el origen primario epiploico o bien ser un heterotópico primario en el epiplón mayor.



LESIÓN MUTILANTE DE CAUSA POCO FRECUENTE

Santamaria, A; Guarneri, C; Haro, C; Folonier, JC; Machado, F, Hospital de Clínicas, Uruguay

Antecedentes

Las mordeduras de perros han sido bien descritas y caracterizadas en la población pediátrica, no así en los adultos donde la lesión asienta con mayor frecuencia en la mano, cabeza y cuello.

El tratamiento quirúrgico será de resorte multidisciplinario guiado por el compromiso vascular principalmente. Implica desde limpieza quirúrgica, antibioticoterapia y cierre primario parcial de la herida hasta la amputación primaria de ser necesario.

Amputación es la ausencia de una parte o toda la extremidad de causa traumática o no, lo que conlleva una disminución de la capacidad funcional, alterando la calidad de vida.

En Estados Unidos se producen 43000 nuevas amputaciones mayores cada año, casi todas se deben a vasculopatía y el 90% afecta los miembros inferiores.

Las causas más frecuentes de amputación son la traumática y vascular en miembro superior e inferior respectivamente, con una relación 1:4.

La amputación es considerada un problema sanitario mundial, siendo el conocimiento de su epidemiología especialmente importante.

Objetivo

Reporte de un caso clínico. Búsqueda en bases de datos y correlación con nuestro paciente.

Material y métodos

Caso clínico: Mujer, 69 años, HTA, tabaquista, trasladada a la emergencia del Hospital de Clínicas, con múltiples lesiones en ambos miembros superiores por mordedura de perro.

Glasgow 15, mucosas hipocoloreadas, hemodinamia estable. Múltiples sangrados en napa en miembro superior izquierdo, fractura expuesta de cúbito y radio, sección tendinosa, muscular y vascular sin pulsos distales; sin sangrado en jet.

Valorada en conjunto con cirujano vascular y traumatólogo se define regularizar amputación.

Buena evolución, sin complicaciones. Actualmente en proceso de rehabilitación.

Resultados



Si bien hay muy pocos estudios que involucren lesiones traumáticas de las extremidades por perros en adultos, la presentación clínica, tratamiento y evolución de la paciente son concordantes con lo encontrado en diferentes publicaciones.

Conclusiones

Las lesiones mutilantes traumáticas de miembros superiores son pocos frecuentes, más aún aquellas que implican la amputación mayor primaria.

La resolución de las mismas debe estar a cargo de un equipo multidisciplinario que asegure los mejores resultados funcionales y estéticos.



LINFANGIOMA QUÍSTICO GIGANTE DE CUELLO DEL ADULTO. REPORTE DE CASOS CLÍNICOS.

País, Cecilia¹; Castro, Alvaro²; Madrid, Fausto³; Curi, Jorge²; González, Fernando²; Arévalo, Carlitos². ¹Asociación Española Primera en Salud, Hospital Pasteur, Uruguay; ²Hospital Pasteur, Uruguay; ³Uruguay

Antecedentes

El linfangioma quístico es una malformación congénita, benigna e infrecuente del sistema linfático. Su localización más frecuente es el cuello. La mayoría de casos se diagnostican durante la infancia, siendo raros en adultos. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica^{1,2,3}.

Objetivos

Contribuir al conocimiento de esta entidad, poco frecuente.

Materiales y Métodos

Presentación de dos casos clínicos.

Resultados

Mujer, 21 años, con antecedente de linfangioma quístico cervical reseccionado en la infancia. Consulta por una tumoración en región supraclavicular izquierda, a la que deforma, de 13 años de evolución. Se realiza una resonancia que evidencia imagen sugestiva de linfangioma quístico.

Hombre, 36 años. Consulta por una tumoración que deforma el cuello, de 8 años de evolución, de crecimiento lento y progresivo. La tomografía muestra gran lesión quística cervical extendida al mediastino anterior, con desplazamiento del eje visceral.

En ambos casos se realiza la resección quirúrgica completa, con buena evolución y sin recidivas.

Conclusiones

El linfangioma quístico es una patología benigna, de topografía predominantemente cervical. Durante su crecimiento puede comprimir, involucrar o infiltrar estructuras vecinas. La presentación clínica habitual es la de una tumoración de lento crecimiento. Las complicaciones más frecuentes son la infección y el sangrado^{1,2,3}. El diagnóstico se basa en los estudios de imagen, especialmente la tomografía y resonancia magnética^{1,2,3}.

En linfangiomas pequeños y asintomáticos se acepta la abstención terapéutica y controles. En los grandes y/o sintomáticos la escisión quirúrgica es considerada la primera opción



terapéutica. Si la resección es completa la recidiva es infrecuente, pero en caso de ser incompleta puede llegar hasta el 50%³



LITIASIS ABANDONADAS EN EL PERITONEO. COMPLICACIÓN DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA. REPORTE DE UN CASO.

Pérez, Ricardo, Hospital Pasteur, Uruguay

Antecedentes:

La colecistectomía laparoscópica es el tratamiento Gold Standard para las litiasis vesiculares. Se ha descrito una nueva forma de complicación en relación a la misma, vinculado al abandono en la cavidad peritoneal de litiasis, producto de la rotura vesicular durante este procedimiento.

Objetivo:

Contribuir al conocimiento de ésta complicación, y a los cuidados durante la colecistectomía laparoscópica para disminuir su incidencia.

Materiales y métodos:

Presentamos un caso clínico de una paciente operada en el servicio de cirugía del Hospital Pasteur en el mes de Marzo de 2019.

Resultados:

Mujer de 57 años, colecistectomizada por abordaje laparoscópico, que consulta por dolor en HD de meses de evolución, con hallazgo tomográfico y RNM de lesión hepática en segmento VI de probable origen neoplásico. Marcadores tumorales normales. Se decide realizar laparoscopia exploratoria, evidenciando pequeño absceso en dicho sector, el cual se evacúa, extrayendo fragmento de litiasis.

Conclusión:

Las litiasis abandonadas en el peritoneo no son inocuos, es una complicación poco frecuente que determina alta morbilidad. Una cuidadosa técnica quirúrgica evitando la apertura vesicular, puede prevenirla. De ocurrir se debe consignar el evento en descripción operatoria e informar al paciente sobre la posible complicación.



MALROTACIÓN INTESTINAL ASOCIADO A VÓLVULO EN ADULTO MAYOR, A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Romero Serrano, Sergio; Pardo G, Sheyla; Camargo, Diego; Barajas, Jaime, Universidad Industrial de Santander, Colombia

Antecedentes

La malrotación intestinal es un defecto en la rotación normal y fijación del intestino durante el desarrollo embrionario¹, es una patología frecuente en niños y el 90% se presenta en el primer año de vida, siendo muy rara en la edad adulta por lo que el diagnóstico se convierte en un desafío para el cirujano².

Objetivo

Descripción de un caso clínico de malrotación intestinal asociado a vólvulo con clínica de abdomen agudo en un adulto mayor.

Caso clínico

Paciente femenina de 74 años de edad con antecedente de laparotomía exploratoria por hernia inguinal derecha encarcelada quien consulta por cuadro de dolor abdominal difuso de una semana de evolución asociado a distensión, emesis de contenido gastrobiliar, ausencia de deposiciones y flatos. Se consideró paciente con hallazgos clínicos y radiológicos de obstrucción intestinal, es llevada a laparotomía exploratoria donde se documenta malrotación intestinal tipo I asociado a vólvulo del colon ascendente, necrosis y perforación. Se realiza sección de íleon y de colon transverso y anastomosis termino-terminal. La evolución postquirúrgica fue favorable dándose egreso hospitalario a los 7 días sin complicaciones.

Discusión

La malrotación intestinal es una patología infrecuente en la edad adulta, la estimación de su incidencia no ha sido precisada ya que la presentación clínica es variada, puede permanecer asintomática por mucho tiempo, presentarse como dolor abdominal intermitente o debutar con abdomen agudo generalmente asociado a vólvulo intestinal³, generando dificultad en el diagnóstico. La radiografía simple de abdomen es poco específica, el mejor método diagnóstico es la tomografía de abdomen con contraste. El tratamiento de elección es la cirugía por lo que un diagnóstico temprano es la clave para evitar daño intestinal extenso por necrosis³.

Conclusiones

Es infrecuente durante la edad adulta la malrotación intestinal como causa de abdomen agudo quirúrgico, a menudo se presenta con un cuadro clínico variado lo que se convierte en un reto



diagnóstico, se debe tener presente en todos los escenarios para evitar demoras en el tratamiento y evitar complicaciones.



MANEJO CONSERVADOR DE TRAUMA CARDÍACO PENETRANTE POR PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO EN PACIENTE ESTABLE: PRESENTACIÓN DE CASO

Camargo-Muñiz, Diego; Barajas-Díaz, J; Chaparro-Zaraza, A, Universidad Industrial de Santander, Colombia

Antecedentes:

La mortalidad prehospitalaria del trauma cardiaco penetrante (TCP) es del 60-89%, la cual permanece elevada (48-71%) en paciente que sobreviven lo suficiente para recibir atención hospitalaria(2,3). Actualmente el protocolo de manejo internacionalmente aceptado para paciente hemodinámicamente estable con TCP exige realizar esternotomía inmediata y exploración cardíaca(3); sin embargo, se documentan estudios en la literatura que plantean el manejo conservador en estos paciente, evidenciando resolución espontanea del sangrado en 90-93% de los casos(1,3).

Objetivo:

Describir el manejo conservador exitoso en un paciente con TCP.

Material y método:

Masculino de 33 años con herida por arma de fuego de proyectil de carga múltiple. Al examen físico hemodinámicamente estable, herida a nivel línea axilar anterior izquierda y 6to espacio intercostal, ruidos cardiacos velados e hipoventilación basal izquierda. Radiografía de tórax: Hemotórax izquierdo y aumento del volumen del cardiomediastino. TAC de tórax: Imagen de densidad metálica a nivel de la válvula tricúspide. Se realiza toroscopia izquierda y drenaje de hemotórax (800c) con evidencia de herida transfixiante de la lingula sin sangrado activo, hematoma en la cara anterior y ápice del pericardio; ventana pericárdica toroscópica con drenaje serohemático, irrigación de saco pericárdico sin evidencia de sangrado activo.

Resultados:

Ecocardiograma postquirúrgico: No derrame pericárdico. Tac de tórax postquirúrgico: Imagen de densidad metálica a nivel de la región posterior y caudal del tabique interventricular. Valorado por cirugía cardiovascular indicando manejo expectante. Se da egreso posterior a 15 días se observación clínica estricta. **Conclusiones:** El manejo expectante en pacientes con TCP hemodinámicamente estable se plantea como una alternativa orientada a disminuir el número de esternotomías no terapéuticas, sin embargo no está contemplado en los protocolos de manejo actuales.



MANEJO CONSERVADOR DEL DERRAME PERICÁRDICO POST TRAUMÁTICO

Cardozo Cañete, Hermes José, UNI, Paraguay

Paciente masculino de 27 años de edad que ingresa al servicio de urgencias en silla de ruedas por antecedente de agresión por tercero con arma blanca (cuchillo de cocina) a nivel del 4to espacio intercostal en la línea paraesternal izquierda de 2cm de longitud aproximadamente. Ingres a al servicio en regular estado general a expensas del dolor en el sitio de la lesión y dificultad respiratoria.

Paciente hemodinámicamente inestable a expensas de hipotensión arterial (80/60) y desaturación de oxígeno (88%). Paciente lucido, ubicado en tiempo y espacio. A la inspección tórax simétrico sin desproporción en el diámetro AP de ambos hemitórax, herida cortante a nivel del 4to espacio intercostal de la línea paraesternal izquierda de 2cm de longitud aproximadamente con sangrado activo babeante. A la palpación se constata enfisema subcutáneo en región de la herida que se expande hacia el resto de la pared anterior del hemitorax del lado izquierdo. A la auscultación, MV disminuido del lado izquierdo, ruidos cardíacos sin particularidades. Rx: Hemoneumotórax izquierdo. PLAN: Hidratación parenteral, colocación de TDP, VAT, control evolutivo y completar estudios.

El taponamiento cardíaco (la segunda lesión en importancia que pone en riesgo la vida) ocurre más a menudo después de heridas torácicas penetrantes, aunque en ocasiones hay rotura cardíaca cerrada, sobre todo en las orejuelas auriculares. En situaciones agudas, < 100 ml de sangre en el espacio pericardico pueden causar taponamiento pericardico. En pacientes traumatizados no se detecta muchas veces la triada habitual de Beck por el intenso ruido ambiental y la hipovolemia.

El pericardio no puede distenderse con rapidez, por lo que la presión en el saco pericardico se incrementa hasta igualarse con el de la cavidad cardíaca lesionada. Cuando la presión rebasa la presión de la aurícula derecha, se altera el llenado de esta y se reduce la precarga ventricular derecha; ello da lugar a que al final decrezca el gasto ventricular derecho. De manera adicional, el incremento de la presión intrapericardica impide el flujo sanguíneo al miocardio, lo cual ocasiona isquemia subendocardica y disminución mayor del gasto cardíaco.



MANEJO NO OPERATORIO DE HERIDA DE ARMA DE FUEGO EN CUELLO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Soumastre, Alejandro; Murias, Federico; Pais, Cecilia; Alegressa, Florencia; González, Rosana; González, Fernando, Hospital Pasteur, Uruguay

Antecedentes:

Las lesiones cervicales traumáticas no son frecuentes pero suponen una alta morbimortalidad. El manejo de las mismas ha cambiado en los últimos tiempos, con una tendencia al manejo no operatorio inicial en casos de pacientes estables y asintomáticos. Lo anterior se fundamenta en el alto índice de exploraciones cervicales negativas.

Objetivo:

Mostrar el caso de un paciente herido de arma de fuego en cuello en regiones I y II en el cual se realizó un manejo no operatorio.

Material y método:

Presentación del caso clínico.

Resultados: Presentamos el caso de un hombre joven. Herido de arma de fuego en cuello, con orificio de entrada en Zona II, derecha, sin orificio de salida. Otra herida, zona I izquierda, con orificio de entrada a nivel de hueso supraclavicular y salida en cara posterior de hombro. Ingresó hablando espontáneamente. Sin polipnea. Murmullo alveolar vesicular positivo bilateral. Hemodinámicamente estable. Sin déficit neurológico. Pulsos carotídeos presentes. Hematoma en sector derecho de cuello, no expansivo. EcoDoppler arterial y venoso de vasos de cuello y miembro superior izquierdo sin alteraciones. TC que informa hematoma retrofaríngeo, sin desviación de eje de cuello. Sin lesiones torácicas. Endoscopia digestiva sin lesiones. Se optó por un manejo no operatorio. La evolución del paciente inmediata y alejada ha sido buena.

Conclusiones:

Destacamos el caso de un herido en cuello, zona I y II. A pesar de la severidad que se puede suponer por la topografía de las lesiones, se decidió un manejo no operatorio inicial, que se mantuvo luego de haber descartado lesiones por imagen.

Se prescindió de una cirugía de urgencia, que en este caso hubiese resultado innecesaria. Lo anterior concuerda con la tendencia en cuanto al manejo en este tipo de lesiones.



MANEJO QUIRÚRGICO DE LA ACALASIA ESOFÁGICA EN EL HOSPITAL CENTRAL DEL IPS PERIODO 2016-2018.

Dragotto Galvan, A.; Mora Garbini, S.; Rojas Franco, B., Hospital Central del IPS, Paraguay

Antecedentes

La acalasia es una enfermedad comprendida dentro del grupo de trastornos motores del esófago. Es un trastorno que se caracteriza por un aumento de las presiones del esfínter esofágico inferior, con imposibilidad de relajación completa del mismo y ausencia de peristaltismo del cuerpo esofágico, en las últimas etapas de la enfermedad.

Objetivo

Describir la experiencia del manejo quirúrgico de la acalasia esofágica en el Servicio de Cirugía General del Hospital Central del IPS en el periodo enero 2016- diciembre 2018.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal de 26 fichas operatorias de pacientes con diagnóstico de Acalasia quienes requirieron intervención quirúrgica en nuestro servicio en el periodo enero 2016- diciembre 2018.

Resultados

En este estudio se observó que el método quirúrgico más utilizado fue a predominio del laparoscópico, siendo la técnica de Heller-dor el procedimiento de elección. Hubo una sola complicación posoperatoria: que fue la fistula esofágica La mortalidad de la serie en este periodo asociada a intervención quirúrgica fue nula.

Conclusiones

El tratamiento quirúrgico cumple con los objetivos de lograr alivio de la disfagia, con una mejoría significativa de la deglución, normalizar la condición nutricional y mejorar la calidad de vida del paciente. La cirugía laparoscópica logra resultados comparables a la cirugía convencional y agrega las ventajas de los procedimientos mínimamente invasivos: mínima agresión parietal, menos dolor posoperatorio, deambulacion precoz, internación breve y rápido reintegro a las tareas habituales.

La miotomía de Heller modificada por laparoscopia con funduplicatura parcial es la técnica preferida para el manejo de la acalasia, con la cual es posible obtener un adecuado control de los síntomas y satisfacción a largo plazo en rangos aceptables.

MANEJO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE PÁNCREAS. REVISIÓN DE CASOS DEL PERÍODO 2013 -- 2018



Nayar Villasanti, Gerson David; Machain Vega, Gustavo; Larrosa, Wilson; Segovia Lohse, Herald; Riquelme Recalde, Evelyn Karina; Almada Mareco, Rocío Teresita, Hospital de Clínicas, Paraguay

Objetivo:

Determinar la frecuencia de los tipos de cirugías del cáncer de páncreas en pacientes que se internan en la Segunda Catedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas.

Materiales y Método:

Observacional, descriptivo de corte transversal.

Resumen: de 18 donde el 7 eran del sexo femenino y 11 del sexo masculino el promedio de edad fue de $44,4 \pm 19$ y $62,1 \pm 12$ respectivamente. La cirugía fue realizada en 13 pacientes (72,22%) de los cuales fueron curativos 5 (38,46%) y paliativos 6 (46,15%); 2 (15,38%) fueron para toma de biopsia. La duodenopancreatectomía cefálica (DCP) con disección ganglionar nivel 2 se realizó en 5 pacientes. En 2 casos (15,38%) se realizó derivación Biliar, ambos colédoco-yeyunal; en 4 (30,77%) se realizó derivación bilio-digestiva. 11 cirugías (84,61%) requirieron derivaciones. Fueron realizadas 9 reconstrucciones en Y de Roux (69,23%) y 2 tipo Child (15,38%). Se constataron distintos tipos de complicaciones relacionadas a las cirugías. De ellas el sangrado se constató en 6 pacientes (46,15%) de los cuales 4 fueron DCP y 2 derivación bilio-digestiva. Coleperitoneo solo se constató en dos casos de DCP (15,38%) y las fístulas pancreáticas en 6 casos (46,15%) que fueron todas las DCP y 1 derivación bilio-digestiva. Los abscesos intraabdominales se vieron en 3 pacientes (23,08%) de los cuales 1 fue en una DCP y los otros en derivación bilio-digestiva. Hubo dos infecciones de herida operatoria superficial (15,38%) ambos en las derivaciones Bilio-digestivas. Hubo 2 óbitos relacionado al periodo pos operatorio mediato (15,38%), de estos eran 1 hombres y 1 mujer; un óbito en relación a una DCP y otro a una derivación bilio-digestiva. El inicio de la vía oral tuvo una media de 4,84 días. Los días de internación tuvieron una media de 18,38 días llegando hasta valores de 64 días en un caso.

Palabras Clave: Cáncer de Páncreas, Estadío, Cirugía, tratamiento

MANEJO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE TIROIDES. REVISIÓN DE CASOS DEL PERÍODO 2013 -- 2018.

Nayar Villasanti, Gerson David; Farina del Río, Miguel; Abed, Ricardo; Ojeda, Leonardo María; Segovia Lohse, Herald; Riquelme Recalde, Evelyn Karina, Hospital de Clínicas, Paraguay

Objetivo:

Establecer la frecuencia de tipos de cirugías d cáncer de tiroides en el servicio de la Segunda Catedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas.

Materiales y Método:

Observacional, descriptivo de corte transversal

Resumen y Resultado:

El cáncer de tiroides como tal es poco frecuente, pero es la neoplasia más frecuente que afecta al sistema endocrino. Las presentaciones más frecuentes son los subtipos papilar y folicular. Del Total de pacientes 13 (46,43%) fueron sometidos a Tiroidectomía Total y los 15 pacientes restantes (53,57%) además a vaciamiento ganglionar. Se colocación de drenajes aspirativos en 21 pacientes (75%). Todos los Vaciamientos ganglionares y además de 6 sin vaciamiento ganglionar. Hubo 11 pacientes (39,29%) con complicaciones pos y correspondían mayormente a pacientes con vaciamiento ganglionar. Hipocalcemia clínica en 9 pacientes (32,14%), hipocalcemia subclínica en 2 pacientes (7,14%) y disfonía en 3 pacientes (10,71%). No se constataron complicaciones por sangrado pos operatorio, edema de glotis, ni parálisis del recurrente por lesión permanente. El Riesgo de obtener una complicación pos operatoria era significativamente mayor al realizarse un vaciamiento ganglionar (RR=2.32). En el estudio anatomopatológico de las Piezas Operatorias se constataron un relación de carcinomas papilar sobre folicular con una relación 6/1 viéndose una mayor cantidad de casos en sexo femenino que en el masculino. En cuanto a la hospitalización 19 pacientes (67,86%) fueron de alta antes de los 4 días de internación y 9 pacientes (32,14%) fueron de alta después de los 4 días. Hubo una diferencia significativa en cuanto al riesgo de prolongar la estancia hospitalaria en pacientes sometidos a vaciamiento ganglionar de más del doble con respecto a aquellos en quienes no se realizó vaciamiento ganglionar (RR=2,6 para un p=0,04)

Palabras Clave: Cirugía, Cáncer de Tiroides, Carcinoma Papilar, Carcinoma Folicular, Complicaciones

MANIFESTACIÓN CLÍNICA ASOCIADA A LA LOCALIZACIÓN DEL CÁNCER DE COLON. SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL CENTRAL IPS.

Dragotto Galvan, A.; Rojas Franco, B.; Mora Garbini, S., Hospital Central del IPS, Paraguay



Antecedentes

El Cáncer Colorrectal sigue siendo el más frecuente del tubo digestivo pudiendo localizarse desde la válvula ileocecal hasta el recto. Sigue siendo la principal causa de muerte por cáncer siendo superado únicamente por el cáncer de pulmón en el hombre y el cáncer de mama en la mujer.

Objetivo

Describir las manifestaciones clínicas asociada a la localización del Cáncer de Colon en pacientes internados en el servicio de cirugía general del hospital central del IPS durante el periodo de enero del 2017 a diciembre del 2018.

Material y métodos

Estudio descriptivo, retrospectivo mediante la revisión de 264 fichas operatorias. Se confeccionó una ficha de recolección de datos a través de las historias clínicas y fichas operatorias de cada paciente donde se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, localización del tumor, cuadro clínico y tipo histopatológico.

Resultados

De los 264 pacientes de la muestra, 127 pacientes fueron operados de tumores de colon derecho correspondiendo al 51,89 %, 96 pacientes de tumores de colon izquierdo (36,36%), 23 pacientes de tumores del colon transverso (8,71%) y 18 pacientes de tumores de la unión recto sigmoidea, correspondiendo al 18 %. El rango de edad encontrado más frecuente para el cáncer de colon fue de 61 a 70 años.

Conclusiones

El cáncer de colon fue encontrado más frecuentemente en el sexo masculino en el 51,13% de los casos. El rango etario predominante fue el de 61 a 70 años. La localización más frecuente fue en el Colon derecho (51,8%) que en el Izquierdo (36,3%).

METÁSTASIS HEPÁTICA DE PRIMITIVO COLO-RECTAL: ESTUDIO MORFOLÓGICO CON ESPECIAL INTERÉS EN LA RESPUESTA HISTOLÓGICA A LA QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE.



Maslloréns, Ana; Musto, María Luisa; Ortega, Virginia; Gualco, Gabriela, Laboratorio Diagnóstico SRL, Uruguay

Antecedentes:

El cáncer colo-rectal (CCR) es el tercer cáncer más frecuente en el mundo¹, así como en Uruguay. El sitio más común de metástasis es el hígado². La aplicación de regímenes combinados de quimioterapia (QT) preoperatoria para metástasis hepática (MH) generan resecabilidad a lesiones inicialmente irresecables, y han mejorado notablemente la tasa de supervivencia³. Tiene especial importancia la evaluación de parámetros morfológicos, respuesta histológica a la QT^{1,3}, evaluación de la injuria inducida por QT en el hígado no tumoral^{1,3} y estudios moleculares complementarios.

Objetivos:

Describir las características macro y microscópicas de una serie de MH de CCR. En los casos que recibieron QT preoperatoria, definir grado de regresión tumoral histológico, evaluar injuria inducida por QT en el hígado no tumoral.

Material y método:

Se analiza en forma descriptiva-retrospectiva todas las piezas de hepatectomías parciales realizadas por MH de CCR, examinadas en el Laboratorio Diagnóstico SRL entre julio 2015-julio 2019.

Resultados:

18 piezas de hepatectomías parciales de 18 pacientes fueron analizadas, 11 hombres y 7 mujeres, con un rango de edad entre 37 y 79 años (media: 53,5 años). El número de lesiones metastásicas varió entre 1 y 8, tumores median entre 2 y 100 mm, 2 casos contactaron con el margen de resección quirúrgica entintado. 10 casos no recibieron QT. 8 casos que recibieron QT fueron categorizados con Grado de Regresión Tumoral (TRG) (Score de Rubbia-Brandt modificado^{1,2,3}) (5 casos TRG3, 2 casos TRG4 y 1 caso TRG1). Evaluación de hígado no tumoral: 3 casos con injuria sinusoidal, 2 casos con Esteatohepatitis, 1 caso con hiperplasia nodular. 2 casos fueron estudiados para estabilidad microsatélite por inmunohistoquímica con resultado MMR (mismatch repair) proficiente.

Conclusiones:

Las piezas de resección quirúrgica de MH de CCR dan información diagnóstica y pronóstica importante². El informe histopatológico debe contener parámetros macroscópicos importantes: número de lesiones y tamaño de las mismas. De los histológicos: estado del margen de resección (definir R0), grado de respuesta histológica a la QT neoadyuvante y evaluación de la injuria por QT en el hígado no tumoral son información útil para guiar a los cirujanos y oncólogos en el manejo terapéutico





METASTASIS ESPLÉNICA POR ADENOCARCINOMA DE OVARIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Avila, Rossana, Hospital Nacional de Itaugua, Paraguay



Antecedentes:

las metástasis al bazo por tumores sólidos son excepcionales, con una incidencia de 2,9 al 9 %. Las metástasis esplénicas por cáncer de ovario son infrecuentes.

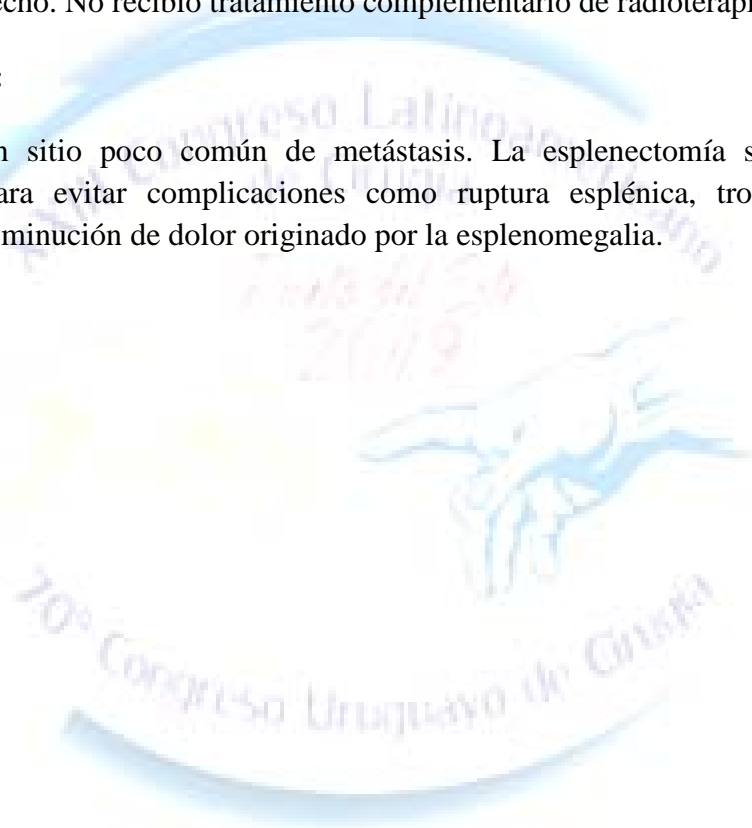
Caso clínico:

paciente de 62 años, Fue llevada a consulta por dolor abdominal cólico en hipocondrio izquierdo, persistente, con incremento al esfuerzo y que disminuye con el decúbito y reposo, sin otros síntomas acompañantes.

Como antecedente remoto histerectomizada 1 año atrás con reporte histopatológico definitivo de adenocarcinoma infiltrante moderada a pobremente diferenciado grado II a III de Ovario derecho. No recibió tratamiento complementario de radioterapia.

Conclusiones:

el bazo es un sitio poco común de metástasis. La esplenectomía se a considerado el tratamiento para evitar complicaciones como ruptura esplénica, trombosis de la vena esplénica y disminución de dolor originado por la esplenomegalia.



METASTASIS MUSCULAR DE UN CARCINOMA RENAL PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Boga Ramos, S; González González, D, Hospital Maciel, Uruguay

Antecedentes.

Aproximadamente un 30 % de los pacientes con carcinomas renales presentan en el momento de diagnóstico enfermedad metastásica. Las localizaciones más frecuentes son el pulmón (60%), hueso (40%), hígado (30-40%) y cerebro (5%). Las metástasis en tejido celular subcutáneo y muscular representan entre 2-5 %.

Objetivo.

Comunicar un caso clínico de metástasis muscular única de un cáncer de riñón a células claras

Caso clínico.

Paciente 76 años, sexo masculino que consultó por tumoración de hombro izquierdo de 2 meses de evolución, crecimiento lento, de 2 cm de diámetro, firme que resecó con anestesia local. La anatomía patológica informó: compromiso muscular a células claras. Se estudió con TAC que evidenció una tumoración de riñón derecho y realizó nefrectomía que confirmó el tumor primitivo.

Discusión.

Las metástasis musculares aisladas de carcinomas de células claras de riñón son infrecuentes debido a la presencia de proteasas inhibitorias, metabolitos y factores peptídicos que se encuentran dentro y fuera de las células musculares que producen inhibición del crecimiento y desarrollo de metástasis. La etiopatogenia es desconocida, planteándose como teorías la invasión directa y la diseminación hematógena. La quimioterapia y la radioterapia no están indicadas dadas su poca efectividad. La inmunoterapia no ha tenido buenos resultados. Actualmente existen nuevos agentes moleculares dirigidos contra factores de crecimiento angiogénicos que muestran resultados favorables.

Conclusiones.

Se presentó un caso clínico de un carcinoma renal a células claras que se diagnosticó y trató a punto de partida de la resección de una metástasis de localización inusual (músculo deltoides izquierdo).



MORBIMORTALIDAD DE LA DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE ITAUGUA - PARAGUAY PERÍODO ENERO 2017 A JULIO 2019

Ruiz Avalos, Diego, Hospital Nacional de Itaugua, Paraguay

Antecedentes:

Como se sabe, la duodenopancreatectomía, constituye la técnica de elección para el tratamiento de tumores benignos y malignos de la región periampular.

Pese a que en los últimos años la mortalidad ha ido disminuyendo por la aparición de mejores técnicas y por el adecuado soporte nutricional pre-quirúrgico, la morbilidad sigue siendo latente en gran número de estos pacientes, llevando a mayor estancia hospitalaria y exponiendo al paciente a otras infecciones propias del ambiente nosocomial.

Objetivo:

Determinar la Morbimortalidad de la duodenopancreatectomía cefálica en el Hospital Nacional (Itauguá) periodo enero 2017- julio 2019

Material y método:

Revisamos retrospectivamente todos los pacientes sometidos a duodenopancreatectomía cefálica, enero 2017 a julio 2019. Se recogieron datos demográficos, clínicos y patológicos.

Resultados:

Ingresaron al estudio 27 pacientes, con predominio del sexo masculino (57%). El rango etario más frecuente fue entre 56 y 77 años. La causa más frecuente de la duodenopancreatectomía fue el cáncer de cabeza de páncreas (79%). La complicación posoperatoria más frecuente fue la fístula pancreática.

Conclusiones:

Del total de pacientes, 80% presentó morbilidad posoperatoria, desde las más leves hasta las complicaciones graves. La mortalidad posoperatoria del estudio fue de 21,4% y las causas del óbito fueron disfunción orgánica múltiple asociada a hemorragia entre el segundo y tercer días del posoperatorio y sepsis abdominal con evidencias de filtración de alguna de las anastomosis. La resección quirúrgica continúa siendo la única posibilidad actual para la curación del cáncer de páncreas. Los candidatos para la resección deben ser cuidadosamente seleccionados mediante estudios preoperatorios.



NÓDULOS PULMONARES: CARACTERIZACIÓN RADIOLÓGICA Y ANATOMOPATOLÓGICA

Cárdenas Santacruz, Galo¹; Berrío Silva, Raúl²; Santolaya Cohen, Raimundo²; Zink Rocuart, Manfred²; Ortega Sepulveda, Jose²; Iara Jorquera, Fernanda², ¹residente de cirugía Clínica Alemana, Chile; ²cirugía de tórax - clínica alemana

Introducción

El nódulo pulmonar se define como una lesión radiológica en parénquima pulmonar < 3 cm y puede corresponder a condiciones tanto benignas como malignas. Su importancia radica en la necesidad de determinar su potencial maligno y necesidad de resección.

Objetivos: describir las características radiológicas y anatomopatológicas de los nódulos pulmonares operados en Clínica Alemana en un período de 7 años.

Material y Método

Estudio retrospectivo, descriptivo de una base de datos de pacientes consecutivos con diagnóstico radiológico de nódulo pulmonar, fueron presentados en un comité multidisciplinario y sometidos a tratamiento quirúrgico con estudio histológico en Clínica Alemana 2011-2018 con análisis estadístico en STATA 16 y excel 2018 de tipo descriptivo y analítico, buscando asociación entre las variables con chi2 y test de fisher.

Resultados

Se estudió un total de 353 pacientes. 134 fueron hombres (38%) y 219 mujeres (62%). La mediana de edad fue de 61 años (rango entre 17 a 87 años). Los nódulos fueron sólidos en un 52%. El 83% de los nódulos fueron resecados por resección segmentaria; seguido de lobectomías un 18%. 60% (210) fueron malignos: adenocarcinomas, carcinoides y metástasis. Dentro de los adenocarcinomas (n: 139) el 55% fueron lesiones preinvasoras, el 32% fueron mínimamente invasores y el 13% fueron lesiones invasoras. Dentro de la patología benigna, la mayoría de los nódulos fueron hamartomas.

Conclusiones

De los nódulos pulmonares estudiados la mayoría de presentó en mujeres de 60 años de edad promedio. La mayoría de los nódulos fueron malignos, siendo el adenocarcinoma preinvasor el más frecuente. El procedimiento más utilizado para la obtención de la muestra fue la resección segmentaria atípica. Las características radiológicas de los nódulos operados fueron consecuentes con el diagnóstico histológico final.



NEUMATOSIS CISTOIDE INTESTINAL: UNA CAUSA RARA DE NEUMOPERITONEO

Haro, Camila¹; Brito, N²; Pouy, A²; Garragory, F³; Otero, M³. ¹Clínica Quirúrgica B, Uruguay; ²Clínica Quirúrgica B - Hospital de Clínicas, Uruguay; ³Cátedra de Anatomía Patológica, Uruguay

Antecedentes:

La neumatosis cistoide es una patología poco frecuente, clásicamente descrita en adultos con EPOC o isquemia intestinal, y más recientemente en pacientes con collagenopatías. La misma se define por la presencia de cavidades en la submucosa y subserosa intestinal, sin revestimiento epitelial, determinando una neumatosis parietal del intestino que en caso de ruptura puede asociarse a neumoperitoneo, aún en ausencia de perforación visceral.

Objetivo:

Analizar, mediante un caso clínico, la presentación de una patología poco frecuente, que puede generar dudas diagnósticas y terapéuticas en la urgencia.

Caso clínico:

Mujer, 57 años, portadora de esclerodermia en tratamiento con corticoides e inmunosupresores.

Consulta en emergencia por un cuadro de dos meses de evolución dado por dolor abdominal difuso, a predominio de hemiabdomen superior que se intensifica en las últimas 24 hs, asociado a vómitos de alimentos.

Al ingreso presenta un SIRS, dado por taquicardia de 100cpm y leucocitosis de 17.000GB/mm³. Al examen se constata distensión abdominal, dolor difuso a la palpación y defensa en hemiabdomen superior.

Se solicita tomografía de abdomen que evidencia neumoperitoneo, líquido libre perihepático, periesplénico, interasas y en fondo de saco de Douglas. En flanco izquierdo asa delgada con neumatosis parietal.

Con sospecha de perforación de víscera hueca se realiza laparoscopia exploradora, que evidencia líquido libre citrino. Asa delgada con enfisema parietal y mesial, sin perforación evidente, decidiéndose conversión a cirugía abierta.

Se topografía asa patológica en yeyuno distal, sin objetivar perforación ni elementos que sugieran cambios isquémicos de la misma. Con planteo de microperforación por lesión intraluminal de delgado, se realiza resección de sector patológico y entero-entero anastomosis.



El estudio anatomopatológico revela una mucosa sana. Múltiples cavidades a nivel de la submucosa y el tejido adiposo mesentérico, sin pared propia ni revestimiento epitelial, con contenido aéreo, hallazgos compatibles con neumatosis cistoide intestinal.

La paciente presentó regular evolución postoperatoria inicial, con un íleo prolongado que requirió proquinéticos. Buena evolución posterior, otorgándose el alta al mes.

Conclusiones:

La neumatosis cistoide es una enfermedad rara, pero debe sospecharse ante el hallazgo de neumoperitoneo y enfisema intestinal en ausencia de perforación o isquemia, especialmente en pacientes con enfermedades del tejido conectivo.



NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO.



Cáceres, Martín; Delgado, Juan, D. J.; Román, Carlos, R. C.; Rodríguez, Roberto, R. R.; León, Ricardo, L. R.

Hospital de Clínicas, Paraguay

El neumomediastino espontáneo se define como la presencia de aire en el mediastino sin que tenga relación con patología traumática, procedimientos quirúrgicos o ventilación mecánica. Se considera una patología benigna y de rara presentación con una sintomatología que puede orientar a otros diagnósticos relacionados con patologías cardiovasculares, digestivas o respiratorias. Con una baja incidencia, la literatura reporta la presencia de un caso por cada 14.000 consultas al servicio de urgencias. Es más frecuente en adultos jóvenes, de sexo masculino, que manifiestan dolor torácico y disnea con otros hallazgos físicos relacionados que hacen sospechar el diagnóstico como la evidencia de enfisema subcutáneo.¹

Los síntomas clásicos son disnea y dolor torácico de aparición brusca, así como enfisema subcutáneo en algunas ocasiones. Para su diagnóstico suele bastar con una radiografía simple de tórax. El tratamiento es conservador en la mayoría de los casos, con analgesia oral y reposo. Ya que la evolución suele ser benigna, existiendo bajo riesgo de complicaciones o recurrencias, son innecesarias pruebas complementarias, así como hospitalizaciones.²

70º Congreso Uruguayo de Cirugía



OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR HERNIA INTERNA, UNA CAUSA POCO FRECUENTE

Rojas, T; Toledo, J; Valdés, C; González, L; Esperguel, C; García, C, Hospital San Borja Arriaran, Universidad de Chile, Chile

Antecedentes:

Las hernias internas se definen como una protrusión de visceral a través de una apertura peritoneal o mesentérica, que conduce a su encapsulación dentro de un compartimento en la cavidad abdominal. Son defectos bastante raros, con una incidencia inferior al 1% de todas las hernias y causan un 0,2 -5,8% de todas las obstrucciones intestinales, pero con una mortalidad de hasta 50% si existe compromiso vascular intestinal.

Objetivo:

Exponer caso de obstrucción intestinal por hernia interna, asociado a hallazgos incidentales poco frecuentes, y su resolución quirúrgica.

Material y método:

Paciente femenina de 23 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos con un cuadro de 5 días de dolor abdominal tipo cólico asociado a vómitos repetidos y ausencia de tránsito intestinal. Ante la sospecha de obstrucción intestinal se solicita Tomografía axial computada de tórax y abdomen con hallazgos inusuales; bazo aumentado de tamaño a expensas de masa hipodensa de 14 cm con volumen aproximado de 1.100 cc, lesión focal hipodensa heterogénea de 40 mm en ovario izquierdo y aumento del diámetro de asas intestinales de intestino delgado con niveles hidroaéreos patológicos con cambio de calibre abrupto en íleon distal en la pelvis, sin factor obstructivo evidente.

Resultados:

Se realiza laparotomía exploradora evidenciando peritonitis difusa con contenido seropurulento, gran dilatación de asas a expensas del intestino delgado, hernia interna en mesosigmoides donde se introduce íleon con dos puntos de perforación hacia proximal del asa. Se libera evidenciando asas necróticas por lo que se realiza resección del segmento con anastomosis TT. Además se reseca tumor ovárico con conservación de trompa y esplenectomía por tumor quístico con zona con fibrina con peligro de apertura. Paciente evoluciona en buenas condiciones, con ileo postoperatorio que resuelve con manejo médico. Se decide alta hospitalaria a los 5 días.

Conclusiones:

Si bien las hernias internas son una patología infrecuente y el diagnóstico preoperatorio es extremadamente difícil, debemos considerarlas en el diagnóstico diferencial en cuadros de obstrucción intestinal, sobretodo cuando no existen antecedentes quirúrgicos previos.





OCCLUSIÓN DE INTESTINO DELGADO POR TUMOR CARCINOIDE

Marino, Karenina; Castelli, F; Ramírez, L; Pérez, V, Hospital Policial, Uruguay

Antecedentes



Los tumores neuroendócrinos del tubo digestivo son neoplasias originadas en las células neuroendócrinas del tracto intestinal. Corresponden a un tercio de los tumores del intestino delgado, siendo éste el órgano de asiento más frecuente, constituyendo esta localización el 36,5% del total. Constituyen el 15,8% al 25,8% de las neoplasias primarias del intestino delgado.

Su incidencia es mayor en la sexta y séptima década y predomina en mujeres.

Su presentación clínica puede ser una oclusión intestinal, dolor abdominal y hemorragia gastrointestinal.

Al diagnóstico el 40% de los pacientes presenta enfermedad locorregional y 30% metástasis hepáticas.

Objetivo

Dada la potencial gravedad de sus formas de presentación y su desfavorable pronóstico, a pesar de su baja frecuencia, se presenta un caso con el fin de revisar el cuadro clínico y el tratamiento quirúrgico.

Material y método

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 65 años, colecistectomizada, histerectomizada, que consulta por historia de meses de evolución de dolor cólico abdominal, múltiples episodios de vómitos y deposiciones semilíquidas.

TAC: Asas delgadas marcadamente distendidas.

ENTERO- RESONANCIA: Engrosamiento parietal focal estenosante del intestino delgado asociado a nódulo espiculado mesentérico con fenómenos retráctiles locales, determinando oclusión no aguda posiblemente de alto grado. Compatible con tumor carcinoide de intestino delgado.

Se realiza en sala tratamiento médico de sintomatología y disonías y en la evolución laparotomía que confirma a mitad de intestino delgado, tumor de 4 cm, que provoca obstrucción de aspecto crónico y múltiples adenopatías a nivel mesentérico. Se realiza resección de delgado y entero-entero anastomosis término-terminal manual.

Presenta buena evolución, confirmado la AP tumor carcinoide, cabos de resección libres de lesión. Ganglios linfáticos 3+/15.

Resultados

Mediante vía laparotómica se realiza la resección del sector de delgado afectado por el tumor con fin oncológico, con evolución clínica favorable.



Conclusiones

Los tumores neuroendócrinos del tubo digestivo son una entidad poco frecuente, siendo más común en intestino delgado. Puede presentarse como un cuadro oclusivo, requiriendo tratamiento quirúrgico.



OCCLUSIÓN INTESTINAL POR DIVERTÍCULO DE MECKEL

Ramírez, L; Marino, M ; Miranda, A; Castelli, F; Hospital Policial "Inspector Gral. Uruguay GENTA", Montevideo, Uruguay.

Antecedentes

Se entiende por Divertículo de Meckel la presencia en el intestino delgado de un divertículo verdadero, resultado de un cierre incompleto del conducto onfalomesentérico, con una incidencia del 2- 3%. Habitualmente se manifiesta en edades tempranas, aunque puede verse en adultos. En la mayor parte de los casos se mantiene asintomático, presentando en 1/3 de los casos sintomatología clínica.

Su primera manifestación puede ser una oclusión intestinal, la cual es debida a adherencias, vólvulos o invaginación que afecta al divertículo.

Objetivo

Dada la potencial gravedad de sus formas de presentación, a pesar de su baja frecuencia, es que se presenta un caso con el fin de revisar el cuadro clínico y el tratamiento quirúrgico del mismo mediante vía laparoscópica.

Material y método

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 41 años, apendicectomizada, cesareada que consulta por detención del tránsito para materias y gases de más de 24 hs de evolución, dolor abdominal difuso y vómitos. Leu 14,2.

TAC: Por delante del bazo, en relación con cola de páncreas y asas intestinales, imagen inhomogénea de 37 mm, dilatación de asas delgadas con niveles HA.

Con tratamiento médico resuelve el cuadro oclusivo, por lo que se decide realizar RM que evidencia distensión sectorial de delgado hasta última asa ileal en FD y FID con contenido líquido y edema parietal.

Se realiza laparoscopia exploradora evidenciándose divertículo de Meckel en última asa ileal, se realiza su resección con máquina lineal cortante.

Presenta buena evolución, confirmado la AP divertículo de Meckel.

Resultados

Mediante vía laparoscópica se realiza la resección del divertículo de Meckel con evolución clínica favorable.



Conclusiones

El divertículo de Meckel es una entidad poco frecuente en adultos. Puede presentarse como un cuadro oclusivo, requiriendo tratamiento quirúrgico.



OMENTECTOMÍA MAYOR LAPAROSCÓPICA PARA EL TRATAMIENTO DEL INFARTO SEGMENTARIO DE EPIPLÓN MAYOR.

Perdomo, Carolina; Daniel González, DG, Hospital Maciel, Uruguay

Antecedentes.

El infarto segmentario de epiplón mayor es causa poco frecuente de dolor abdominal agudo. Simula diversos cuadros clínicos quirúrgicos y predomina en niños.

Objetivo.

Comunicar un caso clínico en paciente adulto.

Caso clínico. Paciente de sexo masculino, 36 años, sin antecedentes patológicos a destacar. Consultó por dolor centro abdominal, 3 días de evolución, aparición brusca, moderada intensidad, acompañado de un episodio de vomito. Sin alteraciones digestivas ni urinarias. Temperatura axilar 37,8°C, lengua saburral, defensa en fosa iliaca derecha (FID). De la paraclínica 13,700 glóbulos blancos. Con diagnóstico de apendicitis aguda se realizó videolaparoscopia objetivándose hemoperitoneo escaso de sangre oscura a predominio de gotera parietocólica derecha, FID y fondo de saco de Douglas, con infarto segmentario de epiplón mayor sobre sector pediculado a nivel distal derecho. Apéndice de características normales. Se realizó omentectomía parcial, seccionando sobre sector pediculado y sano del epiplón. Extracción de la pieza en bolsa por abordaje de flanco izquierdo que debió ampliarse. Buena evolución postoperatoria. Alta a las 12 horas. Anatomía patológica confirmó el diagnóstico.

Resultados.

La mayoría son idiopáticos.

Presentan dolor abdominal inespecífico de topografía variable de acuerdo al sector comprometido, acompañado o no de repercusión digestiva. Puede presentar aumento leve de parámetros inflamatorios. El diagnóstico habitualmente es el de otras enfermedades quirúrgicas de mayor prevalencia.

La ecografía y tomografía permiten su diagnóstico en algunos casos, siendo realizado generalmente en la exploración quirúrgica.

El tratamiento consiste en resección del sector afectado.

El abordaje laparoscópico permite realizar el diagnóstico, tratamiento y una adecuada exploración de toda la cavidad peritoneal. Cuando el diagnóstico preoperatorio es de apendicitis aguda y se aborda por una incisión de Mc Burney, probablemente requiera una ampliación o incluso una mediana para una correcta exploración y resolución del caso.



Cuando se realiza diagnóstico imagenológico se acepta la conducta expectante.

Conclusiones.

El infarto segmentario de epiplón en adultos es infrecuente. Al igual que el caso presentado el diagnóstico generalmente es intraoperatorio. El abordaje laparoscópico permite su resolución siendo la recuperación y reintegro a las actividades habituales muy breves.



PERFORACIÓN COLÓNICA POR TUMOR DE OVARIO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Pérez, Virginia; Viera, Nora; Payssé, Ignacio; Rodríguez, Alejandro; Bornia, Jimena

Hospital Policial, Uruguay

Antecedentes:

Los tumores de ovario tienen en general un diagnóstico tardío (estadio II de FIGO), invadiendo comúnmente serosa y muscular del colon, y muy rara vez la mucosa generando una fístula. Mas frecuentemente se ve en teratomas, aunque puede ser en tumores benignos y malignos de cualquier estirpe. Clínicamente se presentan con dolor abdominal y elementos de infección. En general se diagnostica por tomografía abdominopélvica como una masa pelviana con aire en su interior. El tratamiento de preferencia es quirúrgico, complementándose con PQT.

Objetivo:

Mostrar el caso de una paciente de 43 años con una perforación de colon a causa de un tumor de ovario maligno de tipo teratoma.

Materiales y métodos:

Contamos con la historia clínica de la paciente, así como con el material gráfico de la paraclínica y la cirugía realizada.

Resultados:

Presentamos el caso de una paciente portadora de un tumor de ovario con infiltración completa de la pared colónica que consultó en nuestro servicio. Se realizó la exéresis en bloque del tumor con el colon sigmoides y colostomía con cierre del cabo distal.

Conclusiones:

Si bien el compromiso de colon es raro en los tumores de ovario, se ve más frecuentemente en teratomas como en nuestra paciente. Realizamos la resección completa como está indicado, con buenos resultados quirúrgicos.



PERFORACIÓN COLÓNICA SECUNDARIA A PANCREATITIS

Martínez, Marcia; Xímenez, V; Pontillo, M; Olivera, E; Rodríguez, G, Hospital Maciel, Uruguay

Introducción:

Síndrome de Ogilvie (SO), distensión del colon acompañada de oclusión intestinal sin causa orgánica que lo determine. Es excepcional en el curso de pancreatitis aguda biliar; lo que motiva la presente comunicación.

Caso Clínico:

Mujer de 36 años. Colangitis aguda litiasica que no remite bajo tratamiento médico, manteniendo BT 8,5. Amilasa normal.

Ecografía de hígado y vías biliares: vesícula con múltiples litiasis de 9 a 14mm, móviles, colédoco de 13mm con litiasis distal de 11x8mm.

CPRE: no se logra cateterizar papila, tres canulaciones en Wirsung.

A las 12 horas cuadro de pancreatitis aguda con amilasemia de 1963.

TAC compatible con pancreatitis. Balthazar B.

A las 24hs mantiene colestasis y agrega elementos de SIRS. Se realiza nuevo procedimiento endoscópico con papilotomía y colocación de stent. No se extrae lito.

TAC: neumoperitoneo, líquido libre,

Diagnostico presuntivo de perforación duodenal se decide realizar una laparotomía.

Maniobra de Kocher. No macroperforación duodenal. Colecistectomía convencional, coledocotomía, colangiografía inicial litiasis de 1,5cm en colédoco distal, se extrae mediante pinza de Randall y cestilla de Dormia, colangiografía sin evidencia de litiasis con buen pasaje a duodeno y sin fugas del contraste. Coledocostomía sobre tubo de Kehr.

Gran distensión de colon con diastasis en el ciego y dos perforaciones a ese nivel. No hay obstrucción mecánica del colon.

Hemicolectomía derecha con ileotransversoanastomosis laterolateral manual.

Alta a los 30 días del ingreso.

Discusión y conclusiones:



Colangitis aguda simple tratamiento inicial endoscópico desarrollando una pancreatitis aguda como complicación, la cual ocurre en un 5%.

Segunda complicación, excepcional pero potencialmente mortal es la perforación colónica por sufrimiento isquémico del ciego secundaria a una oclusión funcional del colon (SO) lo caracteriza marcada dilatación de colon.

La patogenia se desconoce. Las formas secundarias se asocian a trastornos metabólicos graves.

Factores que determinan el pronóstico edad, enfermedad de base, diámetro cecal y necrosis o perforación



PERITONITIS AGUDA POR DIVERTÍCULO DE MECKEL COMPLICADO



González, María Catalina¹; Delgado, E.²; Guastavino, A.³; Chaparro, L.³ ¹Universidad de la República- Hospital de Clínicas, Uruguay; ²Departamento de Emergencia. Hospital de Clínicas., Uruguay; ³Departamento de Emergencia. Hospital de Clínicas, Uruguay

Antecedentes:

El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal. Si bien habitualmente se manifiesta en la niñez, pueden verse complicaciones en adultos, entre las cuales se destacan la diverticulitis, peritonitis por perforación, oclusión intestinal y sangrado.

El abordaje laparoscópico cumple un rol fundamental en caso de dudas diagnósticas, y es un método seguro para realizar el tratamiento de las complicaciones.

Objetivo:

Analizar el cuadro clínico y valorar el rol del abordaje laparoscópico en el divertículo de Meckel complicado.

Materiales y métodos:

Se presenta el caso clínico de un paciente de sexo masculino de 19 años, apendicectomizado 5 meses previo, que consulta por dolor abdominal intenso con irritación peritoneal, fiebre y vómitos. Leucocitosis 18.000.

TC: cuerpo extraño a nivel de asa ileal, sin elementos de oclusión ni perforación de asa.

Frente a dudas diagnósticas se realiza laparoscopia exploradora evidenciando peritonitis purulenta difusa como consecuencia de un divertículo de Meckel complicado. Se realiza toilette peritoneal y resección con máquina lineal cortante (endogía) a nivel de la base.

Buena evolución clínica posterior.

Resultados:

Mediante vía laparoscópica se realiza diagnóstico y tratamiento de un paciente con peritonitis aguda por divertículo de Meckel complicado.

Conclusiones:

Las complicaciones del divertículo de Meckel son poco frecuentes en el adulto, pudiendo presentarse como una diverticulitis complicada con peritonitis, requiriendo su tratamiento quirúrgico. El abordaje laparoscópico en estos casos es una opción segura para su tratamiento, evitando la resección intestinal y aportando los beneficios conocidos del abordaje mínimamente invasivo.





POSTER VÓLVULO DE COLON TRANSVERSO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Gabito, Isabel; Soumastre, A.; Alegresa, F.; Zeballos, J.; Vázquez, A.; González, F.

Hospital Pasteur, Uruguay



Antecedentes:

El vólvulo de colon transverso es una forma de presentación poco frecuente del vólvulo del colon (2-4%), debido a la fijación de este segmento del colon por los ligamentos frenocólico, gastrocólico y esplenocólico. Dentro de los factores de riesgo se encuentran: el dolico colon, el megacolon chagásico o congénito, la constipación crónica, desórdenes de dismotilidad, retardo mental, las obstrucciones distales, las cirugías abdominales previas y el embarazo.

Objetivos: Comentar la presentación clínica y manejo del vólvulo de colon transverso, cuadro poco frecuente, aportando al conocimiento quirúrgico.

Materiales y Métodos: Se realiza la presentación de un caso clínico manejado en la puerta de emergencia del Hospital Pasteur en agosto de 2019.

Resultados: Presentamos el caso de una mujer de 30 años, con parálisis cerebral severa, constipada habitual. Que consulta por cuadro de detención del tránsito para materias de 10 días de evolución, expulsando escasos gases y gran distensión abdominal difusa. Se estudió con tomografía computada que mostraba imagen en remolino centroabdominal en probable relación a vólvulo. Se realizaron dos endoscopías no concluyentes con el planteo tomográfico, pero informaba mucosa de aspecto isquémico, por lo que se decide laparotomía exploradora, confirmando el vólvulo de transverso en el intraoperatorio. Se realiza resección del mismo y colostomía iliaca izquierda en caño de escopeta. Buena evolución postoperatoria desde el punto de vista abdominal, y evolución tórpida por complicaciones médicas: Neumonía bilateral por aspiración, en relación a trastorno deglutorio previo, y trombosis venosa profunda extensa. Buena respuesta al tratamiento instaurado, se otorga el alta a domicilio a los 20 días del postoperatorio.

Conclusiones: El vólvulo del colon transverso es una causa poco frecuente de oclusión intestinal. Su diagnóstico es un desafío. Es clave que éste sea precoz para un tratamiento oportuno y exitoso.

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE QUISTE DE COLÉDOCO

Martinez, Marcia; Ximenez, V; Pontillo, M; Olivera, E; Rodríguez, G, Hospital Maciel, Uruguay



Los quistes de Colédoco son una anomalía congénita infrecuente en nuestro medio. Su etiología es desconocida, la hipótesis más aceptada es la anomalía de la unión biliopancreática.

Caso Clínico:

SF, 15 años, que consulta por dolor cólico en HD, ictericia y masa palpable en hemiabdomen derecho.

Examen: Ictericia universal, abdomen asimétrico a expensas de tumoración indolora en hemiabdomen derecho compatible con vesícula palpable.

Paraclínica al ingreso BT 19,11 a predominio directo, GGT: 946. FA: 1471. Amilasa 1412. TP 59%. CEA y CA 19-9 normales

Tomografía Computada (TAC): voluminosa imagen quística. 183 x 102 mm, vinculada a VBP.

Colangiografía: Trayecto común de colédoco distal y conducto pancreático, de 15mm de longitud. Imagen quística que remeda una vesícula distendida.

Frente a una ictericia fría, obstructiva, infracística se realiza colecistostomía percutánea temporizadora de su colestasis. Gasto diario 1000 cc de bilis.

Colangio endoscópica retrograda: Dilatación quística de vía biliar principal extra hepática, tipo IA de Todani.

Tratamiento:

Resección del quiste mas Colecistectomía laparoscópica. Se convierte a cirugía abierta. Se realiza hepático yeyuno anastomosis tipo Hepp-Couinaud sobre asa diverticular de Praderi.

Discusión y conclusiones:

La tríada dolor abdominal, ictericia y masa palpable se da en menos del 20%. La tumoración palpable en hemiabdomen derecho, indolora, en contexto de ictericia obstructiva, simuló ser un Bard y Pick, lo cual junto con los estudios de imagen nos orientó a una dilatación de la vesícula biliar, siendo la ERCP lo que definió el diagnóstico.

La anomalía "conducto biliopancreático común" contribuye al reflujo pancreático hacia la vía biliar lo que podría explicar el daño en sus paredes y la dilatación, esta variación está presente en el 80% de los casos. El riesgo de malignidad es bajo en menores de 30 años y aumenta a partir de esta edad con cada década. El mismo varía según tipo de quiste, siendo de 70% para el tipo I.





PRESENTACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA PANCREATITIS AGUDA BILIAR. REVISIÓN DE CASOS DEL PERIODO 2013 -- 2018

Nayar Villasanti, Gerson David; Machain Vega, Gustavo; Ojeda, Leonardo María; Segovia Lohse, Herald; Riquelme Recalde, Evelyn Karina; Franco Argüello, Adriana, Hospital de Clínicas, Paraguay

Objetivo:

Determinar característica epidemiológica de la Pancreatitis Aguda Biliar en el Hospital de clínicas.

Materiales y Métodos:

Observacional, descriptivo de corte transversal. Para guías de diagnóstico y severidad se usó Criterios de Atlanta modificados

Resultado:

De un total de 95 casos de un periodo de 5 años, la media de edad era 41 años para mujeres y 56 para hombres. En la distribución por IMC presentaban sobrepeso 37,89% de los pacientes. La presentación clínica estuvo dada por dolor abdominal en 98,95% acompañado de otros síntomas. Según criterios diagnósticos 98,95% presentaban clínica y 96,84% criterios laboratorial y solo el 16,84% cumplía el criterio Imagenológicos. Ecográficamente presentaban unas vías biliares intrahepáticas dilatadas en el 20,21% de los casos, con colédoco aumentado en 39 pacientes. El contenido de la vesícula fue litiásica en 86,21%, se constató barro biliar en 9,2% y fue alitiásica en 4,6%. Presentaron pancreatitis leve 74,47%, Moderadamente severa 22,34% y Severa 3,19%. Solo 22 pacientes presentaron criterios de SIRS. 12 pacientes presentaron una Colección Peripancreática Aguda y 3 evolucionaron a Pseudoquiste Pancreático; 8 pacientes presentaron una Colección Necrótica Aguda y 3 pacientes evolucionaron a una Necrosis con pared. En las Pancreatitis Severas ningún paciente presentó disfunciones orgánicas todas correspondieron a necrosis infectadas. El promedio de días de internación fue 5 días para leves, moderadamente severas 13 días y las Pancreatitis Severas 16 días. Hubo 1 óbito correspondiente a una pancreatitis con necrosis infectada.

Palabras Clave: Pancreatitis Aguda, Colección Peripancreática, Colección Necrótica, Grados de Severidad.



PRESENTACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER DE PÁNCREAS EN CONSULTORIO. REVISIÓN DE CASOS DEL PERIODO 2013 -- 2018

Nayar Villasanti, Gerson David; Machain Vega, Gustavo; Larrosa, Wilson; Segovia Lohse, Herald; Riquelme Recalde, Evelyn Karina; Noguera Arzamendia, José de la Cruz, Hospital de Clínicas, Paraguay

Objetivo:

Determinar las características epidemiológicas del cáncer de páncreas en pacientes que acuden por consultorio.

Materiales y Método:

Observacional, descriptivo de corte transversal.

Resumen y Resultado:

De 18 pacientes, 7 eran de sexo femenino y 11 masculino. El promedio de edad de fue de $44,4 \pm 19$ años. En la distribución demográfica 3 pacientes provenían de distrito capital y 5 del departamento central el resto de zonas aledañas. 6 pacientes eran tabaquistas con índice tabáquico mayor a 30. Ictericia se vio en el 77,78% de los casos, pérdida de peso 50%, tumoración en el 16,67%, dolor en el 5,56%, y prurito en todos los pacientes (100%). La bilirrubina total presentó una media de $13,12 \pm 9,14$ mg/dL y una bilirrubina directa $9,3 \pm 7,85$ mg/dL.. En 9 pacientes (50%) se constató un CA 19-9 aumentado con valores que llegaban a los 2702 (VN: 37 U/mL) y CEA en 6 pacientes (33,33%) aumentado con valores de hasta 63,9 (VN: 5 ng/mL). Tuvimos 1 pacientes con estadio IA (5,56%), 5 pacientes (27,78%) con estadio IB; 2 pacientes (11,11%) en el estadio IIB y 10 pacientes (55,56%) en el estadio IV. El tumor era visible en 16 pacientes (88,89%) midiendo en promedio 4 cm de diámetro. Las adenopatías se observaron en 11 (61,11%) pacientes y metástasis en 9 (50%). Ascitis fue constatada en 3 pacientes (16,67%), a la punción de la misma se constató positividad para células malignas en 2 casos (11,11%). Para el momento de la consulta invasión vascular se constató por tomografía computada en 4 pacientes (22,22%) de los cuales en uno (5,56%) se constató infiltración a la vena cava y al plano vascular de la vena porta y en 3 pacientes (16,67%) a la arteria mesentérica superior.

Palabras Clave: Cáncer de Páncreas, Estadio Tomográfico, Clínica



PRESENTACIÓN EPIDEMIOLOGICA DEL CÁNCER DE TIROIDES. REVISIÓN DE CASOS DEL PERIODO 2013 - 2018

Nayar Villasanti, Gerson David; Farina del Río, Miguel; Abed, Ricardo; Ojeda, Leonardo María; Segovia Lohse, Herald; Riquelme Recalde, Evelyn Karina, Hospital de Clínicas, Paraguay

Objetivo:

Determinar la prevalencia del cáncer de tiroides en el servicio de la Segunda Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas.

Materiales y Método:

Observacional, descriptivo de corte transversal

Resumen y Resultado:

El cáncer de tiroides es la neoplasia más frecuente que afecta al sistema endocrino. Las presentaciones más frecuentes son los subtipos papilar y folicular. Se realizó un trabajo con un total de 28 casos. La edad de los pacientes estuvieron mayoritariamente por debajo de los 55 años (89,29%) y predominaba el sexo femenino. La presentación predominante fue como bocio multinodular, encontrándose en 10 función tiroidea alterada. Ningún paciente en nuestra serie tuvo antecedente de cáncer u familiar de primer grado con el mismo. La población que acudía era mayoritariamente del área urbana (64,28%). La presentación clínica fue variada, encontrándose disfagia en 5 pacientes (17,86%), disfonía y disnea en 4 (14,29%), tos en 1 (3,57%), síntomas de hiperfunción tiroidea en 3 (10,71%). Las tumoraciones cervicales abarcaban en 89,29% de los casos áreas centrales, en 10,71% áreas laterales y áreas supraclaviculares en 3,57% de los casos. En los estudios ecográficos 16 (57,14%) de los nódulos presentaban microcalcificaciones. La ecogenicidad de dichos nódulos se presentaba hipocogénicas en la mayoría de los casos (85,71%). Las vascularizaciones de los nódulos se presentaron predominantemente periféricas en 14 casos (50%), centrales y mixtas en 7 casos respectivamente (25% cada una). Bordes irregulares en 15 casos (53,5%). En Punción Aspiración con Aguja Fina se constató mayoritariamente un Bethesda 5 y 6 (32,14%). En el estudio anatomopatológico se constató una prevalencia mayoritaria en carcinomas papilar sobre folicular con una relación 6/1 viéndose una mayor cantidad de casos en sexo femenino que en el masculino.

Palabras Clave: Cáncer de Tiroides, Carcinoma Papilar, Carcinoma Folicular, Bethesda



PREVALENCIA DE LITIASIS COLEDOCIANA DIAGNOSTICADA POR COLANGIOGRAFÍA INTRAOPERATORIA EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD PERÍODO 2014-2018.

Dragotto Galván, A.; Mora Garbini, S.; Rojas Franco, B., Hospital Central del IPS, Paraguay

Antecedentes:

La colangiografía intraoperatoria consiste en el estudio radiológico de la vía biliar tras la inyección de contraste en su interior a través del conducto cístico. Actualmente se puede evaluar la presencia de coledocolitiasis con signos y síntomas clínicos, pruebas de laboratorio, ecografía, tomografía computarizada, colangiopancreatografía por resonancia magnética y la ultrasonografía endoscópica, teniendo como Gold estándar de diagnóstico a la CPRE.

Objetivo:

Determinar la prevalencia de litiasis coledociana diagnosticadas por colangiografía intraoperatoria en el periodo 2014-2018.

Material y métodos:

Estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal mediante la revisión de fichas clínicas de pacientes a quienes se les efectuó colangiografía intraoperatoria durante el periodo comprendido entre enero de 2014 y diciembre del 2018.

Resultados:

Se incluyeron 70 pacientes a quienes se les efectuaron colangiografía intraoperatoria. La distribución por género fue la siguiente, sexo femenino 65,71% (46) y sexo masculino 34,28% (24). El 25,71% (18) se encontraban entre 31 y 40 años.

El 32,85% (23) de los pacientes a quienes se les realizó colangiografía intraoperatoria presentaron cálculos en el colédoco, 18 pacientes (25,71%) con preoperatorio de coledocolitiasis. El 30,43% (7) de los casos positivos para coledocolitiasis tienen entre 71 y 80 años, mientras que el 17,39% tienen entre 61 y 70 años. El 56,52% con coledocolitiasis eran de sexo femenino.

Conclusión:

Apreciamos la elevada prevalencia de coledocolitiasis en aquellos pacientes que tuvieron la indicación de colangiografía intraoperatoria, sobre todo en el sexo femenino y en la tercera edad. Al analizar la presencia de coledocolitiasis en pacientes sometidos a colecistectomía con indicación de colangiografía intraoperatoria en nuestro servicio se constató una prevalencia de 32,85% sobre 70 pacientes estudiados, en contraste al estudio realizado en el



Hospital Nacional de Itaguá por el Dr. Ferreira que encontraron una prevalencia del 10% sobre todo en pacientes con diagnóstico preoperatorio de pancreatitis aguda biliar.



PREVALENCIA DEL CÁNCER DE ESÓFAGO Y SU TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DURANTE EL PERÍODO 2016-2018.

Dragotto Galván, A.; Mora Garbini, S.; Rojas Franco, B.; Mereles, L.; Balmaceda, B.

Hospital Central del IPS, Paraguay

Antecedentes

El cáncer de esófago es una de las neoplasias más agresivas del tracto digestivo, con una supervivencia global a los 5 años de menos de 10 %. Es más frecuente en varones, en la sexta década de la vida y se asocia a estatus socioeconómico bajo.

Objetivo

Determinar la prevalencia del cáncer de esófago de acuerdo a su localización, su caracterización clínica, anatomopatológica y su tratamiento quirúrgico en el servicio de cirugía general del hospital central del IPS durante el periodo de enero del 2016 a diciembre del 2018.

Material y métodos

Estudio descriptivo, retrospectivo mediante la revisión de 37 fichas clínicas de los pacientes que acudieron al servicio de urgencias del Hospital Central del IPS y como cirugía programada con el diagnóstico de cáncer esofágico en quienes fueron intervenidos quirúrgicamente, durante el periodo de enero del 2016 y diciembre del 2018.

Resultados

Se incluyeron 37 pacientes con el diagnóstico de cáncer esofágico. Predominó el sexo masculino en 86,48% (n: 32). La edad promedio es de 72 años. El motivo de consulta predominante fue la disfagia. Se encontró predominancia hacia el cáncer de esófago medio en un 40,54%. Se realizó mayormente la gastrostomía para alimentación. El carcinoma escamoso grado III predominaba en un 40,55%.

Conclusion

El cáncer de esófago presenta alta morbilidad y mortalidad; dato que pudimos comprobar con la evolución de los pacientes y complicaciones postquirúrgicas. Los tipos histológicos más comunes son el carcinoma escamoso y el adenocarcinoma, constituyen más del 90% de las neoplasias esofágicas, en nuestro trabajo predominaba el carcinoma escamoso infiltrante pobremente diferenciado grado III en un 40,55%. La mayoría de los pacientes con cáncer del esófago se ubican entre los 71 a 80 años. La disfagia fue un síntoma común en todos los pacientes.



PSEUDOANEURISMA TRAUMÁTICO PRESENTACIÓN ALEJADA

Lima, Melina; CARDO, JIMENA; PEREYRA, PRSICILA; Battu, Camila; Francia, Héctor

Hospital José María Cullén, Argentina

Introducción

El pseudoaneurisma es una complicación tardía habitual por trauma vascular. Cuando la lesión se encuentra en un compartimento contenido, la formación de un hematoma pulsátil constituirá en el mediano o largo plazo un pseudoaneurisma. Inicialmente el diagnóstico es dificultoso por la conservación del flujo sanguíneo distal. El signo clínico característico es un soplo o una masa pulsátil. El gran peligro es la ruptura del mismo, alejado del trauma inicial

Presentación de caso

Paciente masculino de 35 años, con antecedente de herida de arma de fuego en muslo izquierdo y región lumbar hace 13 años con lesión del plexo sacro, consulta por dolor y tumefacción en muslo izquierdo de 2 meses de evolución. Al examen físico se constata tumefacción y dolor en muslo izquierdo, hipoestesia y atrofia muscular de pierna y pie izquierdo con impotencia funcional por pie equino - varo

Conclusión

El trauma vascular compromete extremidades inferiores en el 33% de los casos siendo la arteria femoral superficial la más lesionada, seguida de la arteria poplítea y la arteria femoral común. El pseudoaneurisma se produce por la interrupción incompleta de una arteria y da como resultado una fuga de sangre a los tejidos circundantes que se organiza y desarrolla una cápsula fibrosa. Se presenta clínicamente como una masa pulsátil creciente con un soplo sistólico audible o no. Las pulsaciones distales están usualmente presentes



PSEUDOQUISTE MEDIASTINAL PANCREÁTICO

García, A.; Barboza, A.; Murias, F.; González, R.; Madrid, F.; Castro, A., Hospital Pasteur, Uruguay

Antecedentes:

Los pseudoquistes mediastínicos son raros, se producen por la ruptura de los conductos pancreáticos al espacio retroperitoneal, con ascenso de líquido al mediastino a través del hiato diafragmático, aórtico o esofágico.

Objetivos:

contribuir al conocimiento de esta complicación infrecuente de la pancreatitis.

Material y métodos:

comunicación de un caso clínico.

Resultados:

presentamos el caso de un paciente de 54 años, enolista intenso, portador de una pancreatitis crónica con un nuevo episodio inflamatorio agudo que desarrolló un pseudoquiste peripancreático en comunicación con una colección mediastinal y derrame pleural, el cual fue drenado por toracocentesis, obteniendo una amilasa de 2599 en el líquido pleural. Tuvo buena evolución con tratamiento médico, con resolución imagenológica de ambas colecciones, por lo que no requirió otros procedimientos invasivos. Actualmente se encuentra en seguimiento, asintomático.

Conclusiones:

la fístula y el pseudoquiste mediastinal constituyen una complicación excepcional de la pancreatitis. Su presentación clínica es inespecífica. Su diagnóstico se basa en los estudios de imagen, especialmente la TC y RNM. Su tratamiento debe adaptarse a cada caso particular, pudiendo ser exclusivamente médico (como en nuestro caso) o asociando diferentes procedimientos invasivos (endoscópico, percutáneo o quirúrgico).



QUISTE DE URACO INFECTADO: REPORTE DE UN CASO

Alcántara, Anna; Rodríguez, G; Mazzola, G; Cimarra, F; Paredes, P; González, F, Hospital Pasteur, Uruguay

Antecedentes:

El uraco constituye un vestigio embrionario que va desde el domo vesical a la cicatriz umbilical. La atrofia parcial del conducto da lugar al desarrollo de formaciones quísticas, cuya incidencia es desconocida al realizarse diagnóstico en contexto de desarrollo sintomático. Su escasa prevalencia hace difícil la sistematización del cuadro clínico, siendo muchas veces diferencial de cuadros abdominales de frecuente manejo en la urgencia.

Caso clínico:

Se analiza el caso de una paciente mujer de 29 años, que consulta por dolor hipogástrico de 4 días de evolución, que no calma con analgésicos comunes u opiáceos. Al examen abdominal se palpa una tumoración redondeada de 8cm, sólida, que desaparece parcialmente con la contracción de la cincha abdominal, a nivel central sobre cicatriz de Pfannenstiel. Hay ausencia de irritación peritoneal, de clínica o paraclínica infecciosa, sin signos sintomatología urinaria o de la esfera ginecoobstétrica.

Se solicita una tomografía computada de abdomen y pelvis que informa una colección intraabdominal en íntimo contacto con la pared, techo vesical y asas delgadas. Ante persistencia del dolor, frente a duda diagnóstica se interviene a la paciente de urgencia a través de una incisión mediana infraumbilical. El hallazgo es de una tumoración sólida, que impresiona infiltrante, de contenido mucopurulento que se origina en el uraco. Con planteo de lesión de uraco con potencial riesgo de malignidad se realiza exéresis intentando dejar márgenes libres, agregando cistectomía parcial a cargo de urólogo de guardia. La anatomía patológica informa una tumoración de 80x56x45cm, fibrosa con infiltrado polimorfonuclear, compatible con absceso de uraco.

Conclusiones:

La presentación clínica de dolor ante sobreinfección del quiste es la reportada con mayor frecuencia. La conducta se recomienda como resección completa del quiste y del uraco, según algunas fuentes con cistectomía parcial asociada. Esto se debe al riesgo de malignización relativamente alto, de 40-50% en varias series. Desarrollan adenocarcinomas uroteliales, predominantemente mucinosos, con pobre pronóstico dado su diagnóstico tardío.



QUISTE DEL COLÉDOCO TODANI IV-A, EVIDENCIA SOBRE SU TRATAMIENTO

Barrera Zamorano, Augusto Antonio; Pérez Saavedra, Francisca; García Prado, Diego; García Carrasco, Carlos; Cancino Viveros, Alejandro, Universidad de Chile - Hospital Clínico San Borja Arriarán, Chile

Antecedentes:

Los Quistes del Colédoco (QDC) son una enfermedad congénita de la vía biliar. Es un diagnóstico difícil y poco frecuente, con una incidencia de 1 caso por cada 13.000 nacidos vivos en Asia. Predomina en el sexo femenino, y se pueden acompañar de anomalías de la unión pancreatobiliar (70%) [1]. Sin tratamiento un porcentaje malignizará (10-20%) [2]. Existe controversia respecto al tratamiento de los quistes clasificados como Todani IV-A.

Objetivos:

Reportar un caso de un Quiste de Colédoco Todani IV-A operado en nuestro servicio, discutiendo aspectos de su tratamiento actual.

Materiales y métodos:

Mujer de 45 años, colecistectomizada con hallazgo intraoperatorio de QDC. Estudio clasifica como Todani IV-A más coledocolitiasis distal. Extracción de cálculo mediante ERCP. Exploración quirúrgica laparoscópica evidencia QDC descrito, se realiza resección de VB extrahepática y derivación biliodigestiva. Anatomía patológica mostró QDC de 5x3 cm, sin neoplasia.

Resultados:

Tratar oportunamente por el riesgo de desarrollo de colangiocarcinoma y/o cáncer de vesícula biliar [2]. Drenar la VB de emergencia en caso de obstrucción por tapones proteicos y/o coledocolitiasis [2]. Resección de VB extrahepática más colecistectomía (Nivel 1-B), y resección del conducto pancreático justo por encima de su unión (Nivel 1-B) [2]. Si hay compromiso biliar intrahepático, considerar hepatectomía en adultos, sin embargo, en niños se asocia a mayor morbilidad (Nivel D) [2]. Adultos con QDC Todani IV-A con resección de VB extrahepática más hepatectomía, tienen menor necesidad de reintervenciones por estenosis y/o litiasis intrahepática [2]. La reconstrucción debe ser con hepaticoyeyuno-anastomosis en Y de Roux (Nivel 1-B) [2]. La incidencia de colangiocarcinoma posterior a la derivación biliodigestiva es de 0.7 – 5.4% (Nivel C) [2].



Conclusiones:

Continúa siendo controversial el manejo de los QDC Todani IV-A. El principal riesgo es la malignización. El manejo debe ser oportuno. Lo óptimo es una derivación biliodigestiva que implique resección de la VB extrahepática más hepatectomía. En niños, la hepatectomía debe diferirse ya que no tendría mejores resultados. La reconstrucción recomendada es la hepaticoyeyuno-anastomosis en Y de Roux.

**QUISTE EPIDÉRMICO ESPLÉNICO, REPORTE DE UN CASO**

Bodega, Laura; Bodega, L; Maslloréns, A; San Martín, G; Ardao, G, Hospital Central de Las Fuerzas Armadas, Uruguay

Antecedentes:

Los quistes epidérmicos son lesiones quísticas con revestimiento epitelial malpighiano. Son lesiones raras, primarias y congénitas.

Objetivo

Reportar un caso inusual de una lesión quística primaria de bazo y discutir sus diagnósticos diferenciales.

Material y metodo

Presentamos un paciente de sexo femenino, 39 años, con lesión quística esplénica y diagnóstico presuntivo de Quiste Hidático esplénico.

Se realiza esplenectomía.

Resultados

Se recibió pieza de esplenectomía que pesó 149 gr y midió 110x50x37 mm, parcialmente seccionada. En la superficie de corte se reconoce una lesión quística abierta y evacuada que mide 85x70 mm. La superficie interna es lisa, blanquecina, con espesor hasta 5 mm.

Se toman fragmentos representativos para estudio microscópico con técnica de Hematoxilina y Eosina.

Los mismos muestran una estructura quística con revestimientos epitelial de tipo malpighiano con maduración conservada y queratina laminillar.

Discusión

Las masas esplénicas pueden ser primarias o secundarias, benignas o malignas. Las lesiones quísticas son raras. Los diagnósticos diferenciales más frecuentes con el quiste epidérmico esplénico son con las lesiones quísticas por parásitos y los pseudoquistes secundarios a traumas.

Es necesaria la resección quirúrgica para realizar el diagnóstico.



Conclusiones

El diagnóstico histológico es consistente con un Quiste epidérmico esplénico. El mismo no plantea diagnósticos diferenciales. Destacamos la importancia del estudio histológico para descartar los diagnósticos diferenciales.



QUISTE HIDATÍDICO EN SEGMENTO 2 Y 3

Talavera González Raúl Ernesto, Hospital Nacional de Itagua, Paraguay

La hidatidosis es una zoonosis de distribución mundial producida por las larvas de *Echinococcus granulosus*. Afecta frecuentemente a adultos jóvenes, de regiones agrícolas y ganaderas. Considerada endémica en América del Sur, con puntos de incidencia en Argentina y Uruguay. De baja incidencia en nuestro país.

. Presentándose en su forma quística más comúnmente en hígado y pulmón. Los quistes hepáticos pueden causar dolor abdominal o un tumor palpable. Puede aparecer ictericia cuando se obstruyen los conductos biliares. La rotura del quiste hacia un conducto biliar, la cavidad peritoneal o el pulmón puede causar fiebre, urticaria o una reacción anafiláctica grave.

Los quistes pulmonares pueden romperse y provocar tos, dolor torácico y hemoptisis.



RAFIA PRIMARIA DE PERFORACIÓN ESOFÁGICA DURANTE TIROIDECTOMÍA TOTAL: REPORTE DE CASO.

Cáceres, Jennifer; Soliz, A; Hidalgo, WG; Tipan, CA, Hospital de Trauma y Emergencias Dr. Federico Abete, Argentina

Antecedentes:

La perforación esofágica durante tiroidectomía total es una complicación infrecuente con evolución incierta. Se han descrito secciones completas y perforaciones parciales sin evidenciar un protocolo establecido para el manejo y seguimiento.

Objetivo:

Describir el caso de una paciente llevada a tiroidectomía total por carcinoma papilar de tiroides en quien se realizó rafia primaria por perforación esofágica lateral, exponer su evolución y realizar una revisión sistemática de la literatura.

Diseño:

Caso clínico

Presentación de caso:

Femenina de 37 años, hipotiroidea de larga data, presenta disnea ocasional y masa tiroidea izquierda de crecimiento progresivo a expensas de lóbulo tiroideo ipsilateral que medía 72 x 69 x 49 mm según tomografía. PAAF con reporte de Bethesda V. TSH 3.14. Durante la tiroidectomía total se evidencia masa gigante que ocupa predominantemente lóbulo tiroideo izquierdo, sin claro plano de clivaje con pared traqueal y esofágica. Se observa perforación de 5 mm en cara lateral izquierda de esófago cervical y se procede a rafia primaria con puntos continuos de sutura absorbible multifilamento. Se inserta sonda nasogástrica K108. Recibe nutrición enteral y a los 7 días se realiza esofagograma en decúbito lateral con bario sin evidencia de fuga de contraste. Se inicia dieta líquida oral sin evidencia de fiebre ni tos, se progresa dieta y egresa del servicio a los 10 días postquirúrgicos sin parestesias ni paraparesias, presentó parálisis recurrencial transitoria que requirió fonoaudiología durante 2 meses. Anatomía patológica reporta carcinoma papilar de tiroides variedad clásica pT3aPN0aM0 Estadío I (menor de 55 años), márgenes libres, sin permeación vascular, linfática ni perineural, Ganglios 0/5.

Conclusiones:

La perforación esofágica iatrogénica tras tiroidectomía total es una complicación infrecuente asociada a elevada morbilidad que puede resultar invalidante y requiere de un abordaje terapéutico complejo.



No hay evidencia que soporte un protocolo para el manejo y seguimiento de las secciones completas y perforaciones parciales. Sin duda, el mejor tratamiento para la lesión esofágica es su prevención mediante una disección meticulosa. Sin embargo, una vez ha ocurrido, está indicado el drenaje cervical y tratamiento conservador mediante rafia primaria, nutrición enteral y control imagenológico entre los 7 a 10 días posteriores.



RECTOSIGMOIDECTOMIA PERINEAL: CIRUGÍA DE ALTEMEIER - PROLAPSO RECTAL COMPLETO PRESENTACIÓN DE CASO

González, Micaela; Ferreira, Carlos, Sanatorio Casa de Galicia, Uruguay

Antecedentes:

El prolapso rectal completo se define como la invaginación y descenso de todas las capas del recto a través del ano, por trastorno de la estática rectal y los mecanismos de fijación. Se presenta frecuentemente en mujeres, multíparas, de edad avanzada, asociado a deficiencia perineal con diastasis de los músculos elevadores, favorecido por un mesorrecto elongado y un sigmoides redundante.

La rectosigmoidectomía por vía perineal con plastia de los músculos elevadores (Cirugía de Altemeier), es una alternativa para pacientes de alto riesgo anestésico-quirúrgico, en los que se prefiere evitar la morbilidad de la cirugía abdominal.

Objetivos:

Presentar el caso de una paciente con prolapso rectal, realizándose Cirugía de Altemeier, utilizando sutura mecánica.

Materiales y métodos:

SF, 87 años, 3 partos vaginales. Historia de 3 años de evolución, de exteriorización del recto a través del ano con esfuerzo defecatorio, reductible manualmente hasta 48 horas previo a la consulta.

En los últimos 3 meses episodios de rectorragia y tenesmos rectales. No incontinencia. No alteración del tránsito genitourinario.

Al examen, buen estado general. Abdomen blando indoloro. IAP: prolapso rectal completo. No ulceraciones, escaso edema. Reductible manualmente.

Se realiza corticoides iv, compresas con manitol local. Se solicita fibrocolonoscopia, sin lesiones.

Se realiza cirugía vía perineal exclusiva, Rectosigmoidectomía con anastomosis coloanal mecánica.

Anestesia general. Paciente en posición de litotomía. Exteriorización del recto prolapsado. Incisión a 1,5 -2 cm de la línea criptopapilar de todo el espesor de la pared rectal. Liberación y exteriorización del recto a resecar. Sección mesorretal y de recto a 2 -3cm de la margen anal. Anastomosis coloanal mecánica, sutura mecánica circular.

La técnica original plantea realizar un miorrafia preanal y retroanal de los músculos elevadores del ano, que no se realizó.



Resultados:

Postoperatorio sin complicaciones, alta al 5to día.

Conclusiones:

La técnica de Altemeier es segura con una morbilidad controlada, buenos resultados a mediano y largo plazo en cuanto a índices de recidiva y mejoría de la continencia.

Presenta una recurrencia de 0-12%, con un índice de continencia esfinteriana completa de 90% en los pacientes en los que se realiza miorrafia de los elevadores y 40% en los que no se realiza.



RELACIÓN ENTRE SARCOPENIA Y COMPLICACIONES POST OPERATORIAS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS.

Miguel, CC¹; Polakowski, CB¹; Pretti, V¹; Saavedra Tomasich, Flavio²; Abreu, P¹; Saavedra, D¹. ¹HOSPITAL ERASTO GAERTNER- (LIGA PARANAENSE DE COMBATE AO CÂNCER) GPO-CUR (GRUPO DE PESQUISA EN ONCOLOGIA-CURITIBA), Brazil; ²Hospital de Câncer Erasto Gaertner, Brazil

Antecedentes:

Sarcopenia es un síndrome multifactorial que disminuye el peso, el tejido muscular y la gordura corporal. Común en pacientes oncológicos, buscamos una relación con las complicaciones post operatorias.

Objetivo:

Correlacionar Sarcopenia con complicaciones post quirúrgicas en ancianos portadores de cáncer gastrointestinal.

Material y métodos:

De marzo a octubre de 2016, incluimos prospectivamente 46 pacientes ancianos, operados electivamente de cáncer gastrointestinal. Sarcopenia fue identificada utilizando los criterios definidos por el Grupo Europeo de Trabajo sobre Sarcopenia en pacientes de edad avanzada. El perfil nutricional de los pacientes fue evaluado por el Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA), parámetros bioquímicos (albúmina, recuento total de leucocitos, etc.) e Índice de Masa Corporal. El análisis estadístico se realizó utilizando el programa SPSS 23.0. Se aplicó la prueba t de Student, Chi-cuadrado con corrección de Fisher, curva ROC y análisis de regresión no lineal, considerando para la significancia estadística un $p < 0,05$.

Resultados:

Las cirugías fueron 30 (74%) para tratamiento de Cáncer Colon y recto, 10 (21,7%) Gastrectomías, 2 (4,3%) Esofagectomías. Verificamos que más de la mitad de los pacientes tenían enfermedad localmente avanzada. La pérdida de peso fue significativa en 15 (32,6%) pacientes. La Sarcopenia se asoció a aumento de complicaciones post operatorias ($p = 0,003$), además de un aumento en el tiempo de internación hospitalaria ($p = 0,042$). La regresión no lineal demostró que el 80% de los pacientes con sarcopenia presentan mayor riesgo de complicaciones postoperatorias.

Conclusiones:

La sarcopenia es factor de riesgo independiente para el desarrollo de complicaciones post operatorias, está asociada al aumento del tiempo de internación hospitalaria.



RESECCIÓN DE TUMOR DE KLATSKIN O COLANGIOCARCINOMA PERIHILIAR

Píriz, Virginia; Payssé, Ignacio; Perdomo, Raúl; Viera, Nora; Marino, Karenina; Bornia, Jimena, Hospital Policial, Uruguay

Antecedentes:

Los tumores de Klatskin o colangiocarcinomas perihiliares representan el 10% de los tumores hepatobiliares. Es agresivo con una resecabilidad del 47% y una sobrevida no mayor a 6 meses en los casos no resecados. Se presenta con una ictericia fría, progresiva, con un patrón obstructivo en el funcional y enzimograma hepático. Los estudios principales para su estudio corresponden a tomografía y colangio-resonancia, visualizándose una estenosis de la vía biliar extrahepática perihiliar. Determinar la afección locorregional es fundamental para la resecabilidad y el pronóstico. El tratamiento es principalmente quirúrgico, aunque es posible en la minoría de los pacientes. La neoadyuvancia y la adyuvancia se han comenzado a implementar con mejora de la sobrevida. En la mayoría de los casos el tratamiento será paliativo mediante la degravitación de la vía biliar por vía percutánea o endoscópica.

Objetivo:

Mostrar el caso de una paciente de 51 años, sexo femenino, con un tumor de Klatskin tipo II de la clasificación de Bismuth.

Materiales y métodos:

Contamos con la historia clínica de la paciente portadora de un colangiocarcinoma perihiliar, así como con material gráfico de la paraclínica (eco, TC y colangioRNM) y la cirugía realizada (resección y anastomosis hepatoyeyunal).

Resultados:

Realizamos la revisión de la bibliografía sobre los tumores de Klatskin o colangiocarcinomas perihiliares, centrándonos en el tratamiento quirúrgico de los mismos, a partir de la presentación de una paciente del servicio. La resección se realizó por vía abierta, con resección de tumor con márgenes macroscópicos libres de tumor, así como la anastomosis hepático-yeyunal en Y de Roux. La anatomía patológica definitiva mostró la presencia de tumor en toda la pieza, así como en los márgenes.

Conclusiones:

Los tumores de Klatskin son tumores agresivos, con pronóstico desalentador a mediano y largo plazo. La cirugía es la única opción terapéutica con carácter curativo, pero en pocas ocasiones es posible. En nuestra paciente la cirugía se llevo a cabo sin incidentes, por planos adecuados, con AP definitiva que confirma la presencia de adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Continua en control con tratamiento complementario, asintomática.





RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE SCHWANNOMA GÁSTRICO



Varela Vega, Martín¹; Baranov, Sofía²; Cubas, Santiago²; Beraldo, Gerardo²; Santiago, Pablo²; Menini, Mariana². ¹HCFFAA, Uruguay; ²HCFFAA, Montevideo., Uruguay

Introducción:

Los schwannomas son tumores mesenquimáticos que se dan raramente en el tubo digestivo. Se originan en la vaina periférica de los nervios del plexo de Meissner y Auerbach, y son generalmente benignos. La localización gástrica es la más frecuente. Son poco sintomáticos, y la clínica viene dada por el crecimiento, que genera síntomas compresivos, o por elementos de hemorragia digestiva alta. La endoscopia permite topografiar la lesión, que es habitualmente submucosa, por lo que las biopsias superficiales no son de ayuda. El tratamiento es quirúrgico, y el análisis anatomopatológico de la pieza, con el recurso de la inmunohistoquímica, permiten confirmar el diagnóstico.

Objetivo:

Presentamos a continuación el caso de un paciente con un schwannoma gástrico de diagnóstico y resolución en nuestro servicio.

Materiales y Métodos:

presentación en póster.

Caso clínico:

paciente de 75 años que consulta por dolor epigástrico de tipo urente. La endoscopia digestiva muestra lesión submucosa de curvatura mayor gástrica de unos 5 cm de diámetro, con centro deprimido y ulcerado. Las biopsias endoscópicas evidencian mucosa sana. El estudio contrastado de esófago gastro duodeno muestra la lesión en cuerpo gástrico medio, sobre curvatura mayor. La tomografía computada evidencia una lesión homogénea del estómago sin adenopatías regionales o metástasis a distancia. Se realiza una gastrectomía vertical atípica guiada sobre bujía 40 fr garantizando de ese modo un correcto calibre del estómago remanente. La endoscopia intraoperatoria permite certificar que toda la lesión está entera en la pieza de resección. Cirugía sin incidentes, tolerando líquidos al día siguiente. Los controles radiológicos no evidenciaron fuga de contraste.

El estudio anatómo patológico y de inmunohistoquímica de la pieza es concordante con un schwannoma gástrico. Muestra positividad difusa para sinaptofisina (S100) y GFAP, siendo negativa para desmina y AML

Conclusiones:



los schwannomas son tumores mesenquimáticos raros, generalmente benignos. La indicación de cirugía surge de la necesidad del análisis patológico de la pieza para descartar otras formas de tumores estromales más agresivos, y del hecho de que liberados a su evolución pueden dar complicaciones vinculadas al crecimiento (hemorragia, estenosis, intususcepción). El tratamiento es quirúrgico, y el pronóstico a largo plazo excelente.



RESOLUCIÓN LAPAROSCÓPICA DEL SÍNDROME DE MIRIZZI TIPO II PRESENTACIÓN DE CASO



Sacco, V.; Lima, M.; Nuñez, M. F.; Ruiz, G.; Francia, H., Hospital J. M. Cullén, Argentina

Antecedentes:

El síndrome de Mirizzi es la inflamación crónica de la vesícula biliar ocasionada por un lito impactado. Su frecuencia es del 0.7 al 3 %. El Tipo II refiere a una fístula colecistobiliar. Su resolución quirúrgica es compleja.

Objetivo:

Exponer caso de resolución quirúrgica de Síndrome de Mirizzi tipo II.

Material y métodos:

Se presenta caso de paciente femenina, 54 años, con diagnóstico ecográfico de litiasis coledociana ante cuadro clínico de síndrome coledociano, se realiza Colangio Pancreatografía Retrograda Endoscópica (CPRE) sin éxito terapéutico por lo que se decide conducta quirúrgica.

Resultados:

Se realiza litoextracción + resección segmentaria de la vía biliar + anastomosis ducto-ductal termino-terminal con colocación de stent biliar videolaparoscópica, con resolución del cuadro clínico.

Conclusión:

El síndrome de Mirizzi es una entidad infrecuente, de difícil abordaje, con alto índice de lesiones secundarias intraquirúrgicas. Es factible su abordaje por vía laparoscópica, y de sus complicaciones intraquirúrgicas como lo son la lesión de la vía biliar y vascular, siendo el objetivo terapéutico la retransitación de la vía biliar.



RESOLUCIÓN LAPAROSCÓPICA DEL SÍNDROME DE MIRIZZI TIPO IV

de Badiola, José Manuel¹; Rossini, G²; Aloy, L²; Pretz, G²; Palermo, M²; Bruno, M². ¹hospital Prof Alejandro Posadas, Argentina; ²Hospital Nacional Prof Alejandro Posadas, Argentina

El síndrome de Mirizzi es una complicación rara de la colelitiasis caracterizado por la compresión extrínseca de la vía biliar, causada por un cálculo impactado en el cuello de la vesícula o por una fístula colecisto-biliar. Se puede presentar con dolor, ictericia y ocasionalmente colangitis. Fue descrito inicialmente por Kehr en 1902, Ruge en 1908. En 1948 Pablo Mirizzi describió las características de la entidad que hoy lleva su nombre y se la clasifica en 4 tipos.

Paciente femenina de 39 años de edad con antecedentes de litiasis vesicular y dolores cólicos, consulta por cuadro clínico caracterizado por ictericia, acolia, coluria de 1 mes de evolución. Al examen físico: hemodinámicamente estable, ictericia mucocutánea, afebril, abdomen doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho.

Se realiza laboratorio: Hematocrito: 36,3, Leucocitos: 14600, FAL: 526 BT: 13,2 BD: 12,1 GOT: 83 GPT: 60 Amilasa: 18, Albumina: 3,3 ,Actividad: 79 %.

Ecografía abdominal: Vía biliar intrahepática dilatada. Colédoco 13 mm con lito de 26 mm x 14 mm. Vesícula escleroatrófica.

Colangiografía magnética que informa: Dilatación tortuosa de la Vía biliar intra y extra hepática. Se observa imagen hipointensa que genera defecto de relleno en colédoco proximal y cístico que mide 25 x 31 mm atribuible a litiasis. Colédoco proximal de 28 mm. Vesícula colapsada, litiasis vesicular, cístico de 20 mm.

Se explora quirúrgicamente realizándose Colectomía parcial laparoscópica, extracción de litiasis coledociana y coledocoplastía sobre tubo de Kehr. Se constata mediante colangiografía intraoperatoria vía biliar deshabitada y sin fuga. Paciente cursa en sala general con una buena evolución. Tubo de Kehr permeable, con debito de 400 ml diarios, drenaje abdominal con debito serohemático. Presenta laboratorios con parámetros en descenso. Al 4 to día posoperatorio se otorga alta hospitalaria.



RESOLUCIÓN ENDOSCÓPICA DE COMPLICACIONES PANCREÁTICAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE ITAUGUÁ. PERÍODO ENERO 2017-JUNIO 2019.

Ramírez Romero, Marcelo Sebastián; Adorno Garayo, Carlos Rene; Rodríguez, Ramón; Masi, Alma, Hospital Nacional de Itaugua, Paraguay

El drenaje de colecciones intra-abdominales, en el pasado, era de mero resorte quirúrgico con gran porcentaje de éxito terapéutico, pero así también poseían morbi-mortalidad (10 al 30% y 1 al 5%, respectivamente) considerable asociada. Con el advenimiento de la tecnología y nuevas técnicas de drenaje de colecciones en localizaciones adyacentes a tractos gastrointestinales donde pudiesen ser asequibles por endoscopia se logró mejores resultados con mínima invasión disminuyendo morbimortalidad (7% de complicaciones) y estancias hospitalarias (3).

En vista de la gran utilidad de la vía endoscópica, en patologías que en el pasado eran de resorte quirúrgico, el cirujano debe tener en cuenta siempre esta opción para resolución de complicaciones, ya que alcanza alto porcentaje de éxito terapéutico (91%) (3). En nuestro medio se realizó el tratamiento endoscópico de 48 pacientes por vía endoscópica, con alta tasa resolutive y muy baja morbi mortalidad.

En la mayoría de los casos, la región afecta, es la celda pancreática y el órgano mismo, que en el contexto de una pancreatitis aguda moderada-grave desarrolla complicaciones locales como necrosis pancreáticas y peri-pancreáticas; colecciones liquidas estériles que con el correr del tiempo pueden organizarse (Walled Off Necrosis o WON por siglas en inglés) y/o infectarse (necrosis infectadas/WON infectados); que como tratamiento, en ciertos casos, está indicado el drenaje mínimamente invasivo, lo que se conoce como secuencia de abordaje escalonada mínimamente invasiva (siglas en inglés: Step up Approach). (4)(5)

Entre otras complicaciones, también existen casos de pseudo-quistes post-traumáticos, pseudo-quistes pancreáticos, cistoadenomas, colecciones retro-gástricas post operatorias, de mucho menor frecuencia, pero que también pueden ser tratadas por esta vía con porcentaje bajo de complicaciones.

El enfoque para la consolidación de esta investigación se basa en describir las complicaciones (n:48), como fueron tratadas en el Hospital Nacional de Itauguá ya que es una opción terapéutica muy válida, de abordaje mínimo y alto porcentaje resolutive de las complicaciones que presentan estos pacientes.



RESULTADOS DE 7 AÑOS CON LA VÁLVULA AÓRTICA TRIFECTA EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA EN EL SUR DE CHILE.

Lagos Sepulveda, Ivan Alejandro; San Martin, P; Bahamondes, J; Díaz, A; Peña, M, Universidad de la Frontera; Hospital Regional Temuco Dr. Hernán Henríquez Aravena, Chile

Objetivo:

Informar los resultados obtenidos con la bioprótesis pericárdica Trifecta en pacientes de 60 años o más sometidos a cirugía de reemplazo de válvula aórtica durante los últimos 7 años en el hospital regional Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco, Chile.

Métodos:

La bioprótesis Trifecta se implantó en 137 pacientes entre 2014 y julio 2019 en nuestro centro. La edad media de la población era $71,75 \pm 7,5$ años (60-88 años), 78 (56,97%) eran hombres y 59 (43,03%) eran mujeres. Las indicaciones para la cirugía de reemplazo valvular aórtico incluyeron estenosis en 80 pacientes (58,4%), regurgitación en 20 pacientes (14,6%), patología mixta en 35 pacientes (25,5%) y endocarditis en 2 pacientes (1,5%).

Resultados:

En 67 pacientes se implantó una válvula de 19 mm (48,8%). 21 mm en 43 pacientes (31,4%), 23 mm en 20 pacientes (14,4%) y 25 mm en 9 pacientes (6,4%). La mortalidad postoperatoria fue de 11 pacientes (8,0%), 6 por shock cardiogenico, 2 shock hipovolemico, 2 insuficiencia respiratoria aguda y 1 rotura del recambio valvular. Hubo 1 accidente cerebrovascular temprano con daño neurológico reversible. Hubo 14 (10,2%) fibrilación auricular paroxística, 7 bloqueos AV (5,1%) que requieren marcapasos definitivo, 9 reoperaciones por sangrado (6,5%), 2 lesiones renales reversibles agudas (1,5%) y 3 pacientes presentaron derrame pleural (2,1%). No hubo casos de trombosis valvular temprana, endocarditis o hemólisis clínicamente significativa. No hubo eventos tromboembólicos tardíos ni explantes valvulares tardíos debido al deterioro estructural.

En el momento del alta, los gradientes medios promedio oscilaron entre 9,3 y 41 mm Hg y el área efectiva del orificio varió de 1.58 a 2. 50 cm² para válvulas de 19 a 25 mm, respectivamente . La supervivencia general fue de 91,24%.

Conclusión:

La válvula pericárdica Trifecta proporciona un excelente rendimiento hemodinámico al tiempo que facilita la implantación con gradientes postoperatorios tempranos bajos después de la implantación, al no observar una insuficiencia transvalvular significativa, proporcionando así una buena esperanza de vida, calidad de vida y tiempo libre de eventos tromboembólicos en pacientes mayores incluso con un pequeño anillo. Se necesitan estudios de seguimiento a largo plazo para confirmar estos resultados.



RUPTURA DE ABSCESO HEPÁTICO

Lima, Melina; SUHR, K; Battu, C; BERNARDI, P; Francia, H, Hospital José María Culén, Argentina

Introducción:

El absceso hepático es una patología infrecuente pero altamente letal. Su incidencia varía entre 0,008% y 0,022% en pacientes hospitalizados. El 64% son polimicrobianos, con prevalencia de la pseudomona sp. La principal causa es la patología biliar. Su mortalidad fluctúa entre 8 y 31%, llegando al 100% si no se tratan.

Caso clínico:

Paciente masculino de 60 años, diabético tipo II, hipertenso, con antecedente de IAM, infecciones urinarias a repetición, y MOE hepática en estudio, inicia cuadro de oligoanuria, dolor abdominal con defensa e hipotensión.

Se realiza Laparotomía exploradora, drenaje de absceso hepático en lóbulo derecho, lavado y drenaje de cavidad. Se aísla germen Klebsiella pneumoniae resistente, coincidiendo con germen aislado previamente en urocultivos. Cumple tratamiento antibiótico dirigido

Conclusión

El absceso hepático tiene síntomas inespecíficos, lo que hace que el diagnóstico en ocasiones sea tardío, aumentando su morbimortalidad. Si bien está indicado como primera línea de tratamiento antibioticoterapia más drenaje percutáneo, en casos avanzados o en falla terapéutica, la cirugía abierta sigue siendo de elección.



SIMULACIÓN DE UNA NEOPLASIA DE COLON: METASTASIS INTRAABDOMINAL DE UN MELANOMA DE PIEL

Trostchansky, I; Pontillo, M; Vanerio, P; Demolin, R; González, M; Valiñas, R, Clínica Quirúrgica F - Hospital de Clínicas, Uruguay

Antecedentes

El melanoma es conocido por su habilidad para generar metástasis a distancia, empeorando sustancialmente el pronóstico. La metástasis intraabdominal es poco frecuente (1-4%), ocasionando demoras en su diagnóstico.

Objetivo

Presentamos el caso clínico de un paciente con una metástasis de un melanoma que se presentó como una tumoración pericólica.

Caso clínico

SM 56 años. Consulta por dolor abdominal en hipocondrio derecho (HD), permanente, y sin relación con las ingestas, asociado a fiebre. Sin alteraciones del tránsito digestivo ni elementos de repercusión general. Al examen físico presenta dolor a la palpación de HD, sin defensa. Además, una adenopatía inguinal derecha indolora. Se solicita una tomografía computada de abdomen y pelvis, que evidencia múltiples implantes peritoneales y una imagen focal heterogénea, con centro hipodenso, delimitada, que asocia un engrosamiento sectorial de la pared del ángulo derecho de colon, con adenomegalias intercavaoorticas e iliacas. Con planteo de cáncer de colon abscedado ingresa a piso para tratamiento y valoración. En sala se halla un nevo hiperpigmentado con características de malignidad. Se realiza biopsia excisional con diagnóstico de melanoma.

Ante este hallazgo surge la duda etiológica de la masa abdominal, y solicitamos resonancia magnética que confirma una lesión adyacente al ángulo derecho del colon, como una imagen con zonas hiperintensas en su interior, con restricción de la difusión, que se interpreta como una metástasis intraabdominal de un melanoma. Realizamos laparoscopia exploradora para tomar muestras biopsicas de la lesión confirmándose la sospecha clínica.

Discutido en comité de tumores, se decide comenzar con terapia oncológica sistémica.

Conclusiones

El melanoma metastásico intraabdominal debe sospecharse en aquellos pacientes con antecedentes de melanoma cutáneo que asocien síntomas gastrointestinales. La intervención quirúrgica suele quedar reservada para pacientes sintomáticos y/o que asocien complicaciones.



SPLENECTOMÍA SUBTOTAL LAPAROSCÓPICA

Patroianu, ANDY, Hospital das Clínicas Da Universidade Federal de Minas Gerais, Brazil

Antecedentes:

Desde 1979, hemos realizado con éxito la splenectomía subtotal con preservación del polo superior del bazo vascularizado sólo por los vasos splenogástricos para el tratamiento de 134 pacientes con hipertensión portal, 93 pacientes con traumatismo esplénico severo, 19 pacientes con metaplasia mieloide, nueve pacientes con enfermedad de Gaucher, cinco pacientes con crecimiento retardado y desarrollo sexual asociado con esplenomegalia, cinco pacientes con leucemia linfocítica, tres pacientes con dolor esplénico severo debido a trombosis intraparenquimatosa, un paciente con hemangioma splénico, un paciente con absceso esplénico y un paciente con un cistadenoma de la cola pancreática. La splenectomía subtotal con preservación sólo del polo inferior del bazo vascularizado por los vasos gastroepiplóicos izquierdos y polares splénicos inferiores fue realizada con buen resultado en un paciente portador de enfermedad de Hodgkin restringida en el bazo al polo splénico superior

Objetivo:

Mostrar la técnica operatória de la splenectomía subtotal por laparoscopia en humanos.

Material y método:

Este procedimiento fue realizado con éxito en tres pacientes con dolor refractario a tratamientos clínicos. Después del clip y sección de los vasos splénicos distales y del pedículo vascular, el bazo fue seccionado con el auxilio de electrocauterio conectado al gancho laparoscópico embebido de pomada de lidocaína para hemostasia. Se preservó sólo el polo superior splénico suplido por los vasos splenogástricos.

Resultados:

Este procedimiento fue conducido con seguridad y casi sin sangrado. No hubo dificultad operatoria ni complicaciones durante el acto quirúrgico, que presentó sangrado mínimo. Después de dieciocho años, de seguimiento aún no se han registrado adversidades ni recurrencia del dolor. Los exámenes imaginológicos (ultrasonido, tomografía y centellografía), hematológicos e inmunológicos confirmaron la presencia y la buena función del remanente esplénico. A diferencia de las splenectomías totales, después de las splectomías subtotales, los hombres mantienen su libido y fertilidad.

Conclusiones:

La splenectomía subtotal puede ser realizada por vía laparoscópica y debe ser considerada como una buena opción terapéutica en los casos en que pueda preservarse tejido splénico.





SUPERVIVENCIA EN RECURRENCIA PRECOZ Y TARDÍA EN CÁNCER PULMONAR NO MICROCÍTICO TRAS INTERVENCIÓN.



Muñoz-González, Nadia¹; Lora Ibarra, Andrea¹; Avilés Parra, Juan Diego¹; Recuero Díaz, Jose Luís¹; Embun Flor, Raul¹; Royo-Crespo, Íñigo². ¹Hospital Universitario Miguel Servet, Spain; ²Hospital Universitario Miguel Servet/Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Spain

Antecedentes:

Entre un 30-75% de carcinomas pulmonares de células no pequeñas (CPCNP) intervenidos recidivará localmente o a distancia en los primeros 5 años (a), apareciendo con mayor frecuencia dentro de los 2 primeros (recidiva precoz) y hasta un 5-15% pasados los 5a (recidiva tardía) de la resección pulmonar mayor (RPM).

Objetivo:

Analizar la supervivencia tras recidiva (SPR) de CPCNP en estadios iniciales según ésta fuera precoz o tardía.

Material y métodos:

Cohortes prospectivo de pacientes(p) en estadios iniciales (I y IIA) intervenidos de RPM por CPCNP entre 01/01/2009-31/12/2016. Se excluyeron pacientes con tumores múltiples(sincrónicos/metacrónicos), carcinoides y cirugías exploradoras.

Se analizaron las características clinicopatológicas así como la supervivencia global(SG) y la SPR. Quedaron definidos dos grupos según la recidiva: precoz, <2 años (grupo 1) y tardía >2 años (grupo 2).

Consideramos variables preoperatorias, quirúrgicas y patológicas. Aquellas con $p < 0,2$ en el análisis univariante se incluyeron en el multivariante. El análisis estadístico se realizó mediante curvas de Kaplan-Meier y regresiones-Cox.

Resultados:

De un total de 559p con una mediana de edad de 67+9(57-75), 134p(23,9%) recidivaron. De ellos, 87p(64,9%) recidivaron a los 2a y 47p(35,1%) pasados los 2 a, de los cuales, 8p(6%) lo hicieron pasados los 5a.

La SG a 3 y 5a en el grupo 1, fue del 26,4%(IC95% 25,1-27,7) y 6,9%(IC95% 6-7,7) respectivamente.(Mediana:19,8m), mientras que en el grupo2 fue 85%(IC95% 83,6-86,1) y 35,4%(IC95% 33,6-37,2) respectivamente.(Mediana: 56,5m)($p=0,001$). En relación a la SPR, en el grupo1 fue del 18%(IC95% 16,5-18,8) y 3,7%(IC95% 3-4,4) a 3 y 5a.(Mediana:10,9m), mientras que en el grupo2 fue 18%(IC95% 16,6-19,78) y 0% a respectivamente (Mediana: 15,4m)($p= 0,98$).

Adoptando como referencia el grupo1, aquellos que recidivaron tras los 2a presentaron un mejor pronóstico (HR:3,277; IC95% 2,125-5,053)($p=0,001$). En cuanto al análisis



multivariante de la SPR no se hallaron diferencias entre ambos grupos (HR:1,005;IC95% 0,662-1,528)(p=0,980).

Conclusiones:

Según nuestra experiencia, no existen diferencias entre ambos grupos en cuanto a la SPR. Sin embargo, en relación a la SG, los individuos que recidivan precozmente presentan un peor pronóstico que aquellos que lo hicieron de forma tardía.



TIMOMA INTRAPERICARDICO: REPORTE DE CASO

CAETANO DE FARIAS, IGOR EDUARDO, SANTA CASA DE SÃO PAULO, Brazil, Farias,I.; Sakae, R.; Parodi,A.; Dorgan, V.; Botter,M.; Saad, Unidad de Cirugía Torácica de la Santa Casa de la Misericordia de Sao Paulo, Sao Paulo, Brasil.

Antecedentes y objetivos:

El objetivo de este estudio fue informar y discutir la experiencia clínica de una enfermedad infrecuente que se presentó en una ubicación inusual dentro de la cavidad mediastínica, lo que condujo a un abordaje quirúrgico específico para el caso.

Paciente femenina de 56 años con antecedentes de miastenia gravis en tratamiento clínico con fármacos inmunosupresores sin control adecuado de la enfermedad. Durante la investigación diagnóstica se identificó la presencia de timo agrandado en el mediastino anterior. Debido al control clínico inadecuado y al hallazgo tomográfico, se indicó timentomía. El procedimiento se realizó a través del acceso de esternotomía con la eliminación de todo el tejido tímico y la grasa pericárdica adyacente. La patología reveló la presencia de tejido grasa predominantemente con escasos fragmentos de estructuras tímicas. El paciente evolucionó sin complicaciones después de la operación, presentando una mejora parcial de los síntomas neurológicos con la reducción de los fármacos inmunosupresores. Aproximadamente 2 años después de la cirugía, el paciente presentó un empeoramiento de los síntomas de debilidad muscular debido a la recurrencia de miastenia gravis. Nuevamente, el paciente se sometió a una tomografía de tórax que mostró persistencia de masas mediastinales sobre la aorta ascendente. El paciente se sometió a un nuevo abordaje quirúrgico con acceso transesternal en el que se identificó una masa en la región pericárdica cerca de la raíz aórtica, y se resecó este tumor. La evaluación histopatológica reveló la presencia de timoma tipo B2, con invasión pericárdica y pleural. La evolución en el postoperatorio transcurrió sin incidentes y el paciente.

Conclusión:

la existencia de masas tímicas y su correlación con miastenia gravis está bien establecida en la literatura. Sin embargo, la ubicación atípica del tejido tímico intrapericárdico revela la necesidad de una exploración cuidadosa del mediastino anterior con una resección amplia de las estructuras perivasculares encontradas en esta región.



TRANSFORMACIÓN MALIGNA DE UNA FÍSTULA PERIANAL CRÓNICA

Pontillo, M¹; Trostchansky, I¹; Demolin, R¹; Ferreira, A²; Zeoli, M¹; Valiñas, R¹. ¹Clínica Quirúrgica F - Hospital de Clínicas, Uruguay; ²Departamento Clínico de imagenología - Hospital de Clínicas, Uruguay

Antecedentes

El carcinoma anal es una neoplasia poco frecuente. Dentro de ellas, la variedad adenocarcinoma es aún más rara, representando menos del 10% de los tumores del canal anal. Las fistulas perianales de larga evolución pueden ser asiento para el desarrollo de un cáncer de ano. Habitualmente son de difícil diagnóstico y con mal pronóstico,

Objetivo

Presentamos el caso clínico de un paciente con una fistula perianal crónica, con transformación maligna

Caso clínico

SM 78 años, cardiopatía isquémica, FEVI 25%

Fistula perianal de 25 años de evolución, que requirió varios drenajes, permaneciendo asintomático durante 15 años, hasta un mes previo a la consulta. El paciente refiere dolor anal, de características orgánicas, que se acompaña de adelgazamiento, y secreción perianal. Tacto rectal evidencia un trayecto fistuloso indurado y pétreo. Con la sospecha de un proceso neoplásico se solicita resonancia magnética (RNM) de pelvis, que inicialmente informa la presencia de un absceso perianal; por lo que se decide realizar exploración anal. En block quirúrgico evidenciamos la salida de mucina a través del orificio fistuloso externo. Ante la persistencia de sospecha de malignidad se realiza biopsia, que certifica el diagnóstico de adenocarcinoma mucinoso.

Ante los hallazgos, se solicita revaloración de RNM, la cual confirma la presencia de mucina, no absceso, como una imagen hiperintensa en T2 y T1, sin restricción con difusión.

Se discute en comité de tumores y debido al terreno del paciente se decide realizar tratamiento paliativo con radioterapia.

Conclusión

La sospecha clínica es fundamental en los procesos neoplásicos. La presencia de una fistula perianal crónica, con cambios en su comportamiento habitual, debe hacer sospechar la presencia de una enfermedad maligna. La utilización de RNM como herramienta diagnóstica y estadificadora es de gran relevancia en los procesos perianales.



TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN PANCREATITIS CRÓNICA, PROCEDIMIENTO PUESTO

Ramírez, Luciano¹; Ramírez, Luciano², ¹Hospital Policial, Uruguay; ²servicio medico integral si, Uruguay

Antecedente:

Los procedimiento de drenaje son el Puesto y sus modificaciones (Carrington y Róchele) .

Puestow y Gillesby en 1958 describieron el drenaje ductal mediante anastomosis longitudinal.

Operación diseñada para el tratamiento quirúrgico de la pancreatitis crónica obstructiva , en la que se produce una dilatación del conducto de Wirsung y sus ramas en el cuerpo y cola el páncreas , por obstrucción de su drenaje en la cabeza del páncreas , lo cual es el mecanismo patogénico de la más frecuente manifestación de pancreatitis crónica el dolor.

Objetivo:

Describir técnica quirúrgica útil en tratamiento del dolor invalidante en pancreatitis crónica.

Material y métodos

Pte. 74 años sexo Femenino, antecedentes personales: alcohólica, se realiza diagnostico 2009 pancreatitis crónica, enviada a equipo quirúrgico por servicio gastroenterología para tratamiento del dolor.

El procedimiento quirúrgico, se realiza abordaje laparotómico, consiste en abrir el páncreas en canal longitudinalmente a lo largo el conducto pancreático principal, extraer los cálculos que contenga, seccionar la estenosis que pueda haber en la cabeza del páncreas y anastomosar longitudinalmente el yeyuno al páncreas de forma latero- lateral con Y de Roux

Resultados:

Procedimiento realizado de forma satisfactoria, mejoría sintomatología.

Conclusiones:

Hemos descrito técnica quirúrgica Puestow, esta presenta mejoría en dolor a corto y largo plazo, resulta ser un procedimiento factible y seguro.

TRATAMIENTO ACTUAL DEL DIVERTÍCULO DE ZENKER



Pérez Zunino, Agustín; Santiago, P; Lussheimer, D; Valiñas, R, Asociación Española, Uruguay

Antecedentes:

El Divertículo de Zenker (DZ) esta dado por la protrusión de la mucosa hipofaríngea a través de una zona relativamente débil de la pared posterior de la faringe: triangulo de Killian. Mas frecuente en el sexo masculino entre 7ma y 8va décadas de vida. Una presión alta en la hipofarínge durante la deglución, una baja resistencia de la pared posterior de la hipofarínge y una relajación insuficiente del musculo cricofaríngeo son factores fundamentales en su etiopatogenia. La degeneración maligna es infrecuente (0.5 a 1,5%). Los signos y síntomas habituales son: disfagia, regurgitaciones, halitosis, ruidos con la deglución y tumoración en cuello. El diagnóstico es clínico radiológico. Su tratamiento esta indicado ante la persistencia y progresión de sintomatología. El tratamiento es quirúrgico proponiéndose dos abordajes: cirugía abierta (miotomía del cricofaríngeo y diverticulectomía o diverticulopexia) o endoscópico transoral. La cirugía tiene buenos resultados a largo plazo existiendo un riesgo poco mayor al 20% de fugas en la sutura en pacientes ancianos con repercusión nutricional. El abordaje endoscópico transoral trata el trastorno mediante la división del tabique entre el divertículo y luz esofágica, y sección de musculo cricofaríngeo. El abordaje abierto se recomienda en pacientes jóvenes aptos para la cirugía y/o con divertículos pequeños realizando únicamente la sección muscular. El abordaje endoscópico se prefiere en pacientes de edad avanzada con divertículos moderados (3 a 5cm).

Objetivo:

Contribuir al conocimiento del manejo de esta patología.

Materiales y métodos:

Presentación de dos casos clínicos.

Resultados:

Presentamos los casos clínicos de dos pacientes hombres de 67 y 80 años. Ambos con historia de disfagia y regurgitaciones de larga data en los que se realizó diagnóstico radiológico y endoscópico de DZ de pequeño y mediano tamaño. Se realizó cirugía por abordaje abierto cervical con buena evolución postoperatoria sin complicaciones.

Conclusiones:

El tratamiento del DZ es quirúrgico. Se describen dos abordajes. Las vías abierta o endoscópica son seguras y cuentan con buenos resultados a corto plazo.



TRATAMIENTO DE FISTULA ESOFÁGICA USANDO TERAPIA DE CIERRE ASISTIDO POR VACÍO ENDOLUMINAL

Londoño Estrada, Daniel¹; Bastos, D¹; Kashiwagui, L¹; Schimdt, M², ¹Hospital Universitario Cajuru, Brazil; ²Hospital Universitario Evangélico, Brazil

Objetivo:

describir un caso de fístula esofágica postoperatoria tratada con de cierre asistido por vacío (VAC) con buena evolución.

Descripción del caso:

Paciente masculino de 58 años ingresa a nuestro hospital, relatando haber tragado un hueso de pollo. Paciente hemodinamicamente estable. Fue realizado endoscopia digestiva superior (EDA), observándose un hueso a 20 cm del arco dental superior, sin éxito en la extracción. Optado por realizar toracotomía derecha con esofagotomía y extracción del cuerpo extraño (hueso de pollo de 7x5 cm). Posteriormente fue realizado una esofagorrafia , y se dejo drenada la cavidad pleural con un tubo de tórax. En el séptimo día postoperatorio se evidencia fístula esofágica en tomografía de tórax con contraste oral. Se realizo una nueva EDA que mostro un orificio fistuloso (OF) de 6 mm, optándose por realizar terapia VAC endoluminal. El paciente continuo con EDA a cada 6-7 días para realizar cambio de VAC por 4 semanas, en la ultima evidenciándose OF de 2mm y optado por retirar VAC. Paciente continuo haciendo EDA a cada semana para evaluar OF, cerrando totalmente en 3 semanas. Paciente fue autorizado para inciar dieta vía oral y continuo retornando en la consulta externa con buena evolución clínica .fue dado de alta del servicio 1 mes después.

Discusión:

terapia con presión negativa se usa ampliamente en el tratamiento de heridas complejas. El propósito de esta es desplazar los fluidos y disminuir la carga bacteriana dentro de la herida, creando un tejido de granulación y estimulando la cicatrización de la herida. Con este mismo principio la terapia al vacío endoluminal es una técnica donde se coloca una esponja junto con una sonda naso enteral en el orificio fistuloso mediante endoscopia. Esta esponja quedara ahí durante 6-7 días.

Conclusión:

Existen diferentes enfoques para el tratamiento de la fistula esofágica. No existe un tratamiento de primera línea, y los últimos trabajos han demostrado mejores resultados con procedimientos menos agresivos. El tratamiento endoluminal con terapia al vacío es una opción segura y relativamente nueva, con muy buenos resultados, siendo una técnica prometedora para ser el tratamiento endoscópico de primera línea en fistulas esofágicas.

TRATAMIENTO DE QUISTE HIDÁTICO COMUNICADO A LA VÍA BILIAR IZQUIERDA. REPORTE DE UN CASO



González, María Catalina¹; Vanerio, P.²; Pereyra, J.²; Andreoli, G.² ¹Universidad de la República- Hospital de Clínicas, Uruguay; ²Clínica Quirúrgica F. Prof. Dr. R. Valiñas. Hospital de Clínicas. Montevideo – Uruguay, Uruguay

Antecedentes:

La apertura y evacuación del quiste hidático en la vía biliar es la segunda complicación en frecuencia, siendo aquellos ubicados en el segmento 4 del hígado son los que determinan lesiones más graves. El tratamiento quirúrgico radical consiste en la resección total o casi total de la adventicia. La comunicación quistobiliar debe ser tratada, mediante cierre del orificio fistuloso en caso de ser pequeño, intubación o desconexión.

Objetivo:

Analizar el tratamiento del quiste hidático comunicado a la vía biliar.

Materiales y métodos:

Se presenta el caso clínico de una paciente de sexo femenino de 47 años, hipertensa, con antecedente ambiental de infancia en zona rural. Consulta por cuadro compatible con colangitis aguda simple.

Ecografía abdominal: litiasis vesicular. VBIH y colédoco dilatados. Imagen compatible con QHH en segmento 4. Se complementa con TC, que confirma QHH el cual impresiona comunicado con la vía biliar.

Frente a persistencia de síntomas a pesar del tratamiento instaurado, se realiza CPRE con extracción de litiasis y barro biliar de VBP, sin constatar comunicación con quiste hidático.

Buena evolución posterior, se realiza tratamiento con Albendazol por 21 días.

Se realiza quistoadvencicectomía, identificándose comunicación con conducto hepático izquierdo. Se deja drenaje de Kehr y se realiza cierre del defecto del conducto hepático izquierdo. Colecistectomía.

Al sexto día se reinterviene por bilioma, identificándose canalículo en lecho de resección, el cual se cierra.

Buena evolución posterior, persiste gasto bilioso escaso por drenaje abdominal el cual se retira a los 60 días. Drenaje de Kehr cerrado, se retira a los 80 días postoperatorio.

Resultados:

Mediante quistoadvencicectomía radical y cierre sobre drenaje de Kehr se realiza el tratamiento del quiste hidático hepático comunicado con la vía biliar, necesitando reintervención por bilioma sobreinfectado por canalículo del lecho de resección, con buena evolución posterior.



Conclusiones:

Si bien la hidatidosis hepática es una enfermedad de incidencia en descenso, su prevalencia en especial en el interior del país sigue siendo relevante.

El tratamiento radical evita la cavidad residual así como la enfermedad adventicial. La comunicación con la vía biliar debe ser siempre reparada en primera instancia, mediante intubación y/o desconexión.



TRATAMIENTO DEL NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO PRIMARIO Y PREDISPOSICIÓN AL MISMO EN TRIPULACIÓN AÉREA. UN NUEVO PROTOCOLO DE MANEJO.

Pérez Novoa, Juan Andrés¹; Berríos Silva, Raúl, RBS²; Mordojovich R, Gerardo, GMR³; Contreras N, Luis, LCN⁴; Squella B, Gina, GSB⁴; Berríos C, Nicolás, NBC⁵. ¹Hospital Gustavo Fricke, Chile; ²Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile, Chile; ³Hospital de la Fuerza Aérea de Chile, Chile; ⁴Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile, Chile; ⁵Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile

Introducción:

El neumotorax espontaneo en pilotos aereos ha sido considerado una descalificacion medica para cualquier tipo de vuelo. Con los avances recientes en el tratamiento quirúrgico orientado a disminuir la recurrencia luego de un episodio, este paradigma podría cambiar.

Objetivos:

Evaluar un nuevo protocolo de manejo de pacientes con neumotorax o predisposicion al mismo en tripulacion aérea.

Materiales y métodos:

El estudio fue designado como cohorte prospectiva. Se incluyeron pacientes mayores de 18 anos, miembros de tripulación aérea, controlados en el Centro de Medicina Aeroespacial del Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile, desde enero del año 2000 hasta diciembre del año 2018, que presentasen neumotórax espontaneo primario en aire o tierra o bulas o blebs subpleurales en exámenes de imágenes; sin criterios de exclusión, los cuales fueron manejados según nuestro protocolo de manejo.

Resultados:

4 pacientes fueron incluidos, 3 pilotos y 1 tripulante aéreo, 2 de ellos presentaron neumotorax espontaneo primario en tierra y 2 presentaron bulas o blebs subpleurales en exámenes de imágenes. Todos ellos fueron tratados según nuestro protocolo de manejo. Se registro una complicación precoz (fuga aérea desde línea de corchetes), no se registraron complicaciones al largo plazo. Todos los pacientes volvieron a sus actividades de vuelo habituales y se controlan periódicamente, con un seguimiento máximo de 18 anos sin presentar recidivas

Conclusión:

A través de nuestro protocolo de manejo, hemos podido observar que el tratamiento quirúrgico precoz con el seguimiento adecuado representa un método de tratamiento seguro y eficaz para la reincorporación de la tripulación aérea a sus actividades de vuelo habituales.



TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE QUISTE HIDATÍDICO ESPLÉNICO CON PRESERVACIÓN DEL BAZO

Arciénega Yañez, María del Pilar; Maite Campos, MC; Daniel Gonzales, DG, Hospital Maciel, Uruguay

Antecedentes.

La equinococosis hidatídica es una enfermedad zoonótica del alta prevalencia en Uruguay. Afecta fundamentalmente hígado y pulmones, representando la localización esplénica entre 0,5 y 4% de los casos. La esplenectomía total que ha sido el tratamiento de elección se asocia a mayores riesgos de sepsis y trombosis. El tratamiento conservador disminuye dichos riesgos pero presenta una recurrencia que varía entre 0 y 18%. El abordaje miniinvasivo permite su tratamiento en casos seleccionados con las ventajas que ello supone.

Objetivo.

El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico tratado en forma radical con preservación del bazo por abordaje laparoscópico.

Caso clínico.

Paciente de 28 años, sexo femenino a la cual se le diagnosticó un quiste hidático esplénico en un estudio tomográfico solicitado para control de enfermedad de la esfera traumatológica. Se colocaron gases que se embebieron en suero hipertónico clorurado, se puncionó y evacuó el quiste con la utilización de un aspirador y por el mismo se instiló suero hipertónico clorurado para su esterilización. Posteriormente se realizó la quistectomía total y se extrajo el quiste en bolsa de nylon a través del abordaje de flanco izquierdo. Buena evolución, alta a las 48 horas. Actualmente en control clínico, serológico e imagenológico.

Conclusión.

El tratamiento radical del quiste hidático esplénico con preservación del bazo por abordaje laparoscópico es factible en pacientes seleccionados.



TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE UN PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO

Xímenez, Valentina, Hospital Maciel, Uruguay

Introducción:

El pseudoquiste pancreático es una complicación alejada de la pancreatitis aguda. La prevalencia actual es del 10-20% en pacientes con pancreatitis aguda y del 20-40% en pacientes con pancreatitis crónica.

El objetivo es describir nuestra experiencia en el drenaje video laparoscópico del pseudoquiste.

Caso Clínico:

Sexo femenino, 24 años, sin antecedentes a destacar.

-Consulta en marzo 2019 por cuadro clínico compatible con pancreatitis aguda. TC: extensa necrosis a nivel de cuerpo y sector distal de cabeza del páncreas. Líquido sub hepático, sub esplénico, en goteras parietocólicas y en Douglas. Pancreatitis con necrosis mayor al 50%. Ingres a UCI, buena evolución.

-TC de control a los 10 días de tratamiento: persiste área de necrosis de similar extensión que estudio previo. Aumento de la densidad grasa. No se observan colecciones. Buena evolución clínica y paraclínica. Alta a domicilio con control en 2 meses para realizar Colecistectomía.

-Control en policlínica 2 meses después: refiere plenitud precoz, se palpa tumoración a nivel de epigastrio. TC: Pseudoquiste pancreático de paredes finas, bien definida, de 18x150x70mm, localizada por detrás del antro gástrico, por delante y arriba del páncreas. Páncreas comprimido, sin alteraciones en el parénquima ni en el realce. No otras colecciones.

-A los 3 meses del cuadro clínico inicial, en junio de 2019 se realiza Gastroquistostomía + Colecistectomía por vía laparoscópica, sin complicaciones. Buena evolución en sala. Alta a domicilio a las 72 hs.

Conclusiones:

Los pseudoquistes presentes luego de las 12 semanas tienden a no resolverse de manera espontánea y presentan una elevada tasa de complicaciones. El tamaño y los síntomas compresivos apoyan la indicación de tratamiento. El mismo es multimodal siendo la cirugía video asistida uno de los pilares fundamentales, un procedimiento seguro que ofrece las ventajas de lo mínimamente invasivo.



TRATAMIENTO MINIINVASIVO DE DOLICOMEGAESÓFAGO

Garavaglia, m g¹; nuñez, f ñ¹; alvarez padilla, f a p²; chichizola, j m c²; francia, h f². ¹hospital j.m.cullen, argentina; ²hospital j.m. cullen

Introducción:

El megaesófago es una entidad poco frecuente dada por una trastorno motor esofágico primario de etiología desconocida. En estadios iniciales se prefiere la dilatación neumática del esfínter esofágico inferior (EEI) o la miotomía de Heller que han demostrado buenos resultados para aliviar la disfagia. En estadios avanzados " esófago sigmoideo " se ha preconizado la resección esofágica como tratamiento de elección.

Caso clínico:

Paciente femenina de 40 años con antecedentes de asma en estudio y neumonías en la infancia, sin cirugías previas. Consulta por disfagia de mas de 20 años de evolución con incremento de la sintomatología en los últimos 4 años; plenitud postprandial precoz, regurgitación y descenso de 10kg. Como dato de relevancia al examen físico presenta hipoventilación sobre hemitórax derecho.

Laboratorio dentro de parámetros normales incluyendo serologías para Chagas negativa.

Radiografía de tórax con mediastino ensancha y columna esofágica de aire aumentada. Se realiza tránsito esofagogástrico(TGE) evidenciando megaesófagogrado 4 con pasaje lento, aperistalsis, con acodamiento y reservorio en tercio inferior.

Por tomografía computada se visualiza imagen compatible con megaesófago en su proyección torácica. Flexucidad en tercio distal, sin pliegues en su interior. Compresión extrínseca del bronquio fuente derecho con restricción pulmonar. Videoendoscopia alta se ve esófago tortuoso y dilatado con escasa motilidad. Un EEI contraído con cierta resistencia al paso del endoscopio. Manometría esofágica con aperistalsis y EEI con presión de reposo elevada (hipertensivo) y relajación incompleta. (Signos de acalasia)

Conducta: Esofagectomía + ascenso gástrico + yeyunostomía de alimentación con abordaje videolaparoscopico toracoabdominal en simultaneo.

Conclusión:

A la mortalidad operatoria, que puede llegar a cerca del 4% en las mejores manos, hay que sumar las posibles complicaciones postoperatorias, la evolución nutricional y la calidad de vida a largo plazo. Por estos motivos es necesaria la buena elección terapéutica en los estadios avanzados.

Se opto por la vía videolaparoscopica con el soporte de experiencia de nuestro equipo quirúrgico siendo un abordaje miniinvasivo y con reducción de tiempo quirúrgico. Fue de



elección realizar plástica gástrica de sustitución esofágica argumentando la buena vascularización del mismo, simplicidad técnica con una



TRATAMIENTO NO OPERATORIO DE LESIÓN HEPÁTICA PENETRANTE

Cardo, M. J.; Sureda, F.; Battú, C.; Nuñez, M. F.; Moroni, B.; Francia, H., Hospital J. M. Cullen, Argentina

Antecedentes:

La lesión hepática se puede clasificar según la escala de daño orgánico, de la AAST en seis grados. Es susceptible de lesiones contusas como penetrantes; la tomografía computada (TC) es la técnica mas sensible y específica para su diagnóstico. El tratamiento no operatorio (TNO) en trauma cerrado tiene una tasa general de éxito del 83 al 100%, con baja morbilidad, siendo esta conducta aún controvertida en las lesiones penetrantes.

Objetivo:

Exponer caso clínico de paciente con lesión hepática por trauma penetrante múltiple (herida de arma de fuego)al cual se realiza tratamiento no operatorio.

Material y métodos:

Se presenta caso de paciente masculino, 34 años, ingresa por SHOCK ROOM por herida de arma de fuego dorso lumbar múltiple, hemodinámicamente estable, sin irritación peritoneal. Se realiza TC donde se constata lesión hepática grado III, con líquido en espacio de Morrison, sin neumoperitoneo. Se decide tratamiento no operatorio en unidad de cuidados intensivos.

Resultados:

Paciente cursa 48 hs. de observación en unidad de cuidados intensivos, pasa a sala de cuidados generales y completa 8 día de internación y reposo. Se otorga el alta hospitalaria previa tomografía de control.

Conclusión:

El manejo no operatorio de este tipo de lesiones resulta factible y seguro representando una alternativa eficaz tras una cuidadosa selección de pacientes.

La estabilidad hemodinámica, la ausencia de irritación peritoneal y la exclusión de lesiones de víscera hueca concomitantes son los criterios básicos para la aplicación de TNO en los traumas hepáticos penetrantes.

El TNO comporta una menor frecuencia de complicaciones intraabdominales, menor mortalidad, menor estancia hospitalaria y en UCI, menor incidencia de infecciones y menor necesidad de transfusiones que el abordaje quirúrgico convencional.



TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL DOLOR INGUINAL CRÓNICO POST HERNIOPLASTIA

Irigoyen Oyhenart, Virginia¹; Espinosa, Gabriela²; Olivera, Eduardo²; Pinazzo, Samantha³; Rodríguez, Gustavo². ¹Hospital Maciel, Uruguay; ²Clínica Quirúrgica "2" Hospital Maciel, Uruguay; ³UDA Neurocirugía Hospital Maciel, Uruguay

Introducción:

El dolor inguinal crónico, definido como aquel que persiste más allá de 3 meses, es una complicación postoperatoria de la hernioplastia que puede afectar significativamente la calidad de vida de estos pacientes. Dentro de las diferentes etiologías se encuentra la injuria y atrapamiento nervioso. (1)

Se presenta el caso clínico de un hombre de 39 años, trabajador rural, al que se realiza una hernioplastia de Lichtenstein electiva. Al mes comienza con dolor neuropático en región inguinal izquierda, invalidante en su vida diaria, recibiendo terapia analgésica y bloqueo nerviosos inefectivos. Ante el planteo de atrapamiento nervioso se decide la exploración quirúrgica.

Se identificó el atrapamiento de ramas de nervio abdominogenital vinculado con material protésico de procedimiento previo y un neuroma a nivel del genitocrural; se realiza neurectomía por abordaje anterior. Franca mejoría del dolor desde el postoperatorio inmediato, persistiendo asintomático a 8 meses del procedimiento. (2)

Discusión:

El dolor inguinal crónico post hernioplastia se clasifica en neuropático; secundario a injuria y atrapamiento nervioso como nuestro caso y no neuropático vinculado a injuria tisular, inflamación ó tejido cicatrizal. (2)

Si bien el conocimiento sobre el tratamiento del dolor neuropático crónico post hernioplastia está siendo cada vez más estudiado, no existe consenso sobre cual es el más efectivo.

Las terapias analgésicas no han demostrado buenos resultados dada la recurrencia del dolor y los efectos secundarios vinculados a los fármacos. (3)

Los tratamientos mínimamente invasivos, ampliamente aceptados dada su efectividad en la mayoría de los casos, incluyen el bloqueo nervioso ecoguiado y la estimulación eléctrica transcutánea. (3)

El tratamiento quirúrgico, reservado ante el fracaso de las terapias previamente mencionadas como en nuestro paciente, consiste en la exploración de la región inguinal y neurectomía del nervio involucrado o muy frecuentemente triple neurectomía dada la dificultad que puede ofrecer el reconocimiento de éste en una región previamente abordada.



Si bien lo más frecuente es el abordaje anterior, hay reportes de casos resueltos mediante abordaje videoasistido. (3)

Algunas publicaciones recomiendan la neurectomía profiláctica durante la hernioplastia con buenos resultados. (3)



TRAUMA LARÍNGEO

Lima, Melina¹; Sacco, Valentina¹; Marozzi, A¹; Ruiz, G¹; Battu, C¹; Battu, C²; Marozzi, A¹

¹Hospital Jose María Cullén, Argentina; ²Hospital JM Cullén, Argentina

Los traumatismos de la vía aérea son el 10 % de los traumatismos de cabeza y cuello, con una baja incidencia; la mayoría requieren una resolución quirúrgica urgente. Los traumatismos traqueales presentan una tasa de mortalidad del 30 al 80% según el diámetro traqueal que los mismos abarcan. Presentan difícil abordaje y manejo de la vía aérea inicial y la estenosis traqueal a largo plazo.



TROMBOPROFILAXIS EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO INTERNADO

Gasparotti, Ángela; Fausto, Madrid, Hospital Pasteur, Uruguay

Antecedentes:

La trombosis venosa profunda y el tromboembolismo pulmonar son dos manifestaciones de una misma enfermedad, denominada tromboembolismo venoso. Cuadro frecuente y potencialmente grave que puede ocurrir espontáneamente o como complicación de otras enfermedades y procedimientos quirúrgicos.

Objetivo:

Comparar con estudio similar realizado en el año 2012 la indicación de tromboprofilaxis según el score de Caprini.

Valorar el impacto de la sistematización del uso del score de Caprini en pacientes quirúrgicos.

Materiales y métodos:

Estudio transversal de prevalencia. Se realizó el score de Caprini a un n de 110 pacientes, de los cuales 52 pertenecían al año 2012 y 58 al 2019.

Se incluyeron todos los pacientes internados en sala de cirugía en un lapso de 3 días.

Según el score de Caprini, un puntaje obtenido entre 0-2 recomienda deambulación y profilaxis mecánica; entre 3 a 4 tromboprofilaxis farmacológica en caso de no presentar riesgo de sangrado, de lo contrario profilaxis mecánica; mayor a 5 tromboprofilaxis y profilaxis mecánica.

Resultados:

En el 2019 los resultados obtenidos fueron un puntaje entre 0 y 2 en 23 pacientes, entre 3 y 4 en 18 pacientes, y un score mayor a 5 en 17 pacientes.

Se identificó que 35 pacientes en el 2019 presentaban indicación de recibir tromboprofilaxis por score mayor a 3, de los cuales 25 pacientes de ellos estaban recibiendo tromboprofilaxis mediante heparina de bajo peso molecular (HBPM).

Del estudio, 30 pacientes con puntaje mayor a 3 sin contraindicaciones de HBPM, de estos, 5 no están recibiendo tromboprofilaxis, lo cual corresponde a un 16,6%, en comparación con el estudio realizado en el año 2012 que se evidenció que el 56% estaban subtratados.

Conclusiones:

Si nos guiamos por el Score de Caprini como pauta, hemos mejorado el cumplimiento de la tromboprofilaxis en un 40,6% con respecto al estudio del año 2012, sin embargo en algunos casos aún estamos subindicando la tromboprofilaxis. La franca mejoría está en relación en parte a la actual participación de médicos internistas en salas de cirugía.





TUBERCULOSIS CUTÁNEA GOMOSA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMOR PECTORAL



Leiva, Alejandro¹; Centurión, SE¹; Arce, CR¹; Lee, CH¹; Soskin, A². ¹Instituto nacional de cardiología, Paraguay; ²ANAPATH, Paraguay

Introducción:

La tuberculosis (TB) cutánea es la infección crónica de la piel, causada por *Mycobacterium tuberculosis*, muy poco habitual. Puede ser exógena por inoculación de una fuente externa o endógena a partir de otro órgano a través del torrente sanguíneo o de los ganglios linfáticos regionales. La TB cutánea, representa menos del 0,5% de todos los casos TB. En Paraguay a pesar de la alta incidencia de la tubercu-losis, el compromiso cutáneo no es frecuente.

Caso clínico:

Varón, 57 años con tumoración pectoral derecha de 3 meses de crecimiento. Se palpa dolorosa en 7mo espacio intercostal derecho duro elástica, sin cambios de coloración ni temperatura. En TAC de tórax se observa imagen hiperdensa, además infiltrados en lóbulo superior derecho y derrame pleural bilateral. Se biopsia tumor de 4cm de diámetro, dentro de la tumoración se observa tejido de aspecto necrótico y liquido purulento. Frotis: BAAR+++.

Patología: proceso inflamatorio crónico con células de Langerhans. Inició tratamiento HRZE. Actualmente se realiza seguimiento, con evolución favorable sin síntomas pulmonares.

Discusión:

En la TB cutánea se utilizan los mismos regímenes de tratamiento que para la TB pulmonar. El pronóstico de la TB cutánea es en general bueno, y depende del diagnóstico temprano, forma clínica, edad del paciente, estado inmunológico y del compromiso visceral asociado.



TUMOR DE TIROIDES CON INVASIÓN ESOFÁGICA Y TROMBOSIS DE VENA YUGULAR IZQUIERDA

ALMEIDA, I; FARUOLO, M; FINOZZI, R; TARUSELLI, R, CASMU IAMPP

Antecedentes

En los últimos años estamos asistiendo a un incremento de los cánceres tiroideos con componente histológicos agresivos.

Objetivos

Analizar el caso de un paciente Bethesda VI, con compromiso locoregional, a nivel esofágico y vena yugular izquierda.

Material y Métodos

Se analiza el caso de un paciente con tumor tiroideo lóbulo izquierdo, cuya punción citológica muestra Bethesda VI, con alta sospecha de tumor anaplásico.

La imagenología evidencia invasión esofágica, atrapamiento de arteria carótida izquierda primitiva por el tumor, y trombosis sectorial de vena yugular interna izquierda con adenopatías en cuello. Fibrolaringoscopia comprueba parálisis recurrencial izquierda, Esofagoscopia con endoscopio rígido descarta invasión de la mucosa esofágica.

Vista en comité oncoquirúrgica no plantea tratamiento radio o quimioterapia.

Se decide exploración quirúrgica para tiroidectomía total, resección de vena yugular izquierda y vaciamiento ganglionar homolateral.

Del acto quirúrgico se destaca la trombosis de vena yugular (foto) que se reseca, el compromiso muscular del esófago (foto) que se reseca la muscular, y la exposición amplia de la carótida, esófago y tráquea (foto) así como el vaciamiento ganglionar de grupo II, III, y IV realizado.

Resultados

Buena evolución postoperatoria con disfonía y sin hipocalcemia.

Anatomía Patológica confirma se trata de un carcinoma folicular variante de células claras con áreas pobremente diferenciadas. Vena Yugular con un trombo neoplásico oclusivo. Infiltra músculos estriado pretiroideos. 19 ganglios uno de ellos con invasión neoplásica.



Conclusiones

Es de destacar que la cirugía sigue siendo una opción válida en tumores agresivos de la glándula tiroides, con aceptable control locoregional de la enfermedad.



TUMOR DESMOIDE DE MÚSCULO RECTO ANTERIOR DEL ABDOMEN

Marino, Karenina; Castelli, F; Pírez, V; Viera, N; Bornia, J, Hospital Policial, Uruguay

Antecedentes

El tumor desmoide es una neoplasia benigna del tejido conectivo, localmente agresiva, caracterizado por no tener potencial de metástasis o diferenciación, no encapsulada, con tendencia a invadir planos vecinos, muchas veces más agresivamente que otros sarcomas de bajo grado de malignidad.

Representa menos del 3% de todos los tumores de tejidos blandos.

El pico de mayor incidencia es en la tercera década, siendo más frecuente en mujeres.

Dos terceras partes de los tumores asientan en la vaina anterior de los músculos rectos abdominales y la mayoría de pacientes presentan una masa indolora o dolor local.

Objetivo

Dada la agresividad local del tumor, a pesar de su baja frecuencia, es que se presenta un caso con el fin de revisar el cuadro clínico y el tratamiento quirúrgico.

Material y método

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 37 años, que consulta por dolor a nivel de tumoración de pared anterior abdominal de 1 año de evolución.

TAC: En tercio medio de músculo recto anterior derecho, imagen redondeada de 6 cm de diámetro, que no evade el plano muscular ni invade la línea media.

RNM: Se confirma tumor de músculo recto anterior que no evade el plano muscular compatible con tumor desmoide.

Se realiza la escisión local amplia con un margen de tejido normal, de 2 - 3 cm. más allá del tumor palpable y se repara el defecto parietal colocando una malla de polipropileno en posición sublay.

Presenta buena evolución, confirmado la AP tumor desmoide con márgenes libres de lesión.

Resultados

Se realiza la resección amplia del tumor con márgenes libres.



Conclusiones

Los tumores desmoides son una entidad poco frecuente, siendo más comunes a nivel de la pared abdominal. El tratamiento de elección es la escisión local amplia dada su agresividad local.



TUMOR FIBROSO DE PLEURA, REPORTE DE UN CASO.

Lavega, Álvaro; Castro, Teresa; Delgado, Deborah; Arévalo, Carlitos; Castillo, Andrea; Vila, Ana, Hospital Pasteur, Uruguay

Antecedentes

El 90% de los tumores pleurales primarios son mesoteliomas. Aproximadamente un 5% tumores solitarios fibrosos y el restante 5% otros tipos menos frecuentes.

El tumor solitario fibroso de la pleura constituye el tumor no mesotelial más frecuente. Habitualmente se trata de neoplasias bien delimitadas, pediculadas, con base en la pleura parietal. Su frecuencia es baja (menos de 2000 casos reportados en la literatura). La máxima incidencia se da entre los 50 y 70 años, sin diferencia significativa entre ambos sexos.

Objetivo

Reportar el caso de un paciente con tumor fibroso de pleura asistido en nuestro servicio.

Material y método

Paciente de sexo femenino, 51 años. Hipertensa. Consulta por dolor torácico atípico de un año de evolución acompañado de tos irritativa.

RxTx y TC Tx: tumoración a nivel del mediastino antero-superior, a nivel del plano venoso ácidos y de la carina traqueal, redondeada, de límites netos, que se extiende caudalmente 68mm. Contacta con la aorta torácica ascendente, vena cava superior y pericardio. Sin adenomegalias.

RNM Tx: proceso patológico de partes blandas, ovoideo, de 36x50x55mm, heterogéneo, con discreto realce con el contraste. Límites no definidos, se vincula con la aurícula derecha, vasos pulmonares derechos, aorta ascendente y vena cava superior. Sin signos de infiltración.

Resultados

Se realizó videotoroscopia derecha que mostró un tumor pediculado de pleura. Se resecó en su totalidad seccionando el pedículo. AP intraoperatoria: tumor fusocelular con exudado linfocitario sin evidencia de malignidad. Estudio diferido: tumoración sólida de alta celularidad con los caracteres de un tumor solitario de pleura.



Conclusiones

Generalmente son asintomáticos, diagnosticándose como hallazgos imagenológicos. Los motivos de consulta más frecuentes son la tos crónica, el dolor torácico y la disnea.

El diagnóstico definitivo es anatomopatológico. La IHQ constituye una herramienta útil para el diagnóstico y la exclusión de diferenciales. El tratamiento consiste en la resección quirúrgica con márgenes libres. El curso generalmente es benigno, con excelente sobrevida. Un 10-15% de los casos son agresivos, con alto índice de recurrencia y menor sobrevida global y libre de enfermedad, lo que justifica el seguimiento a largo plazo.



TUMOR QUÍSTICO DE PÁNCREAS. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.

Salvatierra, Martín¹; Salvatierra, ME²; Perrone, G²; Moreira, V²; González, D³; González, D³; TORRES, E^{2, 1}; ²HOSPITAL SALTO, Uruguay; ³CLINICA QUIRURGICA 3, Uruguay

Introducción

Frente al diagnóstico de tumor quístico de páncreas, se debe considerar diferentes variables que orienten a su naturaleza, para determinar así la conducta a seguir (1). Existen recomendaciones basadas en factores de riesgo para el manejo de estas lesiones. (2) Caso clínico Sexo femenino, 58 años. colecistectomizada. Dolor en epigástrico acompañado de vómitos. Amilasemia:2100 U/L. Ecografía de abdomen normal. Con diagnóstico de pancreatitis aguda se solicita a las 72 horas tomografía helicoidal, identificándose a nivel cefalopancreático lesión quística de 20 mm. Resonancia de abdomen: tumor quístico de 30 por 20 mm, con dilatación del conducto de Wirsung, probable lesión mucionosa de rama secundaria. Ecoendoscopia: lesión quística tabicada de 25 mm. Dada sus dimensiones no se logra punción. CA 19-9 55 U-ml. Dado los factores de riesgo de neoplasia maligna, se decide realizar la cirugía resectiva mediante duodenopancreatectomía cefálica. Anatomía patológica: cistoadenocarcinoma mucinoso. Buena evolución posoperatoria, en control oncológico actualmente.

Discusión

Las variables clínicas, imagenológicas, así como la punción guiada, son utilizados para decidir la conducta en tumores quísticos de páncreas (2). La pancreatitis, el tamaño de la lesión, el conducto de Wirsung dilatado, deben tomarse en cuenta para decidir la resección de la lesión, cómo sucedió en nuestra paciente. Existen protocolos de actuación frente a estas lesiones, sin embargo, algunos expertos cuestionaron algunas de las guías, y concluyen que se necesitan más trabajos (3).



TUMOR SUPRARENAL DERECHO CON TROMBOSIS DE VENA CAVA INFERIOR RETROHEPÁTICA. RESECCIÓN PARCIAL Y PARCHES DE DACRON.

Fernández, L¹; Perdomo, M¹; Giroff, E²; Ferreira, E²; Martín, J²; Taruselli, R³. ¹Casmu Iampp, Clínica Quirúrgica A Hosp Clínicas Uruguay; ²Casmu Iampp, Uruguay; ³Casmu Iampp Clínica Quirúrgica A Hospital de Clínicas, Uruguay

Antecedentes

El tumor de glándula suprarrenal derecha con trombosis intra-cava es infrecuente siendo menos del 0,02% del total de todos los cánceres. La invasión de VCI representa un estadio III de la enfermedad. La cirugía resectiva sigue siendo el tratamiento más efectivo debido a la pobre respuesta al tratamiento sistémico con quimioterapia y representa un desafío quirúrgico por lo que significa el clampeo vascular retrohepático o cavo suprahepático.

Objetivos

Analizar un caso de Tumor Suprarrenal derecho con Trombosis intra cava destacándose la corta distancia del trombo a la vena supra-hepática derecha, y la solución quirúrgica encontrada para su resolución sin efectos hemodinámicos de importancia.

Material y Métodos

Se muestra la imagen tomográfica, la reconstrucción vascular de la vena cava inferior en la tomografía, y la técnica quirúrgica, destacándose el clampeo por debajo de la desembocadura de la VSHD (vena suprahepática derecha) en la VCI (vena cava inferior), lo que implica escasa o nula alteración hemodinámica. Se destaca la técnica quirúrgica del abordaje de la VCI, la ligadura de todos los ramos retro-hepáticos, logrando exponer totalmente la VCI para el abordaje del trombo intra-luminal. La resección de un sector de vena cava con sustitución de parche de Dacron fue relativamente sencilla gracias a la exposición de la misma en todo su trayecto. La resección del tumor suprarrenal se realizó con márgenes oncológicos adecuados. Se resecó una adenopatía en curvatura menor gástrica.

La evolución postoperatoria fue adecuada estando de alta los 4 días de la cirugía.

Resultados.

La anatomía patológica confirma Tumor primario (carcinoma) de suprarrenal así como el trombo intra-cava también informado como neoplásico, así como la adenopatía de curvatura menor gástrica.



Conclusiones

Es de destacar que para el abordaje de estos tumores es fundamental la imagenología con reconstrucción a fin de definir correctamente la táctica quirúrgica adecuada. En este caso no hubo necesidad de circulación extracorpórea ni clampeo total de la VCI por encima de las VSH.



VÓLVULO DE COLON TRANSVERSO EN EL EMBARAZO



Miranda, Andrés¹; Pérez, A²; Valsangiácomo, P²; Salom, A^{2, 1}Asociación Española / Médica Uruguay, Uruguay; ²Asociación Española, Uruguay

Antecedentes:

La oclusión intestinal durante el embarazo es una complicación rara y grave. Las adherencias intestinales son la principal etiología siendo los vólvulos la segunda causa en frecuencia (25%), siendo el de transversal el tercero en frecuencia (2%). Los factores predisponentes son: dolico megacolon, constipación y obstrucción de colon. Se ve en primigestas y en el tercer trimestre del embarazo o puerperio inmediato. Síntomas habituales son distensión y dolor abdominal cólico, náuseas, vómitos y detención del tránsito intestinal, lo cual dificulta el diagnóstico por ser síntomas frecuentes en las pacientes gestantes.

Objetivo:

Contribuir al conocimiento sobre el manejo clínico de esta infrecuente patología.

Material y método:

Presentación de caso clínico.

Resultados:

Paciente de 34 años, dolico megacolon desde la infancia. Gestante de 32 semanas. Ingresar por dolor abdominal cólico, difuso y detención del tránsito digestivo para materias de 48hs de evolución. Rx de abdomen evidencia marco cólico distendido. Se realizan enemas inefectivos y fibrocolonoscopia que informa compresión extrínseca infranqueable al paso del endoscopio. Ante la persistencia del dolor se decide realizar cesárea de urgencia y laparotomía exploradora. Se realiza laparotomía por mediana abdominal, cesárea sin complicaciones. Se explora el abdomen evidenciándose un dolico megacolon y vólvulo de colon transversal. Ciego deserosado con parches necróticos. Realizamos colectomía derecha extendida e ileo-descendente anastomosis. Buena evolución postoperatoria. Alta al séptimo día. Neonato sin complicaciones.

Discusión:

La morbimortalidad dependerá del tiempo en realizar el diagnóstico. La Rx de abdomen es fundamental, no encontrándose habitualmente el patrón típico de oclusión intestinal a causa del desplazamiento visceral por el útero gravido. El tratamiento del vólvulo de colon transversal es controversial. Se puede intentar un manejo conservador con devolvulación endoscópica, con más del 60% de recurrencias. Dada la gravedad y recidivas mediante manejo conservador, se impone la laparotomía exploradora en estas pacientes. En función de la viabilidad de intestino proximal se podrán hacer resecciones segmentarias o resecciones más extensas. La conducta frente al embarazo se decidirá en conjunto con paciente y ginecólogo evaluando riesgos/beneficios.



Conclusión:

La oclusión intestinal por vólvulo de transverso durante el embarazo es infrecuente y con elevada morbimortalidad. Requiere de un diagnóstico y tratamiento quirúrgico precoz.



VÓLVULO DE VESÍCULA BILIAR REPORTE DE CASO

Dra. González, Micaela; Dr. Guastavino, Andrés; Dra. Perini, Ma. José, Sanatorio Casa de Galicia, Uruguay

Antecedentes:

El vólvulo de vesícula biliar es una entidad rara; incidencia 1/365.500 casos, predominando en mujeres entre 60-80 años. Se produce por el giro de la vesícula biliar sobre su meso a lo largo del eje del conducto y arteria cística, obstrucción al flujo biliar y sanguíneo, con isquemia y necrosis de la pared vesicular.

La torsión puede ser completa a 180º comprometiendo el flujo sanguíneo y biliar, o incompleta a menos de 180º comprometiendo solamente el flujo biliar.

Etiología desconocida, con factores anatómicos predisponentes como meso largo, vesícula biliar flotante visceroptosis, elongamiento del conducto cístico, aterosclerosis y microlitiasis, con un evento gatillo (movimientos bruscos, peristalsis intensa de vísceras vecinas) que desencadena la torsión.

De diagnóstico habitualmente intraoperatorio, reportándose 1% de casos diagnosticados preoperatorio, con cuadro clínico similar al de una colecistitis aguda.

Objetivos:

Presentar caso de hallazgo intraoperatorio de un vólvulo vesicular, en una paciente de 68 años, intervenida con planteo de colecistitis aguda biliar.

Materiales y Métodos:

SF, 68 años, fumadora. Cuadro de 72hs de dolor en hipocondrio derecho post transgresión dietética, permanente, sin irradiaciones. Náuseas, vómitos. Sin elementos de síndrome pigmentario. Al examen, normocoloreada, subfebril, hemodinamicamente estable, sin taquicardia; abdomen distendido, blando, dolor a la palpación de hipocondrio derecho, signo de Murphy presente.

Paraclínica: leucocitosis 13.500, funcional hepático normal, no disfunciones.

Ecografía abdominal con signos de colecistitis aguda, microlitiasis, sin lito impactado, severa dilatación de la vesícula biliar.

Se realiza cirugía de urgencia, se realiza abordaje laparoscópico para colecistectomía según técnica Americana, en la exploración se evidencia tumoración en hipocondrio derecho de aspecto necrótico, con adherencias a dicho nivel, se procede a liberación de las mismas; se identifica vesícula necrótica, con un pedículo cístico laxo y volvulada 180º sobre su eje. Se



realiza devolvulación, clipado y sección de arteria y conducto cístico y colecistectomía laparoscópica.

Resultados:

Postoperatorio sin complicaciones, alta en 48hs.

Conclusiones:

Entidad de difícil diagnóstico que puede simular una colecistitis aguda, favoreciendo su intervención precoz, evitando complicaciones mayores.

El tratamiento de elección es la colecistectomía laparoscópica con baja mortalidad entre 3-5%.



VARIACIÓN DEL COLGAJO MIOCUTÁNEO OBLICUO CON RECTO ABDOMINAL (ORAM) EN LA AMPUTACIÓN ABDOMINOPERINAL (AAP) VIDEOASISTIDA

Haro, Camila¹; Brito, N²; Pouy, A²; Bonilla, F²; Misa, R²; Canessa, C², ¹Clínica Quirúrgica B, Uruguay; ²UDA Hospital Español - Clínica Quirúrgica B, Uruguay

Introducción:

Las complicaciones de la herida perineal y abdominal luego de la AAP se han convertido en un desafío clínico. En pacientes con múltiples factores de riesgo e inmunodeprimidos las complicaciones del periné varían según lo reportado en la literatura de un 25 a 60%. Destacando: riesgo de infección superficial y profunda hasta el año de posoperatorio, con retraso en la cicatrización, prolongando el tiempo de recuperación e internación. En base a esto se ha propuesto el cierre del periné con un colgajo miocutáneo en lugar de un cierre primario, mejorando la cicatrización local, pero aumentando las complicaciones a nivel de la pared abdominal (evisceración, eventración).

La cirugía videoasistida permite extraer la pieza por la herida perineal, replanteado la necesidad de realizar una laparotomía mediana para trasponer el colgajo parietal.

Objetivo:

Analizar una variante del ORAM que permite preservar la vaina rectal y la línea blanca para el cierre primario en la AAP con colectomía posterior en la cirugía videoasistida.

Material y Métodos:

Se realizó la AAP por cirugía videoasistida y se extrajo la pieza por la herida perineal. Para el colgajo se planificó una isla oblicua en piel a modo de pastilla que incluyó piel, celular, musculo recto abdominal derecho sin la fascia posterior, con preservación del pedículo epigástrico inferior. Se realizó una disección hasta la fascia transversalis, incidiéndola para la rotación del colgajo.

Discusión

Intentando disminuir las complicaciones a nivel perineal surge la posibilidad de trasponer un colgajo miocutáneo de recto abdominal. En la mujer, parte del colgajo se utiliza para reparar la pared vaginal.

El cierre del periné con el colgajo miocutáneo de recto abdominal está basado en la anatomía, músculo de corredera larga, más ancho abajo permitiendo su rotación y bien vascularizado por su pedículo principal, la arteria epigástrica.

Nuestro equipo de trabajo plantea un nuevo modelo de colgajo para la AAP videoasistida en base al músculo recto abdominal en el cual se evita la laparotomía mediana. Esto nos propone



aún un nuevo desafío que es la posibilidad de trasponer el colgajo sin incidir el peritoneo, por un abordaje preperitoneal, siendo esto entonces el puntapié inicial para nuevas variaciones.



VARIANTES ANATÓMICAS DE LA VÍA BILIAR. IMPORTANCIA QUIRÚRGICA

Almada, Mario¹; Pouy, Andrés²; Haro, Camila²; Bonilla, Fernando² ¹Hospital de Clínicas, Uruguay; ²Hospital Español. Juan J. Crottogini, Uruguay

Introducción:

La anatomía de los conductos biliares sigue la segmentación del sistema portal en el hígado. Sin embargo, sólo el 50 % presentan la "anatomía clásica". El conocimiento de las variantes anatómicas se realiza con el avance de la cirugía laparoscópica en los procedimientos hepatobiliares. La colangiografía intraoperatoria, es fundamental para detectar variaciones ductales y su relación con las maniobras quirúrgicas a fin de prevenir o detectar precozmente lesiones quirúrgicas. El objetivo de este trabajo fue determinar la frecuencia de las principales variantes anatómicas y discutir su relación con la cirugía.

Material y método:

En el Hospital Español "Juan José Crottogini"; Montevideo, Uruguay, entre Mayo 2017 y Abril 2019 se recogieron en forma prospectiva 118 imágenes de colangiografías intraoperatorias y luego se agruparon de acuerdo a la clasificación de variedades de las vías biliares de Blumgart.

Resultados:

El total analizado fue de 118 colangiografías. Tipo A: o "típica" anatomía ductal. N: 72 (61%) . Tipo B: Triple confluencia de ramos izquierdo, derecho anterior y derecho posterior. N: 12 (10,2%). Tipo C: Desembocadura del conducto hepático derecho anterior en el conducto hepático izquierdo. N: 32 (27,1). Tipo F: Conducto hepático derecho posterior a la altura o dentro del conducto cístico. N: 2 (1,7%).

Discusión:

Las anomalías de implantación de los conductos biliares derechos son las variaciones más frecuentes y uno de los principales factores de riesgo de lesión quirúrgica ductal durante la colecistectomía. La variante F, poco frecuente, es la de mayor riesgo de lesión, por su desembocadura dentro o cercana al conducto cístico. En nuestra serie, esta variante fue hallada en 2 casos, el 1,7 % del total.

Conclusiones:



Las variantes anatómicas de la vía biliar son frecuentes y deben ser reconocidas por el cirujano, con el objetivo de minimizar el riesgo de lesión.



2019

ORALES



¿ES LA OBESIDAD FACTOR DE RIESGO PARA PANCREATITIS POST-CPRE? CASOS Y CONTROLES ANIDADOS EN UN ESTUDIO DE COHORTES.

González Ojeda, Alejandro¹; Fuentes Orozco, C2

¹ Unidad de Investigación Biomédica 02, Unidad Médica de Alta Especial, Centro Médico Nacional de Occidente, Guadalajara, Jalisco, México

² Unidad de Investigación Biomédica 02, Unidad Médica de Alta Especialidad, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, México

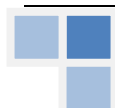
Antecedentes: La incidencia de pancreatitis post-CPRE (PEP) varía de 1 a 9% en pacientes de riesgo promedio y de 11 a 40% en pacientes de alto riesgo. Se han identificado ya factores asociados con el paciente y el procedimiento y se han estudiado ya medidas para reducir el riesgo. Entre las variables estudiadas no se ha estudiado si la obesidad puede jugar como factor de riesgo para PEP.

Objetivo: Determinar si la obesidad constituye un factor de riesgo para el desarrollo de pancreatitis Post-CPRE en pacientes de alto riesgo.

Material y métodos: Casos y controles anidado de un estudio de cohortes. Se utilizan criterios de Cotton para estadificación. Análisis con prueba T de Student y Chi cuadrada.

Resultados: De un total de 166 pacientes, 82 recibieron profilaxis con 100 mg de indometacina rectal y 84 placebo. Del total, 21 desarrollaron PEP (12.7%), 17 en el grupo placebo y 4 en el grupo indometacina. Se presentó un IMC >30 en 14 casos, y 7 pacientes <30 kg/m² cuadrado (p = 0.013, OR 3.2, IC 95% 1.24 - 8.6). En el grupo de indometacina el IMC de pacientes con PEP vs sin PEP fue de 30.5 kg/m² ± 4.8 vs 29.1 kg/m² ± 5.1 P=0.9 y en el grupo placebo IMC de pacientes con PEP vs sin PEP fue de 34.3 kg/m² ± 4.6 vs 29.3 kg/m² ± 4.7 P=0.000

Conclusiones: La obesidad puede ser un factor de riesgo para desarrollar PEP, sin embargo las cohortes fueron de pacientes con alto riesgo para desarrollarla y expuestas a medidas profilácticas o placebo, por esto no se puede generalizar a la obesidad como factor de riesgo, pero sí generar una nueva hipótesis en población estándar. El estado de inflamación crónica de los obesos consecutiva a una disminución de citocinas antiinflamatorias como adiponectina y un aumento de la grasa peripancreática puede hacer a este grupo de personas, más proclives para el desarrollo de esta complicación.



¿LOCAL DE LA ANASTOMOSIS (CERVICAL O TORÁCICA), INFLUYE EN LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE ESÓFAGO?

Saavedra Tomasich, Flavio¹; Abreu, P²; Pretti, V²; Ferreira, R²; Polaquini, G²; Saavedra, D²

¹Hospital de Cáncer Erasto Gairdner, Brazil; ²HOSPITAL ERASTO GAERTNER- (LIGA PARANAENSE DE COMBATE AO CÂNCER) GPO-CUR (GRUPO DE PESQUISA EN ONCOLOGIA-CURITIBA), Brazil

Antecedentes:

La cirugía representa la mejor modalidad de tratamiento para el cáncer de Esófago. La localización de la anastomosis (cervical o torácica) genera controversias.

Objetivo:

Evaluar la influencia del lugar de la anastomosis (cervical o torácica) en las complicaciones y mortalidad de las esofagectomías con vaciamiento ganglionar en dos campos.

Material y método:

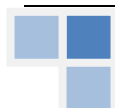
Estudio descriptivo retrospectivo comparativo. Todos los pacientes con cáncer de esófago, tratados con esofagectomías con vaciamiento ganglionar en dos campos, durante el período de mayo de 2007 hasta marzo de 2015. Se incluyeron 92 pacientes, divididos en dos grupos, de acuerdo con la localización de la anastomosis. Los pacientes con tumores localizados superiormente, fueron reconstruidos con anastomosis cervicales. Las tasas de supervivencia libre de enfermedad fueron estimadas por el método de Kaplan-Meier y comparadas con el log-rank. Los datos fueron analizados con los programas SPSS 23.0 y STATA 15, siendo $p < 0,05$ considerado estadísticamente significativo.

Resultados:

La anastomosis fue torácica en 70 (76,1%) pacientes, y cervical en 22 (23,9%). El riesgo anestésico (ASA) de los pacientes sometidos a anastomosis torácica fue significativamente inferior. El tiempo quirúrgico, las complicaciones Clavien-Dindo igual o superior a 3, tasas de fístulas de anastomosis, necesidad de UTI y tiempo de internación fueron equivalentes entre los grupos. De la misma manera los resultados de supervivencia entre los grupos no fueron influenciadas por el lugar de la anastomosis.

Conclusiones:

Anastomosis torácica y cervical tienen resultados quirúrgicos y oncológicos similares. Los resultados mostraron equilibrio, contrariando la literatura.



ACERTO (JEJUM PRÉ-OPERATÓRIO ABREVIADO) FACILITA LA REALIMENTACIÓN POST OPERATORIA Y TIENE UN COSTO MENOR.

Saavedra Tomasich, Flavio¹; Abreu, P²; Polakowski, CB²; Pretti, V²; Ferreira, R²; Saavedra, D²

¹Hospital de Cáncer Erasto Gaertner, Brazil; ²HOSPITAL ERASTO GAERTNER- (LIGA PARANAENSE DE COMBATE AO CÂNCER) GPO-CUR (GRUPO DE PESQUISA EN ONCOLOGIA-CURITIBA), Brazil

Antecedentes:

El protocolo europeo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery), dio origen en 2005 en el Brasil a el proyecto ACERTO (Aceleração da Recuperação Total). En la práctica los protocolos de abreviatura del ayuno preoperatorio son cada vez mas comunes.

Objetivo:

Evaluar la viabilidad e impacto de abreviatura del ayuno en cirugías de colon y recto.

Material y método:

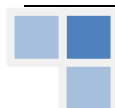
Estudio prospectivo comparativo aleatorizado con pacientes sometidos a cirugías electivas Proctológicas por cáncer (de mayo a septiembre de 2017). Pacientes aleatorizados electrónicamente en dos grupos de acuerdo con el ayuno preoperatorio a ser adoptado: convencional o abreviado. El grupo del ayuno abreviado recibió malto dextrina previa a la cirugía. El grupo control permaneció en ayunas desde la noche previa al procedimiento. Análisis de datos por los sistemas SPSS v23.0 y STATA v15.

Resultados:

Incluidos 33 pacientes, 15 con ayuno abreviado y 18 con convencional. Ningún paciente realizó preparación mecánica del colon. El tiempo para alcanzar realimentación completa fue menor para el ayuno abreviado (10 vs 16 días, $p = 0.001$), así como el tiempo de internación hospitalaria (2 vs 4 días, $p = 0.009$). Los costos hospitalarios fueron menores en el ayuno abreviado (331 vs 682 reales, $p < 0.001$). Análisis estadístico uní y multi variable reveló correlación entre la realimentación completa y el ayuno abreviado.

Conclusiones:

Ayuno preoperatorio abreviado favorece la recuperación metabólica-nutricional, disminuyendo el tiempo para realimentación plena. Este protocolo reduce costos de internación.



ANÁLISIS DE 86 HEPATECTOMÍAS PARA EL TRATAMIENTO DE METÁSTASIS.

Saavedra Tomasich, Flavio¹; Abreu, P²; Targa, GZ²; Saavedra, D²; Bonatto, MJM²; Testa, SI²

¹Hospital de Cáncer Erasto Gaertner, Brazil; ²HOSPITAL ERASTO GAERTNER- (LIGA PARANAENSE DE COMBATE AO CÂNCER) GPO-CUR (GRUPO DE PESQUISA EN ONCOLOGIA-CURITIBA), Brazil

Antecedentes:

El tratamiento quirúrgico de metástasis hepáticas ha aumentado en virtud de la mejor respuesta de los pacientes a los tratamientos sistémicos. Mejoras técnicas de soporte de vida proporcionan la posibilidad de operar más pacientes con mejores resultados.

Objetivo:

Estudiar variables clínicas y quirúrgicas de los pacientes sometidos a hepatectomías para el tratamiento de metástasis.

Material y métodos:

Estudio descriptivo retrospectivo comparativo. Incluidos pacientes sometidos a hepatectomía para tratamiento de metástasis, en el período de octubre-1999 a julio-2015. Los datos fueron analizados con los programas SPSS 23.0 y STATA 15, siendo $p < 0.05$ considerado estadísticamente significativo.

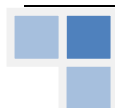
Resultados:

Incluidas en el estudio 86 hepatectomías.

Los márgenes quirúrgicos, fueron libres de neoplasias 77 (89,5%) casos. Complicaciones graves ocurrieron en 10 (11,6%) pacientes.

El tamaño medio de la lesión fue de 3,50 cm (IQR 2,70 - 5,0 cm). En 56 pacientes el origen de la metástasis era colon y recto, siendo tumores sincrónicos 18 (32,1%) ocasiones.

La mayoría de los casos fueron de hepatectomías mayores, 68 (79,1%). Las re-hepatectomías ocurrieron en 18 (20,9%) de los casos. Y la resección anatómica fue la estrategia más comúnmente adoptada, 61 (71%) de las veces.



La supervivencia global en 5 años fue del 27,9%. El análisis multivariado reveló que los factores que influenciaron negativamente los resultados fueron presencia de ictericia, aumento de las transaminasas hepáticas y tumores mayores de 3 cm.

Conclusiones:

Tamaño de la lesión, ictericia e insuficiencia hepática preoperatoria influyen negativamente en la supervivencia de los pacientes.



ANÁLISIS DE RESULTADOS CLÍNICOS DEL PERIODO DE IMPLANTACIÓN DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO ROBÓTICO EN UN HOSPITAL ONCOLÓGICO DE REFERENCIA EN BRASIL.

Saavedra Tomasich, Flavio¹; Abreu, P²; Ferreira, R³; Saavedra, D³; Silva, ELC³; Testa, SI³

¹Hospital de Cáncer Erasto Gaertner, Brazil; ²HOSPITAL ER ASTO GAERTNER- (LIGA PARANAENSE DE COMBATE AO C ÂNCER) GPO-CUR (GRUPO DE PESQUISA EN ONCOLOGIA-CURITIBA), B rasil; ³HOSPITAL E RASTO GA ERTNER- (LIGA PARANAENSE DE COMBATE AO C ÂNCER) GPO-CUR (GRUPO DE PESQUISA EN ONCOLOGIA-CURITIBA), Brazil

Antecedentes:

La frecuencia del uso robótico en oncología quirúrgica general es menos consistente que en otras áreas. Tenemos la experiencia, durante el periodo de implantación, en un centro de referencia en oncología.

Objetivo:

Evaluar seguridad, resultados y eficacia del tratamiento quirúrgico oncológico, durante el periodo de implantación de un proyecto de cirugía Robótica.

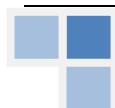
Material y métodos:

Análisis de pacientes operados con auxilio de plataforma Robótica, portadores de neoplasias del sistema digestivo. Cirugías realizadas durante la etapa de implantación del proyecto de Cirugía Robótica, de diciembre de 2016 hasta octubre de 2018. Recogidos datos referentes a situación clínica, epidemiológica y resultados quirúrgicos inmediatos hasta 30 días del evento operatorio. El análisis utilizado fue de porcentajes simples.

Resultados:

Grupo de 53 pacientes, donde el sexo masculino fue mayoría, 32 (60,4%) casos. La mediana de edad fue 63 (50,5-71,0) años. El Estado general de los pacientes fue considerado PS 0 en 47 (88,7%) casos. Índice de masa corporal medio fue 26,9 (24,4- 29,3) kg/m². Evaluación anestésica previa, reveló que 18 (34%) eran ASA1 y 31 (58,5%) eran ASA 2. A penas 4 (7,6%) casos realizaron tratamiento neoadyuvante.

Realizada hemotransfusión en 10 (18,9%) pacientes. El tiempo medio del acto operatorio fue 265 (215 - 328) minutos. Complicaciones post operatorias, Clavien-Dindo 3-4-5 ocurrieron en 10 (18,9%) casos. Reoperaciones en 3 (5,7%) pacientes. No hubo ni ningún óbito, post operatorio, o relacionado al acto quirúrgico. El tiempo en Unidad de Terapia intensiva en el post operatorio fue 2 (1-2) días. El tiempo medio de internación para este grupo fue de 4 (3 -



5,5) días. La extirpación ocurrió en 51 (96,2%) pacientes, los márgenes tumorales fueron consideradas libres en 47 (88%) casos.

Conclusiones:

Son necesarios resultados a largo plazo para contribuir a un análisis más sólido, considerando sobrevida, recurrencia local, calidad de vida y costo. En primera instancia los resultados no demuestran inferioridad de esta nueva técnica en relación a las técnicas usualmente utilizadas (cirugía abierta y laparoscópica)



ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LITIASIS RESIDUAL SINTOMÁTICA EN HOSPITAL UNIVERSITARIO MUNICIPAL ENTRE 2017 Y 2018.

Cáceres, Jennifer; Serrano, LM; Hidalgo, WG; Soliz, A

Hospital de Trauma y Emergencias Dr. Federico Abete, Argentina

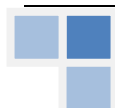
Antecedentes: El 1-2% de los pacientes tratados por enfermedad litiasica puede presentar coledocolitiasis residual. La primera opción terapéutica en estos casos de bés es el a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y pa pilotomía endoscópica, cuyo éxito terapéutico es casi del 100%. En el conurbano aún se realizan colecistectomías abiertas con elevada frecuencia y no está instaurada la realización rutinaria de colangiografía intraoperatoria. No se cuenta con una estadística nacional comparativa de litiasis residual dependiendo de la vía de abordaje.

Objetivo: Determinar la incidencia de la coledocolitiasis residual durante el periodo comprendido entre el 01 de enero de 2017 hasta el 31 de diciembre de 2018 en un hospital universitario de Buenos Aires.

Materiales y métodos: Se tuvieron como referencia los pacientes sometidos a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en el periodo del 01 de enero de 2017 al 31 de diciembre de 2018 y todos aquellos pacientes que fueron llevados a realización de colecistectomía abierta o laparoscópica en el periodo de 2015 a 2018.

Resultados: Durante el periodo de enero de 2017 a 2018 se realizaron 215 CPREs a pacientes quienes consultaron por dolor abdominal en el ámbito ambulatorio o de urgencias, en las cuales 73 (34%) pacientes presentaron litiasis residual. A su vez se tuvo en cuenta el total de pacientes a los que se les realizó colecistectomía durante el periodo de enero de 2015 a diciembre de 2018 (3037 pacientes). Se obtuvo una incidencia de coledocolitiasis residual sintomática de 2,4%, con predominio en el sexo femenino de 53,4% (n=39), con una media de edad de 55 + 18 años y un rango de 18 a 88 años. La coledocolitiasis residual fue más frecuente en pacientes a quienes se les practicó colecistectomía laparotómica en 79,4% (n=58) en comparación a la colecistectomía laparoscópica de 20,6% (n=15). A su vez, aquellos en quienes no se realizó colangiografía intraoperatoria (CIO) tanto en colecistectomía laparotómica 2% (n=31) como en laparoscópica 1,5% (n=15).

Conclusiones: La incidencia de presentación de la coledocolitiasis residual fue del 2,4%. Los pacientes operados de forma abierta o laparoscópica sin CIO tienen mayor riesgo de litiasis coledociana sintomática que los pacientes operados con CIO.



ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DEL HALLAZGO INCIDENTAL ANATOMOPATOLÓGICO DE CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR EN HOSPITAL UNIVERSITARIO MUNICIPAL ENTRE 2017 Y 2018

Cáceres, Jennifer; HIDALGO, WG; SOLIZ, A; FONSECA, A

Hospital de Trauma y Emergencias Dr. Federico Abete, Argentina

Antecedentes: El cáncer de vesícula biliar es el más frecuente de las vías biliares, es de baja incidencia y alta mortalidad. La detección temprana resulta dificultosa, y el cáncer vesicular incidental es comúnmente hallado en el reporte de anatomía patológica cuando se realiza una colecistectomía por una patología benigna. No existe una estadística multicéntrica en Argentina y los datos se basan en reportes individuales de centros de atención.

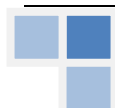
Objetivo: Determinar las variables epidemiológicas del cáncer de vesícula con hallazgo anatómopatológico incidental en nuestro centro y compararlo con la estadística nacional e internacional.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en que se estudiaron los resultados anatómopatológicos de las colecistectomías realizadas en el lapso comprendido entre enero de 2017 y diciembre de 2018 en un Hospital universitario municipal de Buenos Aires. Se excluyeron pacientes con sospecha prequirúrgica o intraoperatoria de cáncer de vesícula, hepatobiliar o tumores en páncreas.

Resultados: Se estudiaron 1737 colecistectomías de las cuales 697 fueron laparoscópicas y 1040 abiertas. 559 fueron realizadas de guardia (32,2%) y 1178 fueron programadas (67,8%). El diagnóstico prequirúrgico predominante fue litiasis vesicular en 1024 casos (59%), seguido de 382 casos de síndrome coledociano, pancreatitis o colangitis (22%) y colecistitis aguda litiásica en 331 pacientes (19%). Se diagnosticaron 61 pacientes con cáncer de vesícula (3,51% de las colecistectomías). El promedio de edad fue de 71,2 años, 34 fueron hombres (60,6%) y 24 mujeres (39,4%) con una relación hombre-mujer 1.5: 1. Se encontraron 55 adenocarcinomas (90,2%), 5 carcinomas escamosos (8,2%) y 1 indiferenciado (1,6%).

Conclusiones:

Aunque la literatura nacional describe el diagnóstico de cáncer vesicular incidental en un 1% a 2%, llama la atención la marcada prevalencia de esta patología en la cohorte analizada de este estudio. También cabe destacar su preponderancia al género masculino, contrario a lo descrito en la mayoría de las series. El adenocarcinoma sigue siendo el tipo histológico más frecuente. Dado que no existe una encuesta nacional que protocolice las estadísticas y reportes de anatomía patológica para esta entidad, aún sigue siendo un reto el estudio epidemiológico objetivo y el diagnóstico precoz de esta patología.



ASOCIACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD Y PREFERENCIA EN LA SELECCIÓN DE ESPECIALIDAD EN ESTUDIANTES DE MEDICINA: UN ESTUDIO DE ENCUESTA.

González Ojeda, Alejandro¹; Barbosa Camacho, F²; Fuentes Orozco, C¹; Sánchez López, V³; Miranda Ackerman, R²; Cortes Flores, A²

¹Unidad de Investigación Biomédica 02, Unidad Médica de Alta Especialidad, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, México; ²Hospital San Javier, Guadalajara Jalisco, México; ³Universidad Autónoma de Guadalajara, Guadalajara Jalisco, México

Antecedentes:

La selección de especialidad médica es una decisión importante en la vida de los médicos, puesto que esto determinará su futuro como profesionista y su práctica médica. Algunos son motivados a elegir una especialidad específica basada en la remuneración que esta puede generar; otros son inspirados viendo el desempeño laboral de los médicos que los rodean durante su formación académica.

Objetivo:

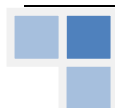
Encontrar una asociación entre las características de personalidad y la selección de especialidad médica, así como la preferencia sobre especialidades clínicas o quirúrgicas.

Material y métodos:

Es un estudio transversal analítico de encuesta en el que se utilizó el cuestionario HEXACO PI-R. Fue aplicado a 292 estudiantes de medicina de septiembre del 2018 a marzo de 2019. Se valoraron seis dominios de la personalidad: honestidad, sentimentalismo, extroversión, amabilidad, conciencia y apertura a experiencias nuevas.

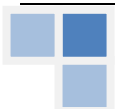
Resultados:

Se analizaron 292 encuestas y se encontró que la media de edad es de 23.19 ± 4.5 años, contestaron 175 mujeres (59.9%). Al preguntarles sobre su preferencia de especialidad 52.4% prefieren especialidades quirúrgicas. Encontramos que el grupo quirúrgico tiende a la extroversión y organización, mientras que el grupo clínico presentó puntajes elevados de honestidad, emocionalidad y cordialidad. Un modelo de regresión mostró que los estudiantes con una preferencia quirúrgica tienen una tendencia de presentar puntajes mayores en extroversión, mientras que aquellos con una preferencia por especialidades clínicas presentaron puntajes mayores en amabilidad, honestidad, y emocionalidad.



Conclusiones:

Se encontraron diferencias los diferentes dominios de personalidad en los estudiantes de medicina. A algunas características clásicas de especialistas se comprobó, como la tendencia de los cirujanos a ser más extrovertidos y organizados, o la tendencia de los internistas a ser más ansiosos e introvertidos.



CANCÉR DE ESTÓMAGO: AVALIACIÓN DE FACTORES PRONÓSTICOS EN 396 GASTRECTOMÍAS CON LINFADENECTOMIA A D2, EN 10 AÑOS.

Abreu, P¹; Saavedra Tomasich, Flavio²; Pretti, V¹; Testa, SI¹; Polaquini, G¹; Goginski, J¹

¹HOSPITAL ERASTO GAERTNER- (LIGA PARANAENSE DE COMBATE AO CÂNCER) GP O-CUR (GRUPO DE PESQUISA EN ONCOLOGIA-CURITIBA), Brazil;

²Hospital de Câncer Erasto Gaertner, Brazil

Antecedentes:

En Brasil el cáncer de estómago es el tercer cáncer más común en hombres y el quinto en mujeres. Es de vital importancia definir factores pronósticos de su tratamiento.

Objetivos:

Análisis de pacientes operados por tumor de estómago, intentando establecer los factores pronósticos para la supervivencia a largo plazo.

Material y método:

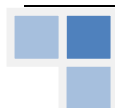
Estudio descriptivo retrospectivo comparativo. Para pacientes con cáncer de estómago sometidos a Gastrectomía (Total o Parcial) con linfadenectomía a D2 durante el período de enero-2005 a julio de 2015. Tasas de supervivencia y supervivencia libre de enfermedad estimadas por el método de Kaplan-Maier. Los datos fueron analizados con los programas SPSS 23.0 y STATA15, siendo $p < 0,05$ considerado estadísticamente significativo.

Resultados:

Analizados 396 pacientes, con mediana de edad de 62,5 años. El tumor era localmente avanzado, por encima de T3, en 242 (63,3%) pacientes. Los ganglios fueron considerados N0 en 188 (47,5%) casos, la media de ganglios linfáticos disecados fue de 14. Gastrectomía total ocurrió en 123 (31%) casos y parcial en 273 (69%). Complicaciones postoperatorias ocurrieron en 58 (14,6%) pacientes, y óbito postoperatorio, ocurrió en 25 (6,3%) pacientes. La supervivencia global en 5 años fue 62%. El tamaño del tumor, número de ganglios comprometidos, tiempo quirúrgico fueron considerados factores pronósticos.

Conclusiones:

El tamaño del tumor primario, el compromiso ganglionar, el tiempo quirúrgico y las complicaciones graves postoperatorias parecen ser los principales factores influyentes de la supervivencia global. La misma fue del 62% en 5 años. Constatamos un peor resultado para las gastrectomías totales.



CÁNCER DE PÁNCREAS: ANÁLISIS DE 98 PANCREATECTOMÍAS.

Saavedra Tomasich, Flavio¹; Abreu, P²; Ferreira, R²; Testa, S¹; Da Cas, E²; Goginski, J²

¹Hospital de Cáncer Erasto Gaertner, Brazil; ²HOSPITAL ER ASTO GAERTNER- (LIGA PARANAENSE DE COMBATE AO CÂNCER) GPO-CUR (GRUPO DE PESQUISA EN ONCOLOGIA-CURITIBA), Brazil

Antecedentes:

En Brasil el cáncer de páncreas representa 2% de todos los diagnósticos de cáncer y 4% de todas las muertes por cáncer. (Instituto Nacional do Câncer, INCA). Enfermedad con alta letalidad y baja sobrevida, siendo la resección quirúrgica el único tratamiento con potencial curativo. Sin embargo, la tasa de pacientes resecados es del 9%, con una sobrevida en 5 años del 23,4%.

Objetivo:

Evaluar pacientes con cáncer de páncreas considerando las características clínicas y datos referentes a la sobrevida tras la realización de duodeno pancreatectomía.

Material y método:

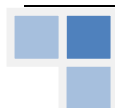
Estudio descriptivo retrospectivo comparativo. Todos los pacientes sometidos a duodeno pancreatectomía (Whipple) por cáncer, durante el período de mayo-2005 a julio de 2015. Los datos fueron analizados con los programas SPSS 23.0 y STATA 15, siendo $p < 0.05$ considerado estadísticamente significativo.

Resultados:

Incluimos 98 pacientes que fueron sometidos a duodeno pancreatectomía. El sexo femenino representaba 52 (53,1%) pacientes. Los niveles de Ca 19-9 estaban elevados en el 29,6% de los casos antes de la cirugía y 5,1% permanecieron elevados después. El tipo histológico fue adenocarcinoma en 81 pacientes. En 13 (21,7%) casos el tumor fue considerado T1, T2 en 14 (23,3%) casos, T3 en 22 (36,7%) casos y T4 en 11 casos (18,3%) casos. La supervivencia media global tras la cirugía en 5 años fue del 12,24%.

Conclusiones:

Los tumores de páncreas se presentan en etapas avanzadas al diagnóstico, impactando en bajas tasas de supervivencia global en 5 años. El diagnóstico precoz sigue siendo un desafío para el éxito en el tratamiento con potencial curativo.



CARACTERÍSTICAS Y RESULTADOS DE LA ATENCIÓN DE PACIENTES ONCOLÓGICOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN UN HOSPITAL DEL OCCIDENTE MEXICANO.

González Ojeda, Alejandro¹; Fuentes Orozco, C¹; Miranda Ackerman, R²; Castillo Valverde, T³; Cortes Flores, A²; Contreras Cordero, V⁴

¹Unidad de Investigación Biomédica 02, Unidad Médica de Alta especialidad, Centro Médico Nacional del Occidente, IMSS Guadalajara, México; ²Hospital San Javier, Guadalajara, Jalisco, México; ³Universidad Autónoma de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México; ⁴Universidad Autónoma de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México

Antecedentes

El cáncer es de las principales causas de muerte, sus resultados son importantes para comprender su influencia en el sistema de salud. Pocas instituciones de salud en México publican datos relacionados con Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), por lo que carecemos de información para evaluar el impacto de los pacientes oncológicos en la UCI.

Objetivo

Analizar características y resultados de pacientes con cáncer en la UCI en un hospital privado a través del análisis estadístico.

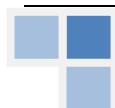
Material y Métodos

Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo realizado en la UCI de un hospital privado en México de enero 2017 a diciembre 2018. Se incluyeron 162 pacientes con cáncer mayores de 15 años. Philips TasiElectrónica Medical Record se utilizó para recopilar información y SPSS versión 24.0 para realizar el análisis estadístico de datos.

Resultados

162 pacientes fueron incluidos (43.8% mujeres). La edad promedio fue 61.27 ± 15.26 años, estancia promedio de 9.6 ± 31.9 días. Tipos de cáncer: pulmón 18.5%, color rectal 16%, pancreático 13.6%. Otros 28.3%. El 41.4% presentó metástasis y 59.9% tuvieron cirugía. Condiciones degenerativas crónicas 47.5%, hipertensión arterial 28.4% seguido de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) 19.8%.

El 14.19% reingresó a UCI. Nutrición parenteral 29.6%, sonda enteral 15.4% y 4.9% con ayuno estricto. Ventilación mecánica invasiva 14.8% y 54.5% de estos pacientes fallecieron. Mortalidad de 14.2%.



En nuestro estudio, la duración promedio de estadía fue cuatro días menos en promedio comparado con los datos encontrados en estudios anteriores. El tumor primario más común fue el cáncer de pulmón, seguido de l color rectal y el de páncreas. Es común que los pacientes con cáncer ingresados en la UCI presenten comorbilidades como hipertensión arterial y DM2. Varios estudios han documentado que en ciertos tipos de cáncer estas comorbilidades representan factores de riesgo y también el cáncer puede causar estas comorbilidades. La necesidad de ventilación mecánica invasiva se ha asociado con tasas de mortalidad más altas en numerosos estudios.

Conclusión

Se requiere más investigación en grupos específicos para aclarar las variables que contribuyen a la complejidad de las asociaciones entre el cáncer y las comorbilidades, sus complicaciones y su impacto en los resultados.



CARACTERIZACIÓN DEL TRAUMA ABDOMINAL CERRADO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. PARAGUAY- PERÍODO 2016-2018.

López, Paula Andrea; Vieth, M.; Martínez, FM.; Muñoz, OP

Hospital Regional de Encarnación, Paraguay

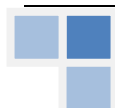
Antecedentes: El trauma abdominal es un grave problema de salud pública que va en aumento. En América Latina, los países de mayor mortalidad por accidentes de tránsito, son Colombia, Brasil y Paraguay, con una incidencia de 2.5 hasta 3.6 por cada cien mil habitantes. En Paraguay se estima que anualmente se reciben 1.500 personas y que aproximadamente 12.000 resultan heridas por accidentes de tránsito.

Objetivo: determinar las características clínicas del trauma abdominal cerrado en el Servicio de Cirugía del Hospital Regional de Encarnación- Paraguay, durante el periodo de 2016 a 2018.

Material y Métodos: 95 pacientes fueron estudiados teniendo en cuenta variables demográficas y clínicas mediante un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, con componente analítico. Las mismas fueron sometidas posteriormente a estadística con la Plataforma R Studio y Epidata 3.1.

Resultados: Se pudo determinar que los varones jóvenes son los principales afectados. La media de edad fue de 19 años, con una DE de $\pm 1,5$ años. El bazo el órgano más lesionado (50%). El trauma de cráneo es la lesión asociada más frecuente, en un 59%. No se registraron pacientes con trauma cervical asociado. La mayoría requirió cirugía para su resolución (80%), siendo la inestabilidad hemodinámica la principal indicación. El 40% tuvo un promedio de 11-15 días de internación y la mortalidad fue del 10%. Existe una relación estadísticamente significativa entre el trauma cerrado de abdomen y el trauma craneoencefálico, con un valor de $p < 0,0000$, un RR de 3,046296, con un IC 95% de 1,824505- 5,086276, como factor determinante de complicaciones.

Conclusiones: el trauma cerrado de abdomen se presenta en la población joven de nuestra sociedad, tomando preferencia por el sexo masculino. El mecanismo de lesión que toma protagonismo es la de saceleración producida por accidentes de motocicleta. En esta serie estudiada, una gran parte de los pacientes no necesitaron de cirugía de urgencias para su resolución. La inestabilidad hemodinámica es el principal determinante de la parotomía de urgencias, siendo el trauma craneoencefálico el factor determinante para el desarrollo de complicaciones.



CIRUGÍA BARIÁTRICA EN PACIENTES CON PATOLOGÍA PARIETAL HERNIARIA COMPLEJA.

Giro, Nicolas¹; Perdomo, Mauro²; Garmendia, Jimena²; Betancur, Martin²; Valsan Giacomo, Pablo²; González, Daniel²

¹Hospital Maciel, Uruguay; ²Hospital Maciel, Clínica Quirúrgica 3, Uruguay

Antecedentes

La incidencia de patología parietal en la obesidad mórbida es frecuente, con elevada tasa de complicaciones, de difícil manejo quirúrgico y elevado índice de recidivas.

La resolución de ambas patologías es complejo, donde la reparación herniaria y la cirugía bariátrica pueden realizarse en forma simultánea o en diferido, dependiendo de múltiples variables.

El abordaje de estos pacientes debe realizarse por un equipo especializado en obesidad mórbida, para evaluar y planificar adecuadamente el abordaje de ambas patologías.

Objetivo

El objetivo es mostrar nuestra experiencia en el manejo de pacientes con patología parietal compleja a los que se les realizó algún procedimiento de cirugía bariátrica.

Material y método

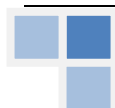
Analizaremos una serie de pacientes asistidos en el programa de obesidad, cirugía bariátrica y metabólica de Hospital Maciel de la Clínica Quirúrgica 3. Los cuales son portadores de obesidad mórbida y patología parietal herniaria compleja. En todos los casos se les realizó la valoración estandarizada para la obesidad mórbida sumado a una tomografía computada abdominal a los efectos de valorar la patología parietal.

Resultados

En el periodo analizado hemos asistido a 5 pacientes portadores de ambas patologías.

En dos casos se realizó de forma combinada la cirugía bariátrica y la reparación parietal. En un caso la reparación parietal se realizó por vía laparoscópica y en el otro por vía convencional.

Mientras que en los 3 restantes se realizó la cirugía bariátrica por vía laparoscópica y en diferido la reparación parietal.



Conclusiones

El abordaje de la patología parietal en conjunto con la cirugía bariátrica debe de realizarse en un centro con experiencia en cirugía bariátrica. La resolución en simultáneo o en diferido de la patología parietal dependerá de las características de la misma, su topografía, reductibilidad así como el tamaño del anillo.



COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: VISIÓN CRÍTICA DE SEGURIDAD VS DISECCIÓN HABITUAL. INFORME PRELIMINAR

Pontillo, M; Tarigo, N; Andreoli, G; Trostchansky, I; Vanerio, P; Valiñas, R

Clínica Quirúrgica F - Hospital de Clínicas, Uruguay

Antecedentes: El abordaje laparoscópico, es el gold standard para la colecistectomía. Existen varias técnicas de disección vesicular, no existiendo consenso sobre el mejor resultado.

Objetivo: Exponer un informe preliminar en el cual comparamos los resultados entre dos técnicas diferentes de disección vesicular laparoscópica, la visión crítica de seguridad y nuestra técnica habitual de colecistectomía.

Materiales y métodos: El propósito inicial de nuestro trabajo es realizar un ensayo clínico, prospectivo y aleatorizado, con un tamaño muestral de 60 colecistectomías laparoscópicas, decidiendo la técnica a utilizar mediante muestreo aleatorio simple.

Se incluyen aquellas colecistectomías de coordinación o de urgencia. Son excluidas aquellas colecistectomías laparoscópicas difíciles, que no permiten reconocer correctamente las estructuras.

Las dos técnicas utilizadas son la disección infundibular (DI), y la técnica visión crítica (VCS), descrita por Strasberg. En ambas se realiza la técnica Americana. La colangiografía se realiza de manera selectiva.

Tenemos en cuenta para los resultados, las condiciones que nos obligan a cambiar una técnica previamente seleccionada a la otra.

Las variables son el tiempo operatorio, la presencia de complicaciones intraoperatorias y postoperatorias (Clavien-Dindo). Se valora también el tiempo de internación, la edad y sexo del paciente.

Resultados: De los 10 pacientes operados hasta la fecha, 4 fueron seleccionados para VCS (40%), y 6 para DI (60%). En el grupo VCS, en 2 oportunidades tuvimos que cambiar la técnica de disección a DI, vinculadas a dificultades técnicas y al gran componente inflamatorio del p edículo c ístico. En el segundo grupo logramos continuar con la misma técnica. En ningún grupo tuvimos complicaciones.

La media (x) del tiempo operatorio de disección para el grupo VCS fue de 42,2 min y para el grupo DI fue de 29 min. La x de la estadía hospitalaria para el grupo VCS fue de 1,5 días y DI de 1,2.



Conclusiones: No se encontraron hasta el momento diferencias significativas en cuanto a las complicaciones. Encontramos una tendencia en cuanto al análisis de las variables tiempo operatorio y días de internación, destacando que el grupo de VCS es mayor.



COMPLICACIONES INFECCIOSAS DE LA PATOLOGÍA DIVERTICULAR. ANÁLISIS DE LA CASUÍSTICA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS DESDE 2013 AL 2018.

López Penza, Patricia¹; Mion, Marcelo²; Fernández, Lucia³; Cazaban, Luis³

¹Hospital de Clínicas La Asistencial, Uruguay; ²Clinica Quirúrgica A. Hospital de Clínicas., Uruguay; ³Clinica Quirúrgica A. Hospital de Clínicas., Uruguay

Introducción:

La colopatía diverticular (CD) es una de las enfermedades gastroenterológicas más comunes. La diverticulitis es la complicación más frecuente de esta patología.

Material y Métodos:

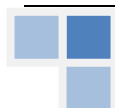
Estudio descriptivo, retrospectivo, multivariable, de complicaciones infecciosas de la CD en el Hospital de Clínicas, de enero 2013 a diciembre 2018. Se analizó la epidemiológica, clínica, imagenológica, el tratamiento realizado, mortalidad y control de esta patología.

Resultados:

33 pacientes, 56% hombres, edad promedio: 59 años. El 30% tenían diagnóstico de CD, el 70% mediante fibrocolonoscopia. El 94% consulto por dolor en fosa iliaca izquierda, 6% debutaron con peritonitis. La ecografía abdominal fue solicitada en el 26% y la tomografía abdominal en el 73%. Un 42% fue intervenido quirúrgicamente, las terapéuticas realizadas fueron en el: 64% cirugía de Hartmann de urgencia, 14% resección de la perforación diverticular y drenaje de la cavidad abdominal, 7% colostomía de derivación y un 14% cirugía de coordinación por múltiples empujes con anastomosis primaria. El restablecimiento del tránsito intestinal de los pacientes que se les realizó Hartmann fue del 10%. El 76% recibió terapia con dos antibióticos, el 58% combinación de Metronidazol + Ampicilina-Acido Clavulánico. El tiempo promedio de antibioticoterapia fue de: 9 días. El 18% se controló posterior a la internación, la mortalidad fue del 3% en el contexto de peritonitis diverticular.

Discusión:

La CD tiene una prevalencia del 50% en los adultos de acuerdo con la edad, un 25% con sintomatología clínica y un 5% de aparición de complicaciones. En nuestra casuística el 30% tiene diagnóstico previo, lo que puede implicar un tratamiento dietético incorrecto que determina el empuje agudo. El tratamiento antibiótico es de elección en diverticulitis no complicada. La cirugía resectiva de urgencia continúa siendo de elección ante procedimientos de resección y drenaje. Destacamos la baja frecuencia de restablecimiento intestinal luego de la resección de urgencia.



Conclusiones:

La profilaxis de la diverticulitis es fundamental en los pacientes que se conoce la presencia de los mismos, para evitar la cirugía de urgencia debido al bajo porcentaje de restablecimiento. La cirugía profiláctica, incluso en casos de diverticulitis grave recuperada, debe considerarse caso por caso.



CORRELACIÓN ENTRE EL RESULTADO CITOLÓGICO (SISTEMA BETHESDA) Y EL ANÁTIMO PATOLÓGICO POST TIROIDECTOMÍA EN PACIENTES DEL HOSPITAL MACIEL

Campos, M; Rodríguez, G ; Perdomo, C ; Armand Ugón, G ; Chambón, C ; González, D , Hospital Maciel, Uruguay

Introducción: el diagnóstico de nódulos tiroideos viene en aumento, como consecuencia de la mayor utilización de los estudios imagenológicos, se encuentran en el 20-40% de las ecografías de cuello. La punción aspiración con aguja fina (PAAF) tiene alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de naturaleza del nódulo tiroideo, permite clasificar al paciente dentro de una de las seis categorías del sistema Bethesda. Las categorías IV, V y VI establecen la indicación quirúrgica porque el riesgo de malignidad es del 15-30%, 60-75% y 97-99% respectivamente. El estudio anatómico-patológico postoperatorio (AP-postop) establece el diagnóstico definitivo de la naturaleza del nódulo.

Objetivo: correlacionar los resultados de la PAAF con la AP-postop. Aumentar el N de la muestra.

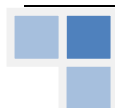
Material y método: estudio observacional, retrospectivo, descriptivo de las tiroidectomías realizadas entre el 01/01/2015 y el 15/08/2019 que contaran con PAAF en el preoperatorio. Las variables analizadas fueron edad, sexo, resultado de PAAF y de AP-postop. De 47 pacientes analizamos 40, se excluyeron 7 por no contar con resultado de PAAF o AP-postop.

Resultados: 35 mujeres, 5 hombres. Media de edad 50,5 años (rango: 22-79 años). PAAF: 1 paciente Bethesda-I, 11 Bethesda-II, 6 Bethesda-III, 10 Bethesda-IV, 3 Bethesda-V, 9 Bethesda-VI.

Correlación entre PAAF y AP-postop: Bethesda-I correspondió a adenoma folicular, Bethesda-II 6 bocios multinodulares (BMN) nódulos hiperplasia-involución, 4 adenomas foliculares (AF), 1 cáncer papilar (CP), Bethesda-III 4 BMN, 1 AF, 1 CP variante folicular, Bethesda-IV 4 BMN (1 acélulas de Hürtle), 2 AF, 1 tiroiditis linfocitaria, 1 carcinoma folicular miniinvasor, 1 carcinoma medular patrón folicular, 1 carcinoma medular, Bethesda-V 3 CP bilaterales, Bethesda-VI 5 CP, 1 CP micronodular, 1 CP variante folicular y 1 CP variante cribiforme morular, 1 tiroiditis Hashimoto.

16 cánceres confirmados por AP-postop: 14 corresponden a las categorías IV a VI (3 categoría IV, 3 categoría V y 8 categoría VI), 1 categoría II y 1 categoría III.

Conclusión: encontramos una elevada concordancia entre los resultados citológicos e histológicos. El diagnóstico histológico de cáncer está por encima de lo esperado para las categorías II y III, pero coincide con lo esperado en las categorías IV, V y VI



EFFECTIVIDAD DE LA CIRUGÍA DE MÍNIMO ACCESO EN LAS AFECCIONES QUIRÚRGICAS DEL EMBARAZO Y EL PUERPERIO

Ramos Socarrás, Aníbal Ernesto¹; Núñez Siré, RA²; Ramos Sosa, RE²; Vargas La O, FA²; Gallardo Arzuaga, RL²; Rosabal Estacio, JE² Hospital Celia Sánchez Manduley, Cuba; ²Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Celia Sánchez Manduley

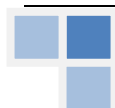
Antecedentes. Las principales indicaciones quirúrgicas abdominales durante el embarazo y el puerperio son las enfermedades anexas, la colecistectomía, la apendicectomía y las obstrucciones intestinales. La última década ha puesto como mejor opción la laparoscopia. Los estudios comparativos no han mostrado diferencias en cuanto a la prevalencia de complicaciones tras la laparotomía y la laparoscopia en términos de abortos y de parto prematuro.

Objetivo. Evaluar la efectividad de la Cirugía de Mínimo Acceso en la resolución de afecciones quirúrgicas del embarazo y el puerperio.

Material y métodos. Se realizó un estudio prospectivo, analítico cuasi-experimental, aplicando la cirugía mínimamente invasiva en 53 pacientes (púrpas 23, gestantes 30), atendidas en el hospital Celia Sánchez Manduley de la ciudad de Manzanillo. Las principales variables estudiadas fueron la edad gestacional, la presencia de complicaciones y la incidencia de parto pretérmino.

Resultados. El parto pretérmino se produjo en el 0,2% de los casos, no hubo abortos, durante el puerperio no se produjeron complicaciones. La cirugía permitió la reanudación del tránsito intestinal de forma precoz, un tiempo de hospitalización de tres días y un dolor menos intenso. El 64% de las pacientes fueron intervenidas de urgencia. Se utilizó la laparoscopia abierta durante el tercer trimestre en el 100% de las gestantes. Los tocolíticos sólo fueron necesarios en 5 casos, debido a la aparición de contracciones uterinas después de la laparoscopia. La apendicectomía en el período de gestación (76,6%) y la colecistectomía (89,1%) durante el puerperio fueron las técnicas más empleadas.

Conclusiones. La cirugía abdominal programada debe diferirse en la medida de lo posible hasta después del parto. El comienzo del segundo trimestre es el período más favorable para efectuar una intervención laparoscópica. El puerperio no implicó riesgo para conversión o complicación. La cirugía de mínimo acceso resultó segura y efectiva en relación al bienestar del binomio madre e hijo.



ELABORACIÓN DE SCORE PROSPECTIVO PARA COLEDOCOLITIASIS. PRESENTACIÓN PRELIMINAR.

Zeoli, Mariana; Cantileno, P.; Andreoli, G.; Pontillo, M.; González, C.; Vallverdú, M.; Tarigo, N.; Valiñas, R. Hospital de Clínicas- Montevideo, Uruguay

Antecedentes:

La enfermedad litiasica de vía biliar es muy prevalente. La colelitiasis asocia coledocolitiasis (CL) aproximadamente 8 a 15% según las diferentes series. Existen factores predictores de CL que nos permiten analizar con cierto grado de certeza la probabilidad de que el paciente asocie con CL. Factores clínicos, humorales e imagenológicos permiten pronosticar a cuales pacientes requerirán el abordaje de la vía biliar principal (VBP). El score de la Sociedad Americana de Gastroenterología (ASGE), es la base de nuestro score. Éste clasifica a los pacientes de alto, intermedio y bajo riesgo de CL. Basándose en el valor del hepatograma, ecográficos, clínica y edad. Clasificando en Factor de riesgo: muy fuertes, fuertes, moderado y bajo riesgo de CL. Se estima que aproximadamente el 75% de los pacientes a los cuales se clasifica como alto riesgo de CL presentan CL al realizar la ERCP. No se realiza la discriminación entre los diferentes porcentajes de CL según los diferentes predictores de riesgo. Esperando encontrar un porcentaje mayor de CL en aquellos pacientes que presentan una imagen ecográfica de CL en la VBP así como una bilirrubina en ascenso en comparación con aquellos pacientes que presentan una BT mayor a 4 y los predictores fuertes de CL. Por otro lado la indicación dentro de las 24-48 hs de la ERCP no permite realizar un correcto control evolutivo ya que sabemos que en el 70% de los pacientes a las 72hs los cálculos migran al duodeno aumentando el porcentaje de migración al cuarto día. Esto determina que en muchas oportunidades se sobre indique una ERCP.

Objetivo:

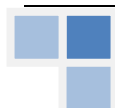
Evaluar el rendimiento de los criterios propuestos por la ASGE para la predicción de coledocolitiasis, y elaborar un Score de Predictor de CL.

Material y métodos:

Estudio prospectivo, observacional de cohorte. Incluye pacientes con Colangitis aguda no séptica, coledocolitiasis, pancreatitis aguda litiasica, en nuestro Hospital, (inicio julio 2019); evaluados al ingreso y a 72hs.

Resultado:

son la CL en ecografía y alteración del hepatograma predictores de CL, aplicar el score a las 72 hs mostro cambio en categoría de riesgo.



Conclusiones:

Aplicar e I S core e n do s oportu nidades de termina cambio enl a probabilidad de CL y oportunamente del tratamiento.



ENUCLEACIÓN DE LEIOMIOMA ESOFÁGICO POR VIDEOTORACOSCOPIA

Toledo, J; Rojas, T; Valdes, C; González, L; Esperguel, C; García, C

Hospital San Borja Arriaran, Universidad de Chile, Chile

Antecedentes:

Los leiomiomas (LM) son tumores poco frecuentes del esófago, pero son el tipo más común de tumores benignos, siendo la mitad de ellos diagnosticados de forma incidental. En cuanto a la resolución quirúrgica, las técnicas de enucleación mínimamente invasivas como la Videotoracoscopia (VTC) han reemplazado gradualmente a la cirugía abierta.

Objetivo:

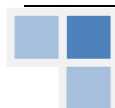
Presentar caso clínico de LM esofágico y exponer la técnica quirúrgica de enucleación por VTC con apoyo de material audiovisual.

Material y método:

Caso clínico de paciente sometido a enucleación por VTC de LM esofágico en Agosto de 2019. Los datos fueron obtenidos de ficha clínica, estudios diagnósticos realizados y registro audiovisual de cirugía.

Resultados:

Caso clínico de paciente masculino de 60 años de edad que consulta en Noviembre de 2017 por cuadro de 1 mes de evolución caracterizado por compromiso del estado general, sudoración nocturna, fiebre y baja de peso. En este contexto se solicita TC TAP que muestra como hallazgo engrosamiento nodular esofágico. Se realiza endoscopia digestiva alta la cual no evidencia hallazgos intraluminales, pero sí compresión extrínseca del esófago medio. Se solicita RM de tórax la cual evidencia engrosamiento de partes blandas del tercio superior de esófago en cara anterior. Endosonografía de tórax evidencia engrosamiento de la pared esofágica de tercio alto/medio concordante con leiomiomatosis de 3 x 3.5 x 1.2 cm, sin compromiso de estructuras vecinas. Biopsia resulta con muestra no diagnóstica. Reingresa en Agosto de 2019 para resolución quirúrgica, siendo sometido a una enucleación tumoral por VTC. Al 7º día se realiza estudio contrastado de esófago-estómago-duodeno el cual no demuestra filtraciones de contraste. Se reinicia régimen oral y paciente es dado de alta al 11º día. En el estudio histopatológico se corroboró el diagnóstico con inmunohistoquímica.



Conclusiones:

La enucleación por VTC de los leiomiomas de los ófagos es técnicamente segura y bien tolerada. Se asocia a menor dolor postoperatorio, una rápida recuperación y disminución de las complicaciones pulmonares características de la cirugía convencional.



ESTENOSIS PAPILAR POST-CPRE: NUESTRA EXPERIENCIA

Minetti, Mauricio¹; Pierini, a²; Pierini, l³; Barret, a³; Cian, S²

¹Hospital Iturraspe, S anatorio S an Gerónimo, A rgentina; ²HOSPITAL I TURRASPE,, Argentina; ³Hospital Iturraspe, Sanatorio San Gerónimo

Antecedentes:

La estenosis biliar es una complicación tardía de la papiloesfinterotomía endoscópica. Representa aproximadamente el 1 a 3.9 % de pacientes sometidos a esfinterotomía por coledocolitiasis

Objetivo:

Exponer nuestra experiencia y resultados, en pacientes a los que se diagnosticó estenosis papilar post-CPRE.

Diseño:

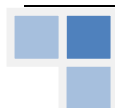
Ensayo retrospectivo, descriptivo y analítico, de pacientes sometidos a CPRE, con diagnóstico ulterior de estenosis papilar post-CPRE

Material y método:

Pacientes sometidos a CPRE en el Hospital J. B. Iturraspe y Sanatorio San Gerónimo, periodo Junio 2015 - Junio 2019, a los que se diagnosticó estenosis papilar post – CPRE. Se incluyó a todos los pacientes que presentaron al menos un procedimiento previo de instrumentación endoscópica de vía biliar por coledocolitiasis, sumado a signos clínicos-analíticos de colestasis e imagen colangiográfica de estenosis distal de conducto biliar común, con dilatación de vía biliar proximal y estenosis papilar como hallazgo endoscópico. Se excluyeron pacientes con patología maligna de vía biliar y páncreas, pancreatitis crónica y procedimientos quirúrgicos previos de vía biliar.

Resultados:

Se diagnosticaron 12 pacientes con estenosis papilar post – CPRE. De ellos, 9 ingresaron por síndrome coledociano (Dolor abdominal + alteración de hepatograma) y 3 con sintomatología de coledocistitis aguda. En todos los casos se realizó ampliación de la papilotomía previa, en 9 casos, se dilató papila con balón dilatador biliar con posterior colocación de stent biliar, y en 3 casos se colocó stent biliar plástico de 10 Fr sin previa dilatación (hasta 3 en un paciente). El intervalo de control fue de 1-3 meses. EL tiempo entre el primer procedimiento endoscopio hasta el diagnóstico de estenosis papilar muy variable,



desde 8 meses a 5 años. Como complicación, se presentó 2 casos de hiperamilasemia sin dolor abdominal.

Conclusiones:

La terapéutica utilizada se basó a la indicada en la literatura actual. Presentamos una escasa casuística, (similar a la literatura internacional) y a su vez, disponemos de un corto periodo de seguimiento prospectivo. Sin embargo, concluimos, que el tratamiento endoscópico, debe ser considerado de primera línea para la estenosis papilar post – CPRE. Dejando el tratamiento quirúrgico, ante el fracaso de este último.



EVALUACIÓN Y RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE RECUPERACION RÁPIDA EN CIRUGÍA, EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE COLON

Pinares Carrillo, Daniel¹; Ortega Checa, David²

¹Servicio de cirugía de colon y recto del Hospital E Rebagliati Martins, Peru; ²Servicio de Cirugía de Colon y Recto, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Perú

Resumen:

Se presenta los resultados a 9 meses de implementar el protocolo de mejora en cirugía, en el servicio de cirugía de colon y recto del Hospital E Rebagliati Martins. Lima Perú

Método:

Estudio comparativo de una cohorte de pacientes desde enero 2017 a noviembre del 2018 operados en el servicio de cirugía de colon y recto de manera electiva, con resección intestinal y anastomosis versus casos operados iniciado el protocolo de mejora en cirugía de primero de diciembre 2018 al 30 de agosto del 2019 que ingresan al protocolo de mejora en cirugía del servicio.

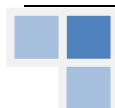
Resultados:

Se comparan 238 casos de cirugías de enero 2017 a noviembre 2018 antes del inicio del protocolo versus 184 casos desde el inicio del protocolo de los meses de diciembre 2018 hasta el 30 de agosto del 2019.

La estancia hospitalaria media, antes del protocolo es de 13.82 días, versus 9.7 días desde el inicio de este (p valúe 0.001) 27% de los casos en protocolo fueron de alta domiciliaria dentro de los 5 días, y 65% en los primeros 9 días (P valúe 0.001), se observa mayor frecuencia de vomito (10%) en los casos del protocolo, fuga anastomótica disminuyo de 18% a 10% desde el inicio del protocolo, infecciones de sitio quirúrgico (ISO) disminuyo de 14.8% a 8%.(p valúe. 0.000), reoperaciones y fallecidos hubo mejora en el grupo del protocolo sin significancia estadística (p valúe 0.59)

Conclusiones:

El protocolo de mejora en cirugía en nuestro servicio ha mostrado reducir la estancia hospitalaria sin asociarse a mas complicaciones



EVALUACIONES OBJETIVAS A LARGO PLAZO (15 AÑOS) DE PACIENTES SOMETIDOS A FUNDOPLICATURA DE NISSEN LAPAROSCÓPICA

Csendes, A ; Orellana, O ; Martínez, G; Figueroa, M; Lanzarini, E, Hospital Clínico Universidad de Chile, Chile

Introducción

La Funduplicatura de Nissen laparoscópica (FNL) es el procedimiento quirúrgico primario más empleado en pacientes con reflujo gastroesofágico (RGE). La mayoría de las publicaciones con seguimiento a largo plazo se refieren a evaluaciones subjetivas y pocas mencionan evaluaciones objetivas.

Objetivo

Determinar los resultados a largo plazo (15 años) de la FNL mediante análisis clínico, endoscópico, histológico y por estudios funcionales.

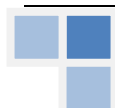
Materiales y métodos

Se incluyeron en este estudio prospectivo 179 pacientes con RGE, con al menos 5 años de síntomas clínicos, dependencia diaria de inhibidores de la bomba de protones y con hernia hiatal < 5 cm. Los criterios de exclusión fueron Esófago de Barrett, hernia hiatal > 5 cm, cirugía antireflujo previa u obesidad con IMC > 30. Se realizaron controles radiológicos, >3 endoscopias con biopsias de la íntima y de la unión gastroesofágica (UGE), manometría esofágica y pH-metría de 24 horas.

Resultados

Cuatro pacientes (2.2%) fallecieron 3-4 años después de la cirugía por razones no quirúrgicas. Se perdieron del seguimiento 25 pacientes y 150 (83.8%) se controlaron a 15 años plazo. Visick I-II (buen resultado) se demostró en 79.3% y Visick III-IV (fallas) en 20.7%. Los controles endoscópicos sucesivos mostraron una UGE normal en Visick I-II y carditis tipo III o hernia hiatal con esofagitis erosiva en Visick III-IV. Esófago de Barrett corto se desarrolló en 5.3%. La presión de reposo del esfínter gastroesofágico aumentó en todos los grupos. La pH-metría de 24-hr disminuyó significativamente en pacientes Visick I-II pero no varió en los Visick III-IV. Carditis a nivel de la UGE regresó a mucosa fúndica en 50% de pacientes Visick I-II. Adenocarcinoma de la UGE se presentó en un paciente 20 años post cirugía.

Conclusiones



La FNL produce control sintomático y objetivo del RGE en 80% a largo plazo medido por controles endoscópicos, histológicos y funcionales. Es esencial realizar estos estudios objetivos para demostrar el efecto



FACTORES PRONÓSTICOS Y SUPERVIVENCIA LIBRE DE ENFERMEDAD EN PACIENTES CON CÁNCER DE RECTO CON RESPUESTA CLÍNICA Y PATOLÓGICA COMPLETA A

Pinares Carrillo, Daniel; Ortega Checa, D; Rios Quintana, K

Servicio de Cirugía de Colon y Recto, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Perú

Introducción:

El inicio de era de la neoadyuvancia en cáncer de recto trajo estrategias de preservación del esfínter y evitar la cirugía con riesgo, complicaciones y costos a sociedades proponiéndose estrategias de observación en cáncer de recto que responde a tratamiento neoadyuvante.

Objetivo

Evaluar factores pronósticos para obtener respuesta clínica y/o patológica completa a tratamiento neoadyuvante en pacientes con cáncer de recto en nuestro medio.

Métodos:

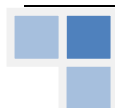
Estudio retrospectivo de casos de respuesta clínica y patológica completa durante el periodo de enero 2015 a julio 2018, comparado con casos de cáncer de recto que no hacen respuesta completa, para determinar factores pronósticos de desarrollar respuesta completa.

Resultados:

Se recopiló datos de 18 casos de respuesta clínica y patológica versus 30 casos de cáncer de recto que no tuvieron respuesta clínica completa, entre enero 2015 y diciembre 2018, se encuentra que el tamaño menor de 5 cm y disminución de c-earp post neoadyuvancia son factores pronósticos para tener respuesta clínica y/o patológica completa con diferencia estadística significativa ($p < 0.00$) la supervivencia libre de enfermedad a 3 años fue de 67% siendo la recaída local en resecciones transanales en 50% y 33% enfermedad sistémica.

Conclusiones:

Tumores menores de 5 cm y disminución de l antígeno c-ercino embrionario son factores predictivos de una respuesta clínica/patológica a neoadyuvancia en cáncer de recto, La recurrencia de la enfermedad en nuestra serie fue entre 16 y 24 meses en un 33% de los casos.



FRECUENCIA DE CONVERSIÓN DE COLECISTECTOMÍA VIDEOLAPAROSCÓPICA

Centurión, Sandra, Instituto Nacional de Cardiología "Prof. Dr. Juan A. Cattoni" - Hospital San Jorge, Paraguay

Antecedentes:

La colecistectomía video laparoscópica es una de las cirugías más frecuentemente realizadas, la conversión a la vía abierta obedece a varias causas relacionadas con el paciente, la cirugía o el cirujano.

Objetivo:

Identificar la frecuencia de conversión de la colecistectomía video laparoscópica y sus causas principales según el tipo de colecistitis

Material y método:

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal, con muestreo no probabilístico de casos consecutivos a través de fichas clínicas

Resultados:

Se realizaron 331 colecistectomías en pacientes de 18 a 94 años, desde enero a diciembre de 2017, por videolaparoscopia con conversión de 15 a la vía abierta (4,5%); 312 mujeres, 10 conversiones; en el caso de los hombres se convirtieron 5 de 94. Se diagnosticaron 70 casos de colecistitis agudas, e l resto fueron crónicas. Las causas fueron dificultades con la hemostasia (4), todas correspondieron a colecistitis agudas; adherencias firmes (4), en todos los casos fueron crónicas; imposibilidad de identificar los elementos del trípole (3), falla mecánica (2), lesión quirúrgica advertida (1).

Conclusiones

La frecuencia de conversión a la vía abierta se encontró en una baja frecuencia en nuestro servicio, las causas más frecuentes fueron las dificultades para la hemostasia para las colecistitis agudas y la presencia de adherencias para las crónicas.



GRAN HERNIA DIAFRAGMÁTICA CON HERNIA HIATAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

Toledo, J; Valdes, C; Rojas, T; González, L; Espergure, C; García, C

Hospital San Borja Arriaran, Universidad de Chile, Chile

Antecedentes:

La hernia hiatal es la protrusión de contenido intraabdominal cubierto por un saco peritoneal hacia el tórax a través del hiato esofágico. Dentro de las posibles causas se encuentran el aumento crónico de la presión intraabdominal, debilidad de la membrana frenoesofágica y de los pilares diafragmáticos, lesión diafragmática traumática, entre otros. Las hernias diafragmáticas post traumáticas tienen una frecuencia baja, y las hernias congénitas en el adulto son más raras y por lo general asintomáticas, por su presentación y resolución en la edad pediátrica.

Objetivo:

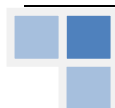
Exponer caso clínico de paciente con diagnóstico de hernia hiatal, en la cual se descubre además la existencia de una hernia diafragmática más grande concomitante.

Material y método:

Paciente femenina de 51 años, con historia de 3 años de reflujo gastroesofágico y dolor abdominal epigástrico, asociado a vómitos alimentarios y posterior intolerancia oral, con pérdida de peso de 20 kilogramos. EDA concluye gastropatía congestiva de fondo y cuerpo. TAC TAP muestra hernia hiatal con inclusión gástrica y engrosamiento mural de la pared gástrica a nivel de anillo herniario. Estudio de esófago estomago duodeno de muestra gran hernia hiatal por deslizamiento con reflujo gastroesofágico leve. Manometría esofágica normal.

Resultados:

Se ingresa a laparotomía realizando hernioplastia con malla + funduplicatura de Nissen por videolaparoscopia. En intraoperatorio se identifica hernia hiatal por deslizamiento pequeña (20 mm) asociada a gran hernia diafragmática izquierda (60 mm) que contiene epiplón y 50% del estómago desplazado al mediastino, con saco de 20 cm de diámetro mayor y abundante contenido graso. Se instala malla de doble contacto fijada al diafragma. Paciente evoluciona de forma satisfactoria, sin dolor y con buena tolerancia oral, con alta al 6to día postoperatorio



Conclusiones:

La etiología de las hernias hiatales debe ser considerada dentro de un espectro de posibilidades diagnósticas. Por lo tanto, es importante tener en consideración la presencia de diferentes causas al momento de la resolución quirúrgica.



GRUPO ESPAÑOL DE CIRUGÍA TORÁCICA VIDEO-ASISTIDA: AUDITORÍA Y RESULTADOS INICIALES DE UNA COHORTE PROSPECTIVA NACIONAL DE RESECCIONES PULMONARES ANATÓMICAS.

Royo-Crespo, I¹; Recuero, JL¹; Sánchez, D²; Bolufer, S³; Moreno, S⁴; Embún, R¹; GEVATS, G⁵

¹Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitario Miguel Servet y Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, IIS Aragón, Zaragoza, Spain; ²Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Clínic de Barcelona, Spain; ³Servicio de Cirugía Torácica, Hospital General Universitario de Alicante, Spain; ⁴Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, Spain; ⁵GEVATS, Spain

Antecedentes

En nuestra especialidad el número de estudios y registros multicéntricos que tratan de analizar y dar a conocer la calidad de sus datos registrados sigue siendo excepcional.

Como consecuencia, la veracidad de sus resultados es difícilmente contrastable.

Objetivos

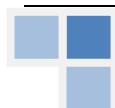
Nuestros objetivos fueron conocer la actual implementación de la VATS aplicada a las resecciones pulmonares anatómicas en España y describir los sistemas de auditoría desarrollados en el proyecto del Grupo Español de Cirugía Torácica Video-asistida (GEVATS).

Material y método

Estudio de cohortes prospectivo de resecciones pulmonares anatómicas realizadas entre el 20/12/2016 y 20/03/2018. Los controles de calidad consistieron en determinar el porcentaje de reclutamiento de cada Centro y la precisión de los datos perioperatorios recopilados, en base a 6 variables clave y una muestra aleatoria de hasta el 20% de pacientes incluidos por cada Departamento. Las posibles implicaciones de una baja tasa de reclutamiento se analizaron mediante el análisis de mortalidad a 90 días y complicaciones grado IIIb-V. Los grupos de hospitales establecidos según sus porcentajes de reclutamiento fueron: > 95% (grupo de referencia, n=2612 pacientes), 80-95% (n=440) y <80% (n=481)

Resultado

La serie la componen 3533 pacientes (1917 VATS, 54.2%) procedentes de 33 servicios. La mediana del porcentaje de reclutamiento por servicios fue del 99% (p25 76%, p75 100%), con un reclutamiento global del 83%, y una precisión de los datos registrados del 98%.



En los análisis multivariantes (ajustados por edad, sexo, tipo de resección, FEV1 y tipo de abordaje) no conseguimos de mostrar una asociación estadísticamente significativa entre el porcentaje de reclutamiento y el riesgo de morbimortalidad. Sin embargo, en los análisis no ajustados, un reclutamiento $< 80\%$ se asoció con una tendencia a un menor riesgo de complicaciones IIIb-V OR=0.081(p=0.081) y mortalidad 90 días OR=0.46 (p=0.051).

Conclusiones

Más de la mitad de las resecciones anatómicas en España se realizan por VATS. La tasa de reclutamiento de todo el registro voluntario debería de mejorar más a tenencia en futuros estudios. La elevada representatividad, así como la excelente calidad demostrada de los datos del GEVATS, constituyen un punto de partida fundamental para el desarrollo de próximos proyectos relacionados con esta cohorte nacional de pacientes.



HALLAZGOS CLÍNICOS, ENDOSCÓPICOS E HISTOLÓGICOS DEL ESÓFAGO DISTAL Y ESTÓMAGO ANTES Y DESPUÉS (10.5 AÑOS) DE GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA

Orellana, Omar; Csendes, Attila; Lanzarini, Enrique; Fluxa, Paula

Hospital clínico universidad de Chile, Chile

Introducción

Después de la gastrectomía vertical en manga (GVM), múltiples estudios han sugerido que existe un incremento en la incidencia de reflujo gastroesofágico (RGE), mientras otros reportan una mejoría; así mismo, estos contradictorios datos son obtenidos mayoritariamente a partir de datos subjetivos y cuestionarios clínicos

Objetivo

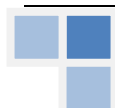
Realizar un estudio prospectivo basado en evaluaciones secuenciales clínicas, endoscópicas e histológicas del esófago distal y estómago después de la GVM en pacientes obesos.

Método

Estudio prospectivo de 104 pacientes sometidos a GVM. Se efectuaron varios controles endoscópicos e histológicos de la unión gastroesofágica (UGE) o cardias y del tubo gástrico (TG), correlacionándolos con los hallazgos sintomáticos.

Resultados

De acuerdo a los hallazgos preoperatorios, los pacientes se dividieron en sin RGE (Grupo I) y con RGE (Grupo II). Siete pacientes se perdieron de control, consiguiendo evaluar a 97 (93%) a largo plazo (10.5 años). Dentro del Grupo I, el 58,5% desarrolló síntomas de RGE



HERIDAS CARDÍACAS POR HERIDA POR ARMA BLANCA. SERIE DE CASOS

Rodríguez C anter, Gabriela; V alsangiacomo, Pablo; B erriel, E dgaro; A rciéne, P ilar; González, Daniel, Hospital Maciel, Uruguay

Introducción:

Las heridas cardíacas por arma blanca, son un hecho poco frecuente, pero de suma gravedad dado la alta morbilidad que asocian, requieren la acción inmediata y el tratamiento adecuado para mejorar los resultados. La lesión cardíaca puede originar una inestabilidad hemodinámica con compromiso vital inmediato para el paciente, por lo que resulta imprescindible un diagnóstico rápido y claro con el objeto de proceder a su resolución.

La epidemiología de la enfermedad se asocia a la violencia urbana.

Metodología:

Se presenta una serie de casos de 10 pacientes que llegaron a la emergencia del Hospital Maciel en un período de 5 años en una guardia semanal durante el 2015 y 2018. Se trata de una serie retrospectiva.

Resultados:

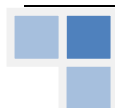
En nuestra serie 9 de los pacientes sobrevivieron, y se fueron de alta hospitalarias entre los 7 y 14 días. Hubo 1 caso fallecido en el intraoperatorio. Todos requirieron ingreso a UCI en el post operatorio inmediato. Un caso presentó lesión del pedículo coronario, con compromiso isquémico en el post operatorio. En todos los casos se utilizó la ecografía en la sala de reanimación, al mismo tiempo que se recibía al paciente y se comenzaban las medidas de reanimación. De los 10 pacientes 8 de ellos se resolvieron mediante una toracotomía anterolateral izquierda, excluimos en caso fallecido y otro que se realizó una esternotomía.

Conclusiones:

El diagnóstico de trauma cardíaco debe requerir una alta sospecha ante la presencia de una herida de arma blanca en la región precordial.

La valoración y diagnóstico de síntomas de taponamiento cardíaco son imprescindibles para un rápido diagnóstico y terapéutica precoz.

La utilización del ecógrafo en la sala de reanimación es de suma utilidad es un estudio rápido, accesible y complementario a la clínica para un rápido diagnóstico.



HERRAMIENTAS DE CRIBADO NUTRICIONAL PARA EVALUACIÓN DEL RIESGO NUTRICIONAL Y PREDICCIÓN DE RESULTADOS CLÍNICOS EN PACIENTES MEXICANOS CON ENFERMEDADES DIGESTIVAS

González Ojeda, Alejandro¹; Fuentes Orozco, C¹; Sánchez López, V²; Castillo Valverde, T²; Pintor Belmontes, K²; Cortes Flores, A³

¹Unidad de Investigación Biomédica 02, Unidad Médica de Alta Especialidad, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS Guadalajara, México; ²Universidad Autónoma de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México; ³Hospital San Javier, Guadalajara, Jalisco, México

Antecedentes:

La desnutrición en hospitales y otros centros de salud es actualmente un problema global, con prevalencia del 10–60% al ingreso hospitalario. La desnutrición primero debe evaluarse e identificarse antes de que pueda abordarse ya que esta se ha asociado con complicaciones clínicas, aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad, mayor duración de la estancia hospitalaria (LOS), mayor frecuencia de hospitalización y disminución de la calidad de vida.

Se han desarrollado numerosas herramientas de cribado nutricional para detectar el estado nutricional del paciente y/o para predecir malos resultados clínicos relacionados con la desnutrición. Se ha diseñado un número limitado de herramientas de detección para evaluar y predecir resultados clínicos como morbi-mortalidad. Aún así, aún no se ha alcanzado un consenso en términos de una herramienta de detección estándar de oro. NRS-2002, SGA y CONUT son herramientas de detección ampliamente utilizadas, pero su eficacia no se ha comparado en pacientes mexicanos.

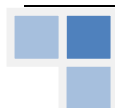
Objetivo:

Comparar la eficacia de herramientas para identificar riesgos nutricionales en las primeras 48h de hospitalización en un grupo de pacientes con enfermedades gastrointestinales.

Métodos:

Estudio transversal de 196 pacientes. Se analizaron los resultados de las herramientas de detección, duración de la estancia hospitalaria, concentraciones de albúmina sérica y colesterol, recuentos de linfocitos, edad, IMC, complicaciones y mortalidad. Se aplicaron estadísticas Kappa(κ) para determinar el grado de concordancia entre las herramientas. La interpretación de las herramientas de predicción de complicaciones y mortalidad se evaluó mediante regresión logística binaria.

Resultados:



NRS-2002, SGA y CONUT identificaron riesgos nutricionales en 67.3%, 74.5% y 51% respectivamente. Las concordancias observadas en las herramientas fueron: NRS-2002 y SGA ($\kappa=0.53$), CONUT y NRS-2002 ($\kappa=0.42$) y SGA/CONUT ($\kappa=0.36$). En los grupos de edad, la mejor concordancia se encontró de 51-65 años ($\kappa=0.68$). CONUT y la duración intrahospitalaria fueron predictivos de complicaciones. El número de complicaciones y nivel de colesterol en suero fueron predictivos de mortalidad.



HIPERPARATIROIDISMO Y CARCINOMA TIROIDEO: ¿ASOCIACIÓN O SERENDIPIA?

González Ojeda, Alejandro¹; Fuentes Orozco, C²; Contreras Cordero, V³; Castillo Valverde, T³; Pintor Belmontes, K³; Cortes Flores, A⁴

¹Unidad de Investigación Biomédica 02, Unidad Médica de Alta Especialidad, Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, Jalisco, México; ²Unidad de Investigación Biomédica 02, Unidad Médica de Alta Especialidad, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, México; ³Universidad Autónoma de Guadalajara, Guadalajara Jalisco, México; ⁴Hospital San Javier, Guadalajara Jalisco, México

Antecedentes:

Para el cirujano general, ejemplos de asociación como el prostatismo con hernias inguinales oscila entre el 15 y 20%. Es común también la asociación de litiasis vesicular con diverticulosis colónica y hernia hiatal. La asociación de patología paratiroidea con carcinoma no medular de tiroides, aunque menos prevalente se describe hasta entre el 1 a 4% de los individuos. Pareciere una baja posibilidad de asociación, no obstante, algunas evidencias hacen sospechar que esta no es solo aleatoria.

Objetivo:

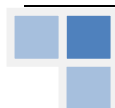
Revisión y presentación de una cohorte de pacientes tratados por hipertiroidismo y cáncer no medular de tiroides seguidos consecutivamente desde 1995 a 2005.

Material y métodos:

Cohorte retrospectiva de 55 pacientes tratados por hipertiroidismo y con patología tiroidea detectada durante la exploración de cuello o en el preoperatorio. Las resecciones de la glándula o glándulas paratiroides fue de acuerdo a los procedimientos de detección y hallazgos operatorios. Durante la cirugía se realizó resección de lóbulos de acuerdo al criterio del cirujano.

Resultados:

Se incluyeron 45 mujeres (edad media 48 años) y 10 hombres (edad media 61 años). Se detectaron 20 pacientes con patología tiroidea conjunta de los cuales 15 fueron por enfermedades benignas de tiroides y 5 carcinomas papilares detectados por estudio histopatológico de la pieza tiroidea resecada. La media de las dimensiones máximas de estas lesiones fue de 7 mm. Dos de nuestros casos tuvieron invasión a la cápsula del nódulo maligno.



Conclusiones:

Aunque la prevalencia es menor a lo informado en otras entidades que suele tratar el cirujano general, esta resultó al menos dos veces mayor a lo máximo reportado en la literatura. No se conoce una relación etiológica, sin embargo, se ha propuesto que el origen embriológico común y el efecto de la elevación de la parathormona, hipercalcemia e hipovitaminosis D, sobre el tejido tiroideo produzca una sobre actividad del factor de crecimiento endotelial y factor de crecimiento de fibroblastos, capaces de provocar efectos carcinogénicos en la glándula. En el futuro, quizá puedan descubrirse las vías genéticas, epigenéticas o moleculares para el desarrollo de cáncer tiroideo en presencia de hiperparatiroidismo y que su asociación no sea el resultado de una casualidad o serendipia.



IMPACTO DEL ABORDAJE QUIRÚRGICO SOBRE LA MORTALIDAD RELACIONADA CON LA CIRUGÍA. RESULTADOS DEL GRUPO ESPAÑOL DE CIRUGÍA TORÁCICA VIDEO-ASISTIDA.

Recuero, JL¹; Royo-Crespo, I¹; Gómez, MT²; López, I³; Gómez, D⁴; Embún, R¹; GEVATS, g⁵

¹Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza., Spain;

²Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca., Spain;

³Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitario Donostia. San Sebastián., Spain;

⁴Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid., Spain;

⁵SECT, Spain

Antecedentes

Desde la adopción de la cirugía video-toracoscópica asistida (VATS) para el tratamiento quirúrgico del carcinoma de pulmón de células no pequeñas (CPCNP), han sido múltiples los estudios que han demostrado una menor tasa de complicaciones y estancia hospitalaria. Sin embargo, son escasas las series que han conseguido demostrar diferencias en la mortalidad a corto plazo.

Objetivos

Comparar la mortalidad postoperatoria y la mortalidad a 90 días entre pacientes intervenidos de CPCNP a través de VATS y toracotomía.

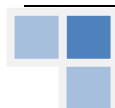
Material y método

Estudio de cohortes prospectivo multicéntrico a partir de la serie del Grupo Español de Cirugía Torácica Video-Asistida (GEVATS). Dicha serie incluyó 3533 resecciones pulmonares anatómicas reclutadas por 33 servicios durante 15 meses (diciembre 2016-marzo 2018). Excluimos las neumonectomías (n=236) y los pacientes intervenidos por una patología diferente al carcinoma de pulmón (n=448).

Llevamos a cabo un análisis de propensión (AP) a partir de aquellas variables que pudieran condicionar la elección de un abordaje u otro y posteriormente procedimos al emparejamiento de pacientes según la técnica del vecino más cercano estableciendo un caliper de 0.1. El análisis de la mortalidad intrahospitalaria y a 90 días se llevó a cabo mediante sendos modelos de regresión logística sobre la muestra balanceada.

Resultados

La muestra inicial de 2863 pacientes (1649 VATS y 1214 toracotomías) que dó reducida a 1486 pacientes (727 VATS y 759 toracotomías) una vez realizado el AP.



Las diferentes tasas de mortalidad intrahospitalaria en la muestra inicial (VATS 0.7% vs Toracotomía 2.2%, $p < 0,001$) se mantuvieron tras el AP (VATS 1,5% vs Toracotomía 3,3%, $p = 0,026$). Las respectivas tasas de mortalidad a 90 días fueron para la muestra inicial (VATS 1,2% vs Toracotomía 4,5%; $p < 0,001$) y muestra balanceada (VATS 2,6% vs Toracotomía 6,7%, $p < 0,001$).

En los modelos de regresión logística, los riesgos de mortalidad intrahospitalaria y a 90 días asociados a la VATS fueron OR 0,451 (IC95% 0,220-0,924; $p = 0,029$) y OR 0,373 (IC95% 0,218-0,637; $p < 0,001$), respectivamente.

Conclusiones

Según la serie de IG EVATS, la VATS se asocia a un menor riesgo de mortalidad intrahospitalaria y a 90 días en pacientes sometidos a una segmentectomía anatómica o lobectomía por un CPCNP.



INCIDENCIA DE HIPOCALCEMIA POSTQUIRÚRGICA EN TIROIDECTOMÍAS EN EL HOSPITAL DE CLÍNICAS

Mintegui, G; Decia, M; Rivadeneira, G; Guarneri, C; Mendoza, B

Hospital de Clínicas, Uruguay

Objetivo

Conocer la incidencia de hipocalcemia en primeras 72 horas de lo postoperatorio e hipoparatiroidismo permanente, como complicación de tiroidectomías realizadas en 6 años en Hospital de Clínicas.

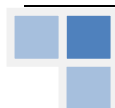
Materiales y métodos

Estudio descriptivo y retrospectivo. Pacientes con tiroidectomía entre enero 2011-diciembre 2016. Se excluyeron hiperparatiroidismo e hipocalcemia preoperatoria. La muestra se dividió en grupos etarios: $? 29, 30-49, 50-69$ y 70 años. Se midió calcio total y se consideró hipocalcemia al valor menor a 8,5mg/dl. Para el análisis estadístico se utilizaron medidas de resumen (media y frecuencia). Se fijó un nivel de significación de 0,05.

Variables analizadas: género, edad, tipo de cirugía y duración de la misma, manifestaciones clínicas de hipocalcemia en primeras 72 horas de lo postoperatorio y diagnóstico anatomopatológico. Los procedimientos quirúrgicos se clasificaron: tiroidectomía: tiroidectomía total, tiroidectomía casi total, completar tiroidectomía anterior y tiroidectomía + vaciamiento central y/o lateral. Duración: <math>< 130, \text{entre } 130-185, ? 185</math> minutos. Consideramos manifestaciones clínicas de hipocalcemia aguda: calambres, parestesias y signo de Trousseau positivo. Anatomía patológica se clasificaron como benignas o malignas. Se consideró hipoparatiroidismo permanente cuando persistían bajo tratamiento por hipocalcemia luego de un año postquirúrgico.

Resultados

Fueron 141 pacientes, 130 mujeres y 11 hombres, media de edad $47,6 \pm 16,0$ años. El 95% del total presentó hipocalcemia (solo en 3 pacientes se pudo corregir calcemia con albúmina), 97% de las mujeres y 91% de hombres ($p: 0,26$). En tiroidectomía 92 pacientes tuvieron hipocalcemia (<math>p < 0,05</math>); tiroidectomía con vaciamiento central y lateral 14 ($p: 0,91$). En duración de cirugía: 32 hipocalcemias en <math>< 130</math> minutos, 65 entre 130-185 y 37 en > 185 ($p: 0,24$). En anatomías patológicas benignas 76 pacientes con hipocalcemias y 58 en malignas ($p: 0,53$). Hipocalcemia sintomática fueron 10%, asintomática 71%. Quedaron con hipoparatiroidismo permanente 8 pacientes y 122 no.



Conclusiones

Hubo alta frecuencia de hipocalcemia; puede reflejar la presencia de pseudohipocalcemia dado a que solo tuvimos 3 mediciones de albúmina en el postoperatorio y de las 3 hubo que corregir el calcio. No hubo correlación entre hipocalcemia con edad, género, duración de la cirugía ni el resultado de anatomía patológica. 1 de 10 pacientes presentaba síntomas de hipocalcemia aguda. La incidencia de hipoparatiroidismo permanente fue 6%.



INCISIÓN DE MC BURNEY, ¿UN ABORDAJE EN DESUSO?

Barboza, A.; Madrid, F.; Liz, A, Hospital Pasteur, Uruguay

Antecedentes:

La evolución de la abordaje laparoscópico para cuadros agudos de abdomen y fundamentalmente en los casos de apendicitis aguda ha llevado a que se pierda entrenamiento en abordajes abiertos, influyendo principalmente en las futuras generaciones de cirujanos.

Objetivos:

Demostrar la evolución de la abordaje de elección para las apendicitis agudas, habiéndose demostrado una inversión en la preferencia del abordaje laparoscópico en contraposición del abordaje abierto en el H. Pasteur.

Material y métodos:

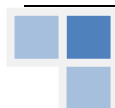
Se tomaron en cuenta dos períodos de tiempo, se incluyeron 334 pacientes operados de apendicitis aguda por residentes en formación en el servicio entre el 1 de abril del 2012 y el 1 de abril del 2014, y 331 pacientes operados de la misma patología por residentes en formación del servicio entre 1 de abril del 2017 y 1 de abril del 2019.

Resultados:

Queda demostrado una inversión en la preferencia de la abordaje laparoscópico por sobre el abordaje abierto en los casos de apendicitis aguda en el H. Pasteur.

Conclusiones:

Es importante tener un buen manejo de la técnica laparoscópica por ser un abordaje cada vez más utilizado no solo en nuestro servicio sino también en otros centros. La inversión en la preferencia de la abordaje laparoscópico por sobre el abordaje abierto para las apendicitis aguda ha llevado a que la seguridad en la realización de estas técnicas para los residentes del servicio no sea la misma. Es necesario aprender el manejo de ambas técnicas dado que forman parte del arsenal terapéutico.



INFLUENCIA DE LA EDAD EN LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA EL CÁNCER DE PÁNCREAS.

Saavedra Tomasich, Flavio¹; Abreu, P²; Ferreira, R²; Polaquini, G²; Yamane, M²; Testa, SI²

¹Hospital de Cáncer Erasto Gaertner, Brazil; ²HOSPITAL ERASTO GAERTNER- (LIGA PARANAENSE DE COMBATE AO CÂNCER) GPO-CUR (GRUPO DE PESQUISA EN ONCOLOGIA-CURITIBA), Brazil

Antecedentes:

El cáncer de páncreas tiene una mayor incidencia con el aumento de la edad. Las características del cuadro clínico en los ancianos, hacen difícil su detección y confirmación diagnóstica. Resultando en estadios clínicos avanzados, con pobres resultados oncológicos.

Objetivo:

Evaluar el impacto de la edad de los pacientes, en los resultados de la cirugía para retirada de tumores de Páncreas.

Material y métodos:

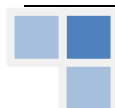
Estudio de scriptivo retrospectivo comparativo. Para pacientes con cáncer de páncreas sometidos a duodeno pancreatometomía (Whipple) durante el período de mayo-2005 a julio de 2015. Un grupo de pacientes, denominado de G1, con pacientes de edad inferior a 60 años. El segundo grupo, denominado G2, con pacientes con edad igual o superior a 60 años. Los datos fueron analizados con los programas SPSS 23.0 y STATA 15, siendo $p < 0.05$ considerado estadísticamente significativo.

Resultados:

De un total de 98 pacientes sometidos a duodeno pancreatometomía, 30 tenían edad inferior a 60 años (G1) y 68 tenían 60 años o más (G2). La supervivencia global media fue estadísticamente superior en el grupo por debajo de 60 años ($p: 0,01$). La supervivencia global en 1, 3 y 5 años fue de 48%, 36%, 23% en no ancianos (G1) y 28%, 23%, 13% en ancianos (G2) ($p = 0,01$). Los de más factores analizados no mostraron diferencia estadísticamente significativa. Fístula y evisceración fueron las principales complicaciones postoperatorias.

Conclusiones:

El adenocarcinoma de páncreas presenta tasas de supervivencia global significativamente menores en pacientes de edad avanzada.



MANEJO MÍNIMAMENTE INVASIVO DE LA NECROSIS PANCREÁTICA INFECTADA

Chambón, Cecilia; Campos, M ; Posa Verano, S; Valsangiacomo, P ; Ruso Martínez, L ; González González, D, Clínica Quirúrgica 3, Uruguay

Antecedentes:

El desarrollo de la cirugía mínimamente invasiva ha permitido tratar con muy buenos resultados las complicaciones de la pancreatitis grave. Tradicionalmente la necrosis pancreática infectada era tratada mediante diferentes procedimientos de necrosectomía y lavados por vía laparotómica. Manteniendo los mismos principios de evacuación, debridamiento y necrosectomía y sumado a los beneficios del abordaje miniinvasivo es que la cirugía percutánea, la endoscópica y la laparoscópica presentan indicación.

Objetivo:

El objetivo del siguiente trabajo es analizar una serie de casos con pancreatitis grave que presentaron necrosis pancreática infectada y a los que se les realizó tratamiento mínimamente invasivo.

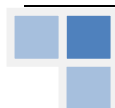
Material y métodos:

Trabajo retrospectivo, observacional de serie de casos. Se analizan los resultados en una serie de pacientes con necrosis pancreática infectada, tratados por el mismo equipo quirúrgico, entre febrero 2013 y agosto 2019.

Resultados:

Fueron tratados 6 pacientes, con una edad promedio de 55 años, las etiologías fueron: litiasicas, alcohólica y dislipemia. El diagnóstico de la complicación fue realizada entre los días 5 y 92 de diagnosticada la pancreatitis. En todos los casos fue realizado el drenaje percutáneo guiado por ecografía, colocando entre 1 y 3 drenajes. Cuatro pacientes requirieron de un segundo procedimiento de drenaje así como de necrosectomía por vía laparoscópica debido a la persistencia de la infección.

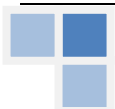
La necrosectomía fue realizada por vía transgástrica, retroperitoneal y vía anterior dependiendo de la topografía, el tamaño así como las relaciones con estructuras vecinas.



Conclusiones:

La resolución mínimamente invasiva de la necrosis pancreática infectada, es factible, seguro y con muy buenos resultados. El manejo debe de ser realizado por un equipo multidisciplinario, entrenado, precedido por un intenso tratamiento médico de sostén y control de la infección.

El trabajo presentado representa una experiencia inicial con buenos resultados con la limitante del bajo número de pacientes.



NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DE CIRUGÍA GENERAL SOBRE TERAPIA NUTRICIONAL Y METABÓLICA EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO.

López Penza, Patricia¹; López Penza, Patricia²; Moreira, Eduardo³; Olano, Estela³

¹Hospital de Clínicas/ L a A sistencial, Uruguay; ²Unidad de Terapia Nutricional y Falla Intestinal. Hospital Maciel. Montevideo., Uruguay; ³Unidad de Terapia Nutricional y Falla Intestinal. Hospital Maciel. Montevideo./Departamento Terapia Intensiva., Uruguay

Introducción:

La desnutrición constituye un problema socio-sanitario, universal, altamente prevalente, infradiagnosticado e infratratado; complicando la evolución de los pacientes, alarga su internación y aumento de reingresos.

Material y métodos:

estudio descriptivo, observacional, retrospectivo del nivel de conocimientos sobre terapia nutricional y metabólica de los residentes de cirugía del 2017, de centros asistenciales de Montevideo e Interior.

Resultados:

29 residentes de primer a cuarto año; el 80 % reconoce el riesgo nutricional del paciente pero solo el 69 % conoce algún método de valoración del riesgo nutricional. En la práctica, el: 38 % calcula el índice de masa corporal, 90% desconoce qué valores considerados desnutrición, 76% sabe cuántas calorías kg/peso requiere un paciente.

En cuanto al postoperatorio, el:

- 55% sabe las consecuencias metabólicas y nutricionales, del íleo postoperatorio de cirugías abdominales,

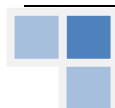
- 20% conoce la terapia nutricional en cirugía de colon,

-14% conoce el adecuado manejo nutricional en anastomosis altas de cirugías esofagogástricas o duodeno-pancreáticas.

-79% desconoce el plan nutricional en un paciente con moderado o alto riesgo nutricional

El 86% reconoce que la pérdida de peso es un factor de riesgo quirúrgico y el 69% que la pérdida del 10% de peso en los últimos 3 meses es sugestiva de malnutrición.

Un 55%, leyó algún artículo referente a terapia nutricional en el paciente quirúrgico, solo el 7 % participo en jornada o curso de esta temática en el año 2017.



El 90% no recibieron formación en terapia nutricional, 97% considera importante su formación al respecto y el 93% cree en la necesidad de un equipo multidisciplinario de terapia nutricional

Discusión:

La desnutrición forma parte de los principales problemas de salud en el mundo, determinado una de las causas más frecuentes de morbi-mortalidad.

El riesgo de desnutrición y la desnutrición deben ser reconocidos y realizar la intervención nutricional necesaria.

Los conocimientos sobre terapia nutricional y metabólica son escasos, no permiten una correcta valoración del estado nutricional, ni de



PANCREATITIS AGUDA HIPERTRIGLICERIDÉMICAS. SERIE DE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

López Penza, Patricia¹; López Penza, Patricia²; Moreira, Eduardo³; Olano, Estela³; Burghi, Gastón⁴; Ruso, Luis⁵

¹Hospital de Clínicas/ La Asistencial, Uruguay; ²Unidad de Terapia Nutricional y Falla Intestinal. Hospital Maciel. Montevideo., Uruguay; ³Unidad de Terapia Nutricional y Falla Intestinal. Hospital Maciel. Montevideo./Departamento Terapia Intensiva., Uruguay; ⁴Departamento de Terapia Intensiva. Hospital Maciel. Montevideo., Uruguay; ⁵Departamento de Cirugía. Hospital Maciel., Uruguay

Introducción:

La hipertrigliceridemia (HTG) es una etiología conocida pero poco frecuente de pancreatitis aguda (PA).

El riesgo de desarrollarla, se vincula con una trigliceridemia mayor a 1.000 mg/dl; no existe correlación entre los valores de trigliceridemia y la severidad o las complicaciones de la pancreatitis.

Objetivo:

Analizar las características epidemiológicas, tratamiento realizado y evolución de una serie de casos de pancreatitis hipertrigliceridemia, asociado al análisis de la literatura sobre el tema.

Material y Método:

Estudio descriptivo, multivariable, retrospectivo de las pancreatitis hipertrigliceridemia, de setiembre 2008 a setiembre 2018, asistidas en el Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay.

Resultados:

10 pacientes asistidos, el 60% eran mujeres edad promedio de 38 años.

El 80% obesos, 40% con hipercolesterolemia y un 10% de hipercolesterolemia familiar.

El 60% con amilasa menor de 1000UI, pero el 100% con trigliceridemia mayor de 1000 mg/dl.

El 90% recibió tratamiento con insulina cristalina, el 50% heparina y el 70% plasmaféresis.

Un 40% presentaron recurrencia en los episodios de pancreatitis.



La mortalidad fue de 140% , sin vincularse con recurrencia de la pancreatitis hipertriglicéridémica.

Discusión:

La presentación clínica no difiere de otras etiologías, pero se asocia a mayor gravedad y morbilidad.

No todos los pacientes con HTG desarrollan PA, planteándose como hipótesis una alteración en la capacidad de depuración de lípidos.

La amilasa y la lipasa sérica pueden ser normal o ligeramente elevados, lo cual puede inducir a errores o retrasos diagnósticos. Se postula, que la baja sensibilidad en la elevación de la lipasa o amilasa se debe a la interferencia de los triglicéridos con el método de su determinación.

Existen diferentes enfoques de tratamiento, siendo el objetivo principal el descenso de la hipertriglicéridemia, acompañado al soporte sistémico de la PA y evitar las complicaciones.

Conclusión:

El análisis de esta breve experiencia y de la revisión de la literatura reciente, permiten reiterar que PA HTG requiere un diagnóstico precoz y que el mismo debe considerarse en pacientes con



PERFIL CLÍNICO Y EVOLUTIVO DE PACIENTES CON METÁSTASIS PULMONARES POR SARCOMAS: REVISIÓN DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE UNA SERIE DE CASOS

Caetano de Farias, Igor Eduardo, Santa casa de São Paulo, Brazil

Farias,I.; Sakae, R.; Parodi,A.; Dorgan, V.; Botter,M.; Saad

Unidade de Cirurgia Torácica da Santa casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Antecedentes

Entre las neoplasias que más se manifiestan con nódulos pulmonares, el sarcoma es prominente debido a su amplia diseminación al parénquima pulmonar. El tratamiento quirúrgico de estas lesiones representa un componente importante en el arsenal de terapias destinadas a aumentar la supervivencia, pero también el control curativo de la enfermedad. La literatura ha confirmado la modalidad quirúrgica como un tratamiento efectivo cuando se realiza bajo indicación específica con resultados satisfactorios.

Objetivo

El presente estudio tiene como objetivo identificar los factores de diagnóstico, técnicos, evolutivos y pronósticos en pacientes sometidos a resección de metástasis por sarcoma.

Materiales y métodos

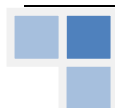
El presente estudio se realizó en el Servicio de Cirugía Torácica de la Santa Casa de São Paulo

Seleccionamos pacientes que se sometieron a resecciones pulmonares por sarcomas de diferentes tipos histológicos entre 2008 y 2018 y con seguimiento en el ambulatorio de nuestro servicio. Se excluyeron los pacientes que no se sometieron a cirugía o perdieron el seguimiento con nuestro servicio.

Se realizó una revisión retrospectiva. Los datos evaluados fueron: subtipo histológico, tiempo entre el diagnóstico del tumor primario y la aparición de metástasis, recurrencia de enfermedades metastásicas, número de lesiones pulmonares y técnica quirúrgica utilizada.

Resultados:

Identificamos 22 pacientes con sarcoma cuyas metástasis fueron tratadas quirúrgicamente. La mediana de edad de los pacientes fue de 32 años y el 51% eran hombres. El principal subtipo histológico encontrado fue sarcomas sinoviales (52%). Las lesiones pulmonares se identificaron en promedio después de aproximadamente 11 meses después del diagnóstico del tumor primario. El número medio de lesiones pulmonares en el momento del diagnóstico fue



de 1,2 lesiones. La técnica quirúrgica principal realizada fue la toracotomía en el 95% de los casos y con resecciones en cuña o segmentectomía no regulada en el 88% del procedimiento.

Conclusión

Estos resultados confirman los datos de la literatura que la metastasectomía pulmonar es un procedimiento potencialmente curativo para pacientes con tumores primarios tratados. En un dado grupo seleccionado de pacientes, puede haber aumentado la supervivencia después de la resección pulmonar.



PRONÓSTICO Y CARACTERÍSTICAS CLINICOPATOLÓGICAS DEL CÁNCER DE PULMÓN RESECADO EN NO FUMADORES

Lora Ibarra, Andrea¹; Muñoz-González, Nadia¹; Avilés Parra, Juan Diego¹; Recuero Díaz, José Luis²; Embun Flor, Raul²; Royo-Crespo, Íñigo²

¹Hospital Miguel Servet, Spain; ²Hospital Universitario Miguel Servet/Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Spain

Antecedentes:

El tabaco es la principal causa asociada al Cáncer pulmonar (CP), sin embargo un 10-15% se presenta en no fumadores.

Objetivo:

Analizar el impacto pronóstico del tabaquismo en pacientes intervenidos por CP y comparar las principales características clinicopatológicas en función del mismo.

Materiales y métodos:

Cohortes de pacientes con CP intervenidos entre 01/01/2009 y 31/12/2016. Criterios de exclusión: intervenidos por recurrencia o por tumores múltiples. Se analizaron las características clínicas y patológicas según fumadores/no fumadores (Mann-Whitney, Chi cuadrado). Se realizó análisis de supervivencia específica por enfermedad (SEE): curvas Kaplan-Meier, Log-Rank y modelo de riesgos competitivos.

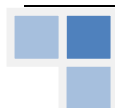
Resultados:

964 pacientes. Edad media de 65,5 años, mujeres 184 (19%), no fumadores 249 (26%).

La comparación de la tasa de no fumadores en nuestra muestra con la referida en la literatura (15%) fue estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

Características clínico-patológicas según hábito tabáquico:

- Edad media: no fumadores 66,7 (dt 11,7) vs. fumadores 65,1 (dt 9,3) $p < 0,001$.
- Proporción de mujeres no fumadoras 93/184 (50%) vs. hombres no fumadores 156/780 (20%) $p < 0,001$.
- Adenocarcinoma: No fumadores 118/249 (47%) vs. fumadores 320/715 (45%) $p = 0,472$.
- Estadios: no fumadores (I 54%, II 27%, III 18%, IV 1%) vs. fumadores (I 51%, II 31%, III 17%, IV 1%) $p = 0,698$



Curvas de supervivencia (Log-Rank $p=0,409$):

- Mediana SEE no alcanzada en ninguno de los dos grupos.
- SEE 3 años: no fumadores 77% (IC95% 70-83%) vs. fumadores 75% (IC95% 71-79%)
- SEE 5 años: no fumadores 71% (IC95% 63-78%) vs. fumadores 67% (IC95% 62-71%)

Análisis multivariante de riesgos competitivos de SEE ajustada por sexo, edad y estadio tumoral: el riesgo asociado con el hábito tabáquico fue HR 1,04 (IC95% 0,74-1,46 $p=0,802$).

Conclusiones:

En nuestro medio, la proporción de pacientes no fumadores con CP es superior a la referida en la literatura, siendo mayor en mujeres. En cuanto al pronóstico oncológico, no encontramos diferencias asociadas con el hábito tabáquico, a pesar de que el CP en no fumadores puede representar una entidad diferente.

RELEVANCIA DE LA BIOPSIA INTRAOPERATORIA EN GASTRECTOMÍA TOTAL ONCOLÓGICA

Fluxa, P.; C sendes, Attila; Orellana, Omar; Lanzarini, E; Figueroa, M, Hospital Clínico Universidad de Chile, Chile

Introducción

El principal objetivo de la cirugía en cáncer gástrico es lograr una adecuada linfadenectomía junto con una resección R0, con márgenes de sección negativos.

Objetivo:

Analizar el resultado de la biopsia intraoperatoria para borde oral en gastrectomía total (GT) oncológica, evaluar la conducta intraoperatoria y su correlación con la biopsia diferida.

Materiales y Métodos:

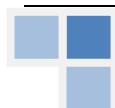
Revisión retrospectiva consecutiva de las gastrectomías totales realizadas entre los años 2010 al 2014. Se analizaron el cambio de conducta frente a resultado histológico y su comparación con el informe diferido de la muestra solicitada.

Resultados:

En el período se realizaron 146 GT. En 113 de ellas (77,4%) se solicitó biopsia intraoperatoria para borde oral: 15 fueron informadas como borde oral positivo para neoplasia maligna (13,2%), todas confirmadas en análisis en diferido. En todos los pacientes, este resultado determinó un cambio de conducta, ampliándose el margen oral, enviándose nuevamente a biopsia rápida siendo todas negativas. En el informe diferido, 2 muestras de ampliación de márgenes informadas como negativo, fueron reportadas en diferido como positivas para adenocarcinoma (13%). Ninguna muestra informada como negativa en biopsia rápida fue posteriormente reportada como infiltración positiva para borde oral. En 33 pacientes no se estudió el margen oral. Ninguno de ellos fue reportado como infiltración positiva en el informe diferido.

Conclusiones:

Existe una buena correlación entre el análisis histopatológico intraoperatorio y la biopsia diferida; lo que permite fijar conductas frente a sospecha de invasión proximal tumoral, a fin de lograr márgenes libres de tumor en cirugía oncológica.



RENDIMIENTO DE CENTELLOGRAMA PARATIROIDEO MIBI EN EL HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO

Pérez, R.; Barboza, A.; Ramos, N.; Barreiro, C.; Estapé, G., Hospital Pasteur, Uruguay

Antecedentes:

En los pacientes con enfermedad renal crónica que desarrollan hiperparatiroidismo secundario, existen múltiples técnicas de imagen que permiten valorar la localización, tamaño y funcionalismo de las glándulas paratiroides.

Una de las más utilizadas en nuestro medio es el centellograma paratiroideo con Tc-99 MIBI, con el fin de determinar número y topografía de glándulas hiperfuncionantes, como valoración preoperatoria para la paratiroidectomía 7/8.

Objetivo:

Evaluar la utilidad del centellograma paratiroideo MIBI, en la detección de glándulas paratiroides anómalas en pacientes con diagnóstico de Hiperparatiroidismo Secundario.

Materiales y Métodos:

Se incluyeron 19 pacientes con diagnóstico de hiperparatiroidismo secundario, operados en el Servicio de Cirugía del Hospital Pasteur, durante un período comprendido entre 1 de Enero de 2011 y 1 de Abril de 2019. Se analizaron número y topografía de paratiroides identificadas en centellograma MIBI, en relación a las paratiroides localizadas durante la paratiroidectomía 7/8.

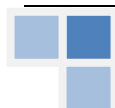
Resultados:

Del total de pacientes, se excluyeron 7. El centellograma MIBI mostró un promedio de 2.1 paratiroides identificadas, de las cuales un 70 % corresponden a paratiroides inferiores y solamente fueron identificadas las superiores en un 30% de los casos.

En un 85% de los casos, el centellograma identificó un menor número de paratiroides en relación a las halladas en el intraoperatorio.

Conclusión:

El centellograma MIBI es un estudio de bajo rendimiento para la localización y topografía de paratiroides en pacientes con diagnóstico de Hiperparatiroidismo secundario.



RESULTADOS A 18 AÑOS DE PACIENTES CON BARRETT EXTENSO SOMETIDOS A CIRUGÍA DE SUPRESIÓN ÁCIDA ¿ES MEJOR QUE LA FUNDOPLICATURA?

Csendes, Attila; Orellana, O; Figueroa, M; Lanzarini, E; Fluxa, P, Hospital Clínico Universidad de Chile, Chile

Introducción

La funduplicatura de Nissen (FN) se ha demostrado incapaz de controlar completamente el reflujo ácido y duodenal en pacientes con esófago de Barrett. Es por esto hemos propuesto una alternativa que controla los cambios fisiopatológicos responsables del desarrollo y evolución del EB.

Objetivo

Determinar los resultados alejados de la operación de supresión ácida y derivación duodenal (SA-DD) en pacientes con EBL y extra-largo (EBEL), realizando mediciones subjetivas y objetivas evaluando el impacto sobre la metaplasia intestinal (MI) y la progresión a ACE.

Material y Método

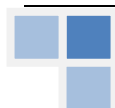
Estudio prospectivo de 127 sujetos con EBL y EBEL sometidos a control clínico, múltiples endoscopias con análisis histológico y magnitud del reflujo ácido y duodenal hacia el esófago distal. La operación consiste en vagotomía selectiva, funduplicatura, gastrectomía parcial con reconstrucción en Y-de-Roux. La regresión de la MI se determinó en ambos grupos.

Resultados

El seguimiento fue de 18 años en el 81%. Gradación I-II de Visick se encontró en 88% de EBL y en 65% en EBEL ($p < 0.01$). Hubo cicatrización de la esofagitis erosiva, úlcera péptica esofágica y ausencia de hernia hiatal. Las stenosis se resolvieron en 71%. El largo del epitelio columnar no varió. Hubo 38% de regresión de la MI en EBL pero no en EBEL. Dos casos de cada grupo progresaron a ACE a los 15 años post cirugía con una incidencia de 1/747 paciente-año en EBL y 1/180 paciente-año en EBEL, valor muy inferior al observado después de la FN o de tratamiento médico. El reflujo ácido patológico se eliminó en 91% de los casos y el reflujo duodenal en 100%. Hubo regresión de la displasia de bajo grado en 80% de los pacientes en promedio a los 6 años post cirugía.

Conclusión

La SA-DD elimina el reflujo patológico hacia el esófago. La progresión hacia ACE es mucho menor que lo reportado con tratamiento médico, con una reducción de 8 veces en EBL y 2.2 veces en EBEL. Esta operación parece influenciar positivamente el comportamiento de la MI



en estos pacientes y es una herramienta quirúrgica que permite reducir y ralentecer la progresión hacia un ACE



SUPERVIVENCIA ESPECÍFICA POR PROGRESIÓN DE ENFERMEDAD EN RESECCIÓN PULMONAR MAYOR POR CÁNCER DE PULMÓN SEGÚN CAPACIDAD DE DIFUSIÓN PULMONAR

Aviles, Juan¹; Muñoz-González Nadia¹; Lora Ibarra, Andrea¹; Embun, Raul¹; Recuero, José Luis¹; Royo-Crespo, Íñigo²

¹Hospital universitario Miguel Servet, Spain; ²Hospital Universitario Miguel Servet/Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Spain

Introducción:

La DLCO y la FEV1 se emplean actualmente como parámetros predictores de morbimortalidad preoperatoria, existiendo algunos estudios que apuntan que podría actuar como factor pronóstico independiente en pacientes intervenidos de carcinoma de pulmón de célula no pequeña (CPCNP).

Metodología:

Se trata de un estudio retrospectivo de cohortes de pacientes intervenidos por CPCNP mediante resección pulmonar anatómica (2009-2016); como criterio de exclusión se considerarán, tumores meta-crónicos y crónicos, cirugías exploradoras, pacientes sin DLCO preoperatorio y muerte durante los 90 días postoperatorio.

Se dividió a los grupos de comparación según el porcentaje de DLCO preoperatorio con punto de corte 60%.

Estimamos la supervivencia por método de Kaplan-Meier y se realizó análisis bivariante y multivariante por el método de regresión de Cox; para su análisis se consideraron variables con una $p < 0.20$ (FEV1, Abordaje quirúrgico y Estadio tumoral).

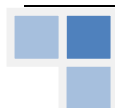
Resultados:

La muestra la componen 673 pacientes con una media de edad 65 años (IC 95% 48-79) de los cuales 79.5% (535p) son hombres, 74.9% (504p) son fumadores o exfumadores, 33% (223p) se abordó por Videotoracoscopia, FEV1 media 86%, DLCO media 81%.

Supervivencia específica por enfermedad:

Grupo DLCO < 60% la supervivencia al año es de 87,8% IC 95% (85,9-89,7), a los 3 años de 64,4% IC 95% (61,2-67,6), y a los 5 años de 46,9% IC 95% (43,2-50,6).

Grupo DLCO > 60% la supervivencia al año es de 96% IC 95% (95,5-96,5), a los 3 años de 81,2% IC 95% (80,2-82,2), y a los 5 años de 65,9% IC 95% (64,3-67,5). Con un Log Rank significativo $p = 0.001$, para ambas curvas.



Al realizar la regresión de Cox. Obtenemos en grupo DLCO <60% una HR: 2.1, p<0.005

Conclusiones:

Según nuestros resultados, los pacientes intervenidos de C PCNP con una menor DLCO presentan un peor pronóstico oncológico. Dicha circunstancia, podría constituir una potencial herramienta en la toma de decisiones terapéuticas



TELE-SIMULACIÓN EN LAPAROSCOPIA AVANZADA EN CUALQUIER LUGAR Y A TODA HORA

Varas, Julian¹; Vela Ulloa, J²; Contreras Bertolo, C²; Martínez Piccardi, C²; Machuca Valenzuela, E²; Achurra Tirado, P²; Escalona Vivas, G², ¹Chile, Switzerland; ², Chile

Antecedentes

El entrenamiento mediante simulación es un método validado para la adquisición de competencias en laparoscopia. La dificultad de acceso a supervisión y retroalimentación formal puede llevar a sesiones de entrenamiento esporádicas y

menor efectividad. Adicionalmente, puede ser difícil establecer horarios para docencia; y contratar tutores externos puede representar un alto costo de oportunidad.

Objetivo

Se presenta el desarrollo, implementación y resultados de una aplicación nove dosis para smartphone que permite interacción tutor-alumno a distancia para completar un programa de simulación en laparoscopia avanzada (PSLA) de 16 sesiones, usando una modalidad de retroalimentación audiovisual diferida (RAD).

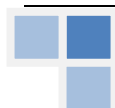
Materiales y métodos

Se desarrolló una plataforma en Internet y aplicación móvil para iOS y Android (LAPP) para permitir interacción tutor alumno a distancia. LAPP permite a instructores expertos evaluar sesiones de entrenamiento videograbadas de estudiantes en lugares remotos. Mediante RAD, se entrega retroalimentación personalizada para guía a los alumnos a lo largo del PSLA.

Se crearon dos centros de entrenamiento remotos (CER). Se reclutó un grupo control (GC) en la institución base. Todos los alumnos CER fueron instruidos y evaluados utilizando LAPP, mientras que el GC recibió docencia tradicional presencial. Se grabaron sesiones pre y post-entrenamiento de todos los estudiantes para evaluación ciega por dos expertos, utilizando una escala de evaluación global (EEG) y escala de evaluación específica (EEE). Se usaron pruebas no paramétricas según necesidad. El puntaje mínimo de aprobación y certificación en el PSLA fue 20/25 puntos en EEG.

Resultados

Se entrenaron 30 alumnos de dos CER vía LAPP, comparándose con 20 estudiantes GC. El desempeño del grupo CER mejoró significativamente luego del PSLA, tanto en EEG y EEE: de 15(6-17) a 23(20-25) puntos, y de 12(11-15) a



18(15-20) puntos, respectivamente. Todos alcanzaron el puntaje mínimo de aprobación. Los resultados entre CER y GC fueron comparables.

Conclusiones

La entrega de RAD mediante esta aplicación móvil es tan efectiva como la instrucción presencial en el aprendizaje de competencias en laparoscopia avanzada. Los resultados sugieren que es posible implementar programas de simulación con RAD. LAPP proporciona un método de enseñanza costo-efectivo mediante simulación en lugares remotos y/o con docentes limitados; y podría permitir la propagación de programas robustos de entrenamiento en simulación.



TIROIDECTOMÍA CON HOSPITALIZACIÓN DE MENOS DE 24 HRS. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL SALVADOR Del 2012 Al 2018

Núñez A humada, Camila¹; Dr. Lee, K.²; Hudson, A.²; Obaid, M.²; Ayala, C.²; Farfan, F.²; Correa, M.²; Salvatierra, M.²

¹Universidad de Chile, Chile; ²Servicio de Cirugía, Hospital del Salvador, Equipo de Cabeza y Cuello, Santiago de Chile Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Chile

Antecedentes

La tiroidectomía es una de las cirugías endocrinas más frecuentes, con bajas tasas de complicaciones. Sin embargo cuando ésta ocurre pueden ser catastróficas, entre ellas el hematoma agudo cervical postoperatorio y lesión del nervio laríngeo recurrente. Es por ello que la mayoría de los centros lo manejan con hospitalización de al menos 2 días de estadía de manera de disminuir una complicación en su domicilio.

Objetivo

Este estudio se realizó para demostrar la seguridad y efectividad de realizar una tiroidectomía con estadía a brevedad con menos de 24 hrs de hospitalización, en el cual nosotros como equipo se hizo algunas modificaciones en el manejo y cirugía de nuestros pacientes para lograr el objetivo.

Materiales y métodos

Se realizó un análisis retrospectivo de todos los pacientes operados en el equipo de Cabeza y Cuello del Hospital Salvador desde el año 2012 al 2018, en el que se hizo una tiroidectomía. Se excluyeron todos los pacientes que tuvieron además una disección ganglionar cervical.

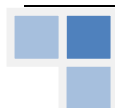
Resultados

En total fueron 509 pacientes operados de tiroidectomía entre 2012 a 2018, de los cuales sólo 412 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión. La duración promedio de estadía es de 22 hrs con 6 minutos, hubo 8 casos (2%) de reoperaciones por hematoma postoperatorio inmediato, 84 pacientes (21,3%) con diagnóstico de hipocalcemia postoperatorio, 3 pacientes con lesión del NLR unilateral (0,8%).

Del total de pacientes dado de alta con menos de 24 hrs de hospitalización sólo 6 pacientes se rehospitalizó (1,5%) por hipocalcemia. Ninguna por hematoma cervical.

Conclusiones

La tiroidectomía con menos de 24 hrs de hospitalización es factible de realizar y no conlleva un riesgo de complicación mayor con lo que se logra un ahorro importante de recurso para un



hospital Público tanto en la demanda de cama hospitalaria así como de recurso de personal de enfermería.

Algunas conductas adoptadas por el equipo para lograr el objetivo de reducción de la hospitalización están el no uso de drenajes en forma estándar, uso de Hemostático absorbible en el lecho quirúrgico y dejar calcio oral en todos los pacientes al momento del alta.



TRATAMIENTO MÍNIMAMENTE INVASIVO EN EL MANEJO DE LA ESTENOSIS BILIAR BENIGNA: EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE ALTO VOLUMEN

Gómez Rodríguez, D; Alvear Castro, D; Pasten, M; Houghton, E; Palermo, M; Giménez, M

Fundación para la Docencia, Asistencia e Investigación en Cirugía Invasiva Mínima (DAICIM), Argentina

Antecedentes:

La estenosis biliar benigna es una complicación que puede presentarse luego de la cirugía hepatobiliar en 0.5-4.3% y hasta 5-37% post-trasplante hepático, comúnmente es tratada vía endoscópica, sin embargo, en casos que esta no es factible, el abordaje percutáneo es la única opción para evitar una reintervención, mejorar la morbimortalidad y la sobrevida. Diferentes estudios han reportado tasas de éxito técnico con este abordaje en un 99%-100% con una media de 2 sesiones.(1,2) No se ha observado diferencias significativas en el riesgo de estenosis recurrentes después de la primera o segunda sesión(2); y la permeabilidad a 1,2,5 y 10 años de 95,92,88 y 72 % respectivamente(3), por lo que es importante reportar la experiencia como centro de alto volumen en Latinoamérica.

Objetivo:

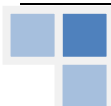
Presentar la experiencia del tratamiento mínimamente invasivo en estenosis biliares benignas por nuestro equipo.

Material y métodos:

Se realizó un estudio descriptivo-observacional incluyendo todos los pacientes que se sometieron a tratamiento mínimamente invasivo por estenosis biliares benignas, durante el período comprendido del 2010 al 2016. El drenaje percutáneo tras-hepático de la vía biliar y la dilatación con balón (4-10mm), fueron seguidos de la colocación de catéteres biliares interno/externo (8-12Fr); con un seguimiento medio de 22 meses y en un grupo pequeño de pacientes en los que se necesitó dilatación con múltiples catéteres (8-10Fr) o colocación de stents biliares autoexpandibles.

Resultados:

73 pacientes presentaron estenosis biliares benignas, 42(57.5%) fueron secundarios a estenosis de anastomosis hepático-yeyunal, 23(31.5%) a lesión de la vía biliar, 5(6.85%) post-trasplante hepático y 3(4.1%) por litiasis; con una media de 2.27 dilataciones con balón por paciente. 20 pacientes no resolvieron satisfactoriamente con las sesiones de dilatación y ameritaron otros procedimientos como dilatación con múltiples catéteres (17 pacientes, con resolución de su estenosis en el 76.47% de los casos) o colocación de Stent biliar



autoexpandible (7 pa cientes, 4 por fallo de dilatación múltiple catéteres y 3 por fallo de dilatación con balón).

Conclusiones:

La dilatación percutánea con balón y con múltiples catéteres son hoy en día la mejor alternativa de manejo mínimamente invasivo de estenosis benignas de la vía biliar no accesibles por endoscopia.



TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE ESÓFAGO A LO LARGO DE 20 AÑOS. ESTUDIO DE 335 CASOS OPERADOS.

Saavedra Tomasich, Flavio¹; Valladares, GCG²; Pretti, V²; Abreu, P²; Ferreira, R²; Saavedra, D²

¹Hospital de Cáncer Erasto Gaertner, Brazil; ²HOSPITAL ERASTO GAERTNER- (LIGA PARANAENSE DE COMBATE AO CÂNCER) GPO-CUR (GRUPO DE PESQUISA EN ONCOLOGIA-CURITIBA), Brazil

Antecedentes:

La cirugía representa la mejor modalidad de tratamiento para el cáncer de esófago. Existen controversias cuanto al tipo de abordaje y su extensión.

Objetivo:

Comparar pacientes operados, con la misma propuesta quirúrgica, en la misma institución y por los mismos profesionales, a lo largo del tiempo (20 años), analizados en tres momentos diferentes.

Material y método:

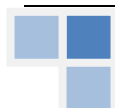
Análisis comparativo de resultados quirúrgicos y oncológicos obtenidos en el tratamiento del cáncer de esófago, en tres momentos cronológicos diferentes. Realizadas 335 esofagectomías con vaciamiento ganglionar en 2 campos, siempre por el mismo equipo. Cronológicamente los casos se dividieron en: Estudio 1 (1997): 132 casos, Estudio 2 (2003): 111 casos, Estudio 3 (2015): 92 casos. Los datos fueron analizados con los programas SPSS 23.0 y STATA15, siendo $p < 0,05$ considerado estadísticamente significativo.

Resultados:

Pérdida de peso significativamente menor en el Estudio 3. Quimioterapia utilizada más frecuente en el Estudio 3. En el transcurso del tiempo notamos un cambio histológico al diagnóstico, aumento significativo de la adenocarcinoma en los últimos años. Variables quirúrgicas no mostraron diferencias en los 3 momentos estudiados. Las tasas de complicaciones y mortalidad fueron superiores en el Estudio 3. La sobrevida global en 5 años fue aumentando en el transcurso del tiempo, alcanzando el 59,7% en el Estudio 3.

Conclusiones:

Estudio de muestra la continua mejora de los resultados. La mejor terapia nutricional preoperatoria asociada al tratamiento neoadyuvante aumentó la sobrevida global, a pesar de mayores complicaciones inmediatas a la cirugía.



TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE ESÓFAGO. ESTUDIO DE 92 CASOS.

Saavedra Tomasich, Flavio¹; Abreu, P²; Pretti, V²; Ferreira, R²; Testa, S I²; Saavedra, D²

¹Hospital de Cáncer Erasto Gaertner, Brazil; ²HOSPITAL ERASTO GAERTNER- (LIGA PARANAENSE DE COMBATE AO CÂNCER) GPO-CUR (GRUPO DE PESQUISA EN ONCOLOGIA-CURITIBA)

Antecedentes:

La cirugía representa la mejor modalidad de tratamiento para el cáncer de Esófago, pero existen controversias de que tipo de abordaje y cual su extensión.

Objetivo:

Este estudio evalúa el impacto de la esofagectomía con vaciamiento ganglionar en dos campos, en relación a la sobrevida de pacientes con cáncer de esófago de localización torácica.

Material y método:

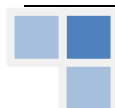
Estudio de scriptivo retrospectivo. Se incluyeron 92 pacientes con cáncer de esófago sometidos a esofagectomía con vaciamiento ganglionar en dos campos en el período de mayo de 2007 hasta marzo de 2015. Las tasas de sobrevida libre de enfermedad fueron estimadas por el método de Kaplan-Maier y comparadas con el log-rank. Los datos fueron analizados con los programas SPSS 23.0 y STATA 15.

Resultados:

Eran masculinos 68 (73.9%) pacientes, la edad mediana fue de 60,8 años. El tipo histológico más común fue CEC en 73 (79,3%) casos. Quimioterapia pre-operatoria fue realizada en 48 (52,2%) pacientes. En relación al estadiamiento 51 (57,9%) pacientes presentaban tumor localmente avanzados. El comprometimiento ganglionar ocurrió en 42 (46,2%) pacientes. La anastomosis fue torácica en 70 pacientes y cervical en 22. Complicaciones ocurrieron en 37 (40,2%) casos. La sobrevida estimada en 5 años fue de 163% . Pacientes con ganglios linfáticos negativos obtuvieron sobrevida significativamente superior.

Conclusiones:

La sobrevida global en 5 años fue influenciada positivamente por el procedimiento. Ganglios no comprometidos demostraron ser un factor pronóstico favorable.



TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LESIONES OBSTÉTRICAS PERINEALES DE TERCER Y CUARTO GRADO

Larrosa, Gabriela; Bado, J; De Martini, A; Costa, JM; Duran, F; Ivariza, M, Hospital Militar, Uruguay

Antecedentes:

La reparación primaria es el tratamiento de elección en las lesiones perineales obstétricas grado III y IV. La confección de colostomía de detransitación es todavía utilizada en nuestro medio, dado que existe evidencia clásica que la sugiere como práctica recomendada para el manejo de estas lesiones.

Objetivos:

Analizar de forma retrospectiva una serie de casos de lesiones perineales obstétricas grado III y IV y su reparación primaria, y realizar una revisión actualizada de los puntos controversiales en su manejo quirúrgico, centrando la discusión en la indicación de colostomía de detransitación.

Diseño del estudio:

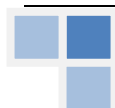
Se analizaron retrospectivamente una serie de 3 pacientes que presentaron lesión perineal obstétrica grado III y IV. Se realizó la reparación primaria sin confección de colostomía derivativa en todos los casos. Se analizaron datos de morfológicos, características de parto, técnica quirúrgica utilizada, complicaciones quirúrgicas y continencia para materias y gases al alta y en el seguimiento.

Resultados:

Se registraron dos casos de lesión perineal grado III y uno grado IV. La edad media de las pacientes fue de 25 años, todas eran primíparas, embarazo a término y parto vaginal, en 2 casos se utilizó fórceps de Tarnier. La reparación primaria se realizó mediante cierre borde a borde u overlapping. No se registraron complicaciones quirúrgicas. El 100% de los casos presentó continencia para materias y gases al alta hospitalaria y al año de seguimiento.

Conclusiones:

La reparación primaria sin realización de colostomía de detransitación de las lesiones perineales obstétricas grado III y IV es un método seguro para el tratamiento de dichas lesiones con buenos resultados en cuanto a continencia y complicaciones. La paciente se beneficia de no tener una colostomía con las posibles complicaciones y repercusiones físicas y psicológicas que ello puede conllevar, además de requerir una cirugía posterior para la reconstrucción del tránsito.



TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL EMPIEMA PARANEUMÓNICO POR SAMR DE LA COMUNIDAD POR RESIDENTES DE CIRUGÍA GENERAL EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

Lima, Melina¹; Coronel, NA²; Casse, B²; Álvarez Padilla, FN²; Battu, C²; Francia, H²

¹Hospital José María Cullén, Argentina; ²Hospital Cullén, Argentina

Introducción:

La neumonía necrotizante por *Stafilococcus Aureus* Meticilino Resistente (SAMR) presenta como principal complicación local/regional el empiema paraneumónico. Dicha complicación requiere como coadyuvante del tratamiento antibiótico y las medidas de sostén del paciente el abordaje quirúrgico para la resolución completa y oportuna. La táctica quirúrgica dependerá del estado del paciente al momento del diagnóstico, la etapa evolutiva del empiema y del soporte edilicio y profesional con el que se cuente en el centro de atención, abarcando desde la colocación de tubo de drenaje pleural (TDP) hasta la decorticación pulmonar por toracotomía video asistida (VATS) o convencional.

Materiales y Método:

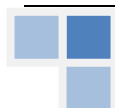
Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo basado en una serie de casos. Se analizaron datos obtenidos de historias clínicas de pacientes consecutivos con empiema paraneumónico, que requirieron tratamiento quirúrgico y presentaron como rescate de germen en el cultivo del líquido pleural SAMR de la comunidad en un Hospital de agudos de la ciudad de Santa Fe, Argentina, desde junio de 2019 a agosto de 2019.

Resultados:

Se analizaron seis casos, la media de edad fue 48 años (rango 17- 61) y 67% eran hombres. En todos los casos eran derivados desde centros de menor complejidad. El 100% de los casos requirió recolocación de TDP al ingreso. El intervalo de tiempo entre el ingreso a nuestro nosocomio y el tratamiento quirúrgico definitivo tuvo como media 9 días (rango entre 5 – 15). En todos los casos el abordaje fue VATS y se convirtieron 2 procedimientos a cirugía convencional. Solo 3 pacientes requirieron internación en UTI luego del gesto quirúrgico (2 por requerimiento previo de ARM). Finalmente, el tiempo de estancia hospitalaria incluyendo el tiempo requerido por antibioticoterapia endovenosa fue de 22 días (rango de 13 – 33).

Conclusiones:

Los pacientes con empiema paraneumónico por SAMR de la comunidad requieren una terapia integral que incluya el lavado de la cavidad pleural como estrategia aceptable de tratamiento. Se debe continuar con la adquisición de casos pero por los resultados obtenidos



al momento consideramos que el abordaje video asistido de la cavidad pleural es un método seguro y de efectivos resultados frente a esta entidad infecciosa.



TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE COLORRECTAL: ANÁLISIS COMPARATIVA ENTRE LAS DIFERENTES ABORDAJES (CONVENCIONAL, LAPAROSCÓPICA E ROBÓTICA).

Saavedra Tomasich, Flavio¹; Abreu, P²; Ferreira, R³; Saavedra, D³; Polaquini, G³; Silva, ELC³

¹Hospital de Cáncer Erasto Gairdner, Brasil; ²HOSPITAL ERASTO GAERTNER- (LIGA PARANAENSE DE COMBATE AO CÂNCER) GPO-CUR (GRUPO DE PESQUISA EN ONCOLOGIA-CURITIBA), Brasil; ³HOSPITAL ERASTO GAERTNER- (LIGA PARANAENSE DE COMBATE AO CÂNCER) GPO-CUR (GRUPO DE PESQUISA EN ONCOLOGIA-CURITIBA), Brasil

Antecedentes:

Relatamos la experiencia del tratamiento quirúrgico de la neoplasia color rectal, realizada en un centro de referencia en cirugía oncológica Brasileño.

Objetivo:

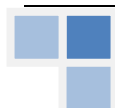
Evaluar seguridad, resultados y eficacia del tratamiento quirúrgico del cáncer color rectal, de manera comparativa entre las diferentes opciones de abordaje (Cirugía Convencional / Cirugía Laparoscópica / Cirugía Robótica).

Material y métodos:

Análisis de pacientes operados de cáncer color rectal, en el periodo de setiembre de 2009 hasta octubre de 2018. Incluidos 536 pacientes, donde 447 fueron operados por vía abierta, 68 por cirugía laparoscópica y 21 por vía Robótica. Esta última modalidad se inició en abril de 2017. Los estudios fueron descriptivos comparativos retrospectivos. Los datos se analizaron utilizando los programas SPSS 23.0 y STATA15, con $p < 0.05$ considerado estadísticamente significativo.

Resultados:

Los grupos eran compuestos por hombres en 52,1% en la cirugía abierta, 50% en la vía laparoscópica 50% y 43% de la cirugía Robótica. La edad media fue semejante entre los tres grupos. El estado general de los pacientes era significativamente mejor en los pacientes del grupo de la cirugía Robótica. También en este grupo la realización de tratamiento neoadyuvante fue significativamente superior. Técnicas mínimamente invasivas fueron preferencialmente utilizadas en los tumores distales. El tiempo de cirugía fue significativamente superior en el grupo de cirugía robótica. Las tasas de complicaciones fueron semejantes entre los grupos.



Fue ne cesario r e ope rar 63 (14,1%) pa cientes d el grupo de l a c irugía a bierta, 10 (14,7%) cirugía laparoscópica y 1 (4,8%) cirugía robótica.

Óbito pos ope ratorio s ucedió e n 25 (4,7%) casos, t odos de l grupo de cirugía a bierta. La cantidad de nódulos linfáticos retirados fue semejante entre los grupos.

La sobrevida libre de enfermedad no demostró diferencia entre los grupos. Ya la sobrevida media fue superior en el grupo de cirugía laparoscópica en relación a cirugía abierta, 82,4% y 70,9%, respectivamente.

Conclusiones:

Considerando c riterios de i nclusión p arcialmente d iferentes entre l os grupos, of erta seleccionada de ha bilidades qui rúrgicas, s eguimiento c orto pa ra l a c irugía r obótica, l a conclusión e s de una recomendación d ébil. S on ne cesarios r esultados a l argo pl azo pa ra contribuir a un análisis más sólido, considerando sobrevida, recurrencia local, calidad de vida y costo.



TRAUMA CERRADO DE ABDOMEN: ¿CUÁL ES EL RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DEL EXÁMEN FÍSICO?

Camargo Muñiz, Diego Fernando¹; James Tarazona, C. A.¹; Mendieta Torres, L.V.¹; Niño Rodríguez, A.E.²; Valencia-Ángel, L. I.¹

¹Universidad Industrial de Santander, Colombia; ²Universidad Industrial de Santander - Hospital Universitario de Santander, Colombia

Antecedentes:

El abordaje diagnóstico y conductas en el trauma cerrado de abdomen se ha venido centrando en el uso de imágenes, especialmente la tomografía dada su alta sensibilidad y especificidad en la identificación de lesiones intraabdominales que requieren manejo, dejando de lado el examen físico y el seguimiento puramente clínico.(1-6)

Objetivo:

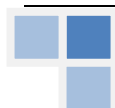
Establecer el rendimiento diagnóstico del examen físico en pacientes con trauma cerrado de abdomen teniendo como estándar de oro la tomografía o los hallazgos quirúrgicos.

Métodos:

Análisis retrospectivo de los pacientes admitidos por trauma cerrado de abdomen y manejados en el Hospital Universitario de Santander entre 2014-2017.

Resultados:

Fueron incluidos de manera consecutiva los 66 pacientes que consultaron directamente a la institución por traumatismo cerrado de abdomen, la edad promedio fue 34.7 años, el 81,8% fueron hombres, el mecanismo fue accidente de tránsito en el 63,6% (conductor de moto el 50%, peatones el 21.4%) y caída de altura el 18,2%. Se usó el sistema de puntaje clínico abdominal (CASS) para establecer la conducta a tomar según el examen clínico(4) estableciendo prioridad 3 en el 81,8% de los casos y prioridad 2 en los restantes, sin pacientes con prioridad 1 para ser llevados a laparotomía según esta escala. Dos tercios fueron dejados en observación y posteriormente se dio egreso sin manejo adicional, 18,2% fueron observados, estudiados y posteriormente llevados a cirugía y el 13,6% fueron llevados a laparotomía como conducta al ingreso, en total 31,8% de los pacientes fueron llevados a laparotomía todos ellos con lesiones intraabdominales. Al examen físico 36,4% de los pacientes refirieron dolor abdominal, se documentó defensa abdominal al 4,6% y signos de irritación peritoneal al 10,6%. Se calculó el rendimiento diagnóstico de tener algún signo abdominal: sensibilidad(S) 95,0%, especificidad(E) 68,9%, valor predictivo positivo(VPP) 58.8% y valor predictivo negativo(VPN) 96.9%; y el rendimiento para defensa abdominal e irritación peritoneal fue: S:47,6%, E:100,0%, VPP:100,0% y VPN:80,4%.



Conclusiones:

El CASS no se estableció como prioridad 1 a los pacientes que fueron llevados a cirugía, el rendimiento diagnóstico del examen abdominal varía según los síntomas y signos incluidos, la irritación peritoneal y la defensa abdominal tienen baja sensibilidad con especificidad del 100%.



UTILIDAD DE LA CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN LAS REINTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Ramos Socarrás, Aníbal Ernesto¹; Núñez Siré, RA²; Ramos Sosa, RE²; Vargas La O, FA²; Gallardo Arzuaga, RL²; Araluce Romero, RA²

¹Hospital Celia Sánchez Manduley, Cuba; ²Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Celia Sánchez Manduley

Antecedentes.

A pesar del desarrollo alcanzado en la era endoscópica, existen escépticos a la práctica de reintervenciones por cirugía mínimamente invasiva. Nuestra institución ha venido empleando de manera sistemática la cirugía de mínimo acceso en los pacientes que luego de una intervención quirúrgica, tienen necesidad de ser reintervenidos.

Objetivo.

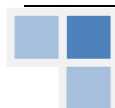
Mostrar la utilidad y efectividad de la cirugía de mínimo acceso en las reintervenciones quirúrgicas.

Material y Métodos.

Se realizó un estudio comparativo, prospectivo, cuasi-experimental, para ello se crearon dos grupos de estudio, el primero integrado por pacientes reintervenidos por cirugía convencional (N=64) y un segundo, formado por pacientes reintervenidos por cirugía de mínimo acceso (N=32), todos atendidos en el Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente "Celia Sánchez Manduley" de Manzanillo, Cuba entre el 2013 y 2017. Entre las variables fundamentales estuvo el tiempo quirúrgico, las complicaciones y conversiones. Fueron respetados los principios bioéticos y confidencialidad de los resultados de la investigación.

Resultados.

El tiempo de evolución para ambas series fue similar, con un 60% de pacientes en los primeros tres días. El coleperitoneo (28,1%) y el hemotórax (28,1%) fueron las afecciones más representadas en los casos endoscópicos, realizándose aspiración y lavado fundamentalmente. El 66,7% de los casos reintervenidos por cirugía mínimamente invasiva, su primera intervención fue por cirugía abierta, hubo una evolución favorable en el 94,4% de los casos endoscópicos. La media del tiempo quirúrgico fue inferior en la serie endoscópica (70,8 min), (Cirugía convencional 89,8 min), fueron convertidos 2 pacientes para un Riesgo Relativo de 3,54. La media aritmética de la estadía hospitalaria en la serie endoscópica fue 4,9 días, y 10,1 en la serie convencional. En la serie endoscópica se inició la alimentación de manera precoz (5,1 horas), y la reincorporación laboral se produjo a los 17,6 días.



Conclusiones.

La cirugía de mínimo acceso permitió reintervenir con seguridad a pacientes de todas las edades, aplicando las mismas técnicas quirúrgicas, con un tiempo quirúrgico ligeramente inferior a la cirugía convencional, se redujeron los gastos hospitalarios por concepto de estadía y medicamentos así como favoreció la incorporación precoz a las actividades sociales y productivas.



2019

VIDEOS



ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE LA HERNIA PARAUROESTOMAL POSTBRICKER. TÉCNICA DE SUGARBAKER.

Gómez Portilla, Alberto¹; López de Heredia, E²; Extramiana, J³; Gareta, A²; Diago, E²; Guede, N² ¹Hospital Universitario de Araba (HUA) Sede Hospital Santiago. Universidad País Vasco (UPV). Vitoria., Spain; ²Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo Hospital Universitario Araba (HUA). Sede Hospital Santiago Apóstol. Depart, Spain; ³*Servicio de Urología Hospital Universitario Araba (HUA). Sede Hospital Santiago Apóstol., Spain

Antecedentes

Las hernias paraurostomales, son una de las complicaciones más frecuente tras cistectomía radical y derivación urinaria con la Técnica de Bricker-Wallace, con prevalencia superior al 50%. Hasta 40% de los pacientes serán sintomáticos por: eventración parietal, episodios de pseudoincarceración-obstrucción, y dificultad para ajustar las bolsas de urostomía con fugas urinarias incontrolables, limitando el modo de vida y las relaciones sociales

El tratamiento quirúrgico de las hernias paraurostomales está gravado con una alta morbilidad y alta tasa de recidiva. El primer caso de abordaje laparoscópico por hernias paraurostomal se realizó en el 2002, habiéndose comunicado casos aislados posteriormente.

Objetivos

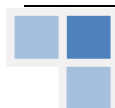
Presentar el abordaje laparoscópico de la hernia paraurostomal postbricker, con Técnica de Sugarbaker, mediante parietalización del ureostoma con malla bilaminar.

Material y Métodos. Caso Clínico

Varón de 61 años con antecedentes de hernioplastia inguinal derecha, tratamiento continuado por carcinoma urotelial pT1G3 desde el 2013. En 2017 precisó cistoprostatectomía radical con reservorio ileal, Técnica de Bricker-Wallace, por carcinoma urotelial invasivo micropapilar en el meato ureteral izdo, pT2b,N0,M0.

Desde los cinco meses postcirugía el paciente presenta hernia paraurostomal derecha reductible que dificulta el manejo del uroestoma. La TAC abdominopélvico constata la presencia de hernia paraurostomal derecha conteniendo asas intestinales sin signos de complicaciones.

Intervenido por medio de abordaje laparoscópico mediante neumoperitoneo con aguja de Veress en el punto de Palmer, con trocar de 10 mm en flanco izdo y dos de 5 mm en FII y epigastrio, confirmándose eventración paraurostomal, bilobulada, con intestino eventrado y defecto parietal de 6 cm. Se realizó, previa adhesiolisis, eventroplastia Técnica de Sugarbaker



mediante parietalización del uroestoma con malla bilaminar (Parietex™) de 15 x 20 cm., fijada con (Capsure™) en doble corona.

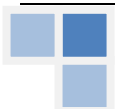
Resultados

El postoperatorio transcurrió sin incidencias con alta a las 24 horas.

En el seguimiento, a los 10 meses de la reparación laparoscópica de la hernia paraostomal, el paciente permanece asintomático sin apreciarse recidiva clínica o radiológica.

Conclusiones

Las hernias paraostomales, complicación muy frecuente tras cistectomía radical y derivación urinaria con la técnica de Bricker, son hernias abordables laparoscópicamente por equipos quirúrgicos con amplia experiencia en cirugía laparoscópica y con resultados aceptables a largo plazo



ABORDAJE LAPAROSCÓPICO EN LA EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DUODENAL POST INGESTA

Rodríguez Cantera, Gabriela; Berriel, Edgardo; Valsangiacomo, Pablo; Giroff, Nicolás; Ruso, Luis; González, Daniel, Hospital Maciel, Uruguay

Introducción:

Se define cuerpo extraño a la presencia en el tubo digestivo de un objeto infrecuente en esta localización y que puede causar daño o tienen un potencial lesivo. La ingesta puede ser accidental o intencional. La ingesta de cuerpo extraño es una patología frecuente, en nuestro medio se trata en su mayoría de pacientes psiquiátricos o reclusos, con el objetivo de conseguir fines secundarios ya sea llamar la atención o lograr salir del centro de reclusión.

Metodología:

Se trata de una historia clínica de un paciente de 23 años recluso, que había ingerido un segmento de una bombilla hacía 2 años. Presentaba múltiples consultas en emergencia, la mayoría en la semana previa al ingreso dadas por dolor en hemiabdomen superior. Se constató por radiografía la presencia de cuerpo extraño radiopaco a nivel de hemiabdomen derecho. Por lo que se decide realizar tratamiento quirúrgico.

Resultados:

El tratamiento quirúrgico se hizo por abordaje laparoscópico realizándose: duodenotomía a nivel del ángulo duodenal entre la segunda y tercera porción, extracción del cuerpo extraño y cierre mediante puntos intracorpóreos. Buena evolución post operatoria, se otorga alta al cuarto día de post operatorio.

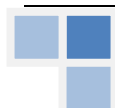
La ingesta de cuerpo extraño es una patología frecuente, en nuestro medio se trata en su mayoría de pacientes psiquiátricos o reclusos, con el objetivo de conseguir fines secundarios ya sea llamar la atención o lograr salir del centro de reclusión.

Significa un desafío terapéutico para el cirujano.

Según la bibliografía consultada, las indicaciones encontradas fueron: imposibilidad de extracción endoscópica, características del objeto asociadas a alto riesgo lesivo, presencia del cuerpo extraño por más de 2 semanas documentado por radiografía, múltiples objetos.

Conclusiones:

La vía laparoscópica es una vía segura y factible cuando la extracción endoscópica no es factible.



El tratamiento de dicha patología debe ser realizado por un equipo multidisciplinario que cuente con psiquiatra para evitar nuevos episodios de ingesta de cuerpos extraños.



ACALASIA ESOFÁGICA. CIRUGÍA HELLER DOR LAPAROSCÓPICA. TÉCNICA QUIRÚRGICA- VIDEO.

Dra. González, Micaela; Dr. Estapé, Gonzalo, Sanatorio Casa de Galicia, Uruguay

Antecedentes:

Acalasia esofágica, trastorno motor primario del esófago más frecuente. Caracterizado por hipertonía del esfínter esofágico inferior (EEI), alteración en la secuencia peristáltica esofágica proximal –distal y ausencia de relajación del EEI post deglución; debido a una degeneración del plexo mioentérico de Auerbach.

De causa idiopática, si bien se debe mencionar la Acalasia de origen Chagásico.

Objetivos:

Presentar video de una Miotomía de Heller laparoscópica, asociada a un procedimiento antirreflujo, funduplicatura tipo Dor.

Materiales y métodos:

SM, 79 años, disfagia para sólidos de un año, repercusión nutricional, se descarta por importancia patología orgánica esofagogástrica.

Presentando una endoscopia con retención esofágica de alimentos y dificultad al pasaje cardial; un tránsito contrastado esófago-gastro- duodenal con dilatación esofágica y la clásica imagen en "pico de pájaro", y una manometría con hipertonía del cardias y ausencia de su relajación post deglución.

Se realizó 2 dilataciones endoscópicas, presentando recaída sintomática en 3 meses.

Cirugía:

Paciente en decúbito dorsal, trocares 1/3 inferior de unión xifo-umbilical, 10mm en hipocondrio izquierdo; 5mm en epigastrio, hipocondrio derecho y flanco izquierdo.

Incisión sobre la pars condensa del epiplón menor, exponiendo el hiato esofágico y la cara anterior de la unión esofagogástrica, donde se procede a realizar la miotomía. La misma comienza en el esófago, mediante la sección de la capa longitudinal y circular subyacente separando las fibras musculares de la mucosa y continuando 1-2 cm en el estómago.

Separados los flaps de la miotomía, se realiza control endoscópico descartando lesiones mucosas y fibras musculares residuales.



Se realiza funduplicatura anterior tipo Dor mediante tracción del fondo gástrico hacia la derecha cubriendo la miotomía, fijando: fondo gástrico – pilar izquierdo – flap muscular izquierdo y fondo gástrico – flap muscular derecho – pilar derecho.

Buena evolución postoperatoria, alta al 4to día, sin complicaciones.

Conclusiones:

El tratamiento quirúrgico alivia la disfagia mejorando la calidad de vida del paciente.

En comparación con otras estrategias terapéuticas como dilatación endoscópica o inyección de toxina botulínica tiene menor índice de recaída, y evita el reflujo gastroesofágico patológico de un gran porcentaje de las miotomías endoscópicas.



AMPUTACION ABDOMINOPERINEAL CON ABORDAJE LAPAROSCÓPICO Y RESECCIÓN PERINEAL EN POSICIÓN PRONO.

Sauto, Sergio; Bonilla, S; Vieira Da Cunha, G; Pinato, F, Casmer, Uruguay

La operación de Miles (1908), ha tomado notoriedad en los últimos años, debido a los avances en la cirugía del recto bajo que se centraron en la técnica quirúrgica de la resección completa mesorrectal y la Resección Anterior (RA). Debido a estos nuevos conceptos se han logrado avances en el control local y la supervivencia con la RA con preservación esfinteriana, que no se observaron con la amputación abdominoperineal (AAP).

Diversos trabajos muestran que la AAP presenta un incremento significativo de compromiso de margen circunferencial, peor calidad del mesorrecto, mayor tasa de perforaciones tumorales y aumento de las recidivas en comparación con las RA.

Estos peores resultados se explican por una inadecuada disección de la unión incorrecta, denominado efecto "cono o cintura", por una disección excesiva entre el mesorrecto y los músculos puborrectal y elevadores del ano.

Debido a estos conceptos Holm et al (2007), proponen como estrategia realizar el tiempo perineal en posición prono con el fin de lograr una excéresis cilíndrica del mesorrecto y ano; esta nueva técnica se conoce como AAP extraelevadora.

Objetivo

Presentación de los 3 primeros casos de amputación abdominoperineal Extraelevadora en Servicio de Cirugía de Rivera.

Material y métodos

Se analizan la indicación, técnica utilizada y resultados quirúrgicos en el periodo 7/2018 - 7/2019. 2 pacientes de sexo masculino y 1 femenina.

En todos los pacientes se confirmó compromiso esfinteriano por ecoendoscopia transanal y en 2 además mediante RNM.

1 paciente necesitó colostomía preoperatoria por síndrome suboclusivo.

Todos recibieron neoadyuvancia con RT y QT.

El abordaje abdominal se realizó en todos los casos por vía laparoscópica con disección mesorrectal y confección de colostomía terminal.

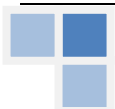
El Tiempo perineal en decúbito prono, realizando excéresis cilíndrica del mesorrecto, se incluyó el coxis. A todos se les realizó cierre perineal primario.



El alta se otorgo promedio al 7 días sin complicaciones, 1 paciente tuvo un reingreso luego de 1 mes por dolor pelviano vinculado a una colección serosa que se dreno percutánea por vía perineal

Conclusiones

Creemos que esta técnica es reproducible, segura, que le brinda al paciente los beneficios del abordaje laparoscópico y permite realizar una disección mesorrectal cilíndrica completa



ANTRECTOMÍA REVERSA: NUEVA PROPUESTA DE SISTEMATIZACIÓN TÉCNICA

Camacho, Walter Oscar Celada; Canseco, Edwin Gonzalo Claros, eg; Erwin Viruez, ev; Lourdes Monteiro, Im, Hospital Obrero Bolívia 3, Bolivia

El sleeve es una técnica actual y muy indicada en cirugía bariátrica, objetivo es mostrar la importancia de reseca todo el antro hasta próximo del píloro por antrectomía reversa. Fue seleccionado un video de cirugía realizada en el hospital obrero 3 donde evidenciamos una propuesta de sistematización táctica del sleeve para quien considera importante retirar y disminuir el antro gástrico hasta 1 cm del píloro de manera segura y ergonómica, con resultados de facilidad y reproducibilidad evidentes en la ejecución por videolaparoscopia.



BENEFICIO DE LA CIRUGÍA ROBÓTICA EN CASOS DE TUMORES DE RECTO BAJO: RELATO DEL PRIMER CASO EN CURITIBA. (VÍDEO LIBRE)

Saavedra Tomasich, Flavio¹; Abreu, P²; Luz, MA²; Kool, R²; Silva, ELC²; Gonçalves, VDMA². ¹Hospital de Cáncer Erasto Gaertner, Brazil; ²HOSPITAL ERASTO GAERTNER-(LIGA PARANAENSE DE COMBATE AO CÂNCER) GPO-CUR (GRUPO DE PESQUISA EN ONCOLOGIA-CURITIBA), Brazil

Antecedentes:

Los beneficios de la cirugía robótica ya están comprobados en diversos estudios en la literatura. El alto costo, la hace poco accesible en la mayor parte de los hospitales brasileños. Desde octubre de 2016 el Hospital Erasto Gaertner (Hospital del Cáncer de Curitiba-Estado de Paraná) pone a disposición esta tecnología a los pacientes del Sistema Público. En esta fase de implantación del proyecto, ya se realizaron 172 procedimientos, entre cirugías ginecológicas, urológicas y tracto gastrointestinal.

Objetivo:

Comunicación del primer caso de tumor de recto bajo operado vía Robótica (da Vinci, SI), con anastomosis baja.

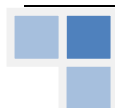
Material y métodos:

Paciente atendido en consultorio propuesto tratamiento oncológico con quimio e radioterapia previa y posterior abordaje operatoria, por intermedio de cirugía Robótica (Da Vinci, SI). Se presenta el video del acto operatorio.

Resultados:

(Descripción del vídeo)

Paciente masculino, con historia de diarrea y sangrado rectal eventual. La colonoscopia mostro pólipo en transición de recto medio a distal, iniciando a 5 cm del margen anal en pared anterior. La anatomía-patológica indicó un adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Se propuso neo adyuvancia con 5-fluoracil y leucovorin asociado a radioterapia. En secuencia realizada la cirugía conforme el vídeo. El análisis de la pieza quirúrgica mostro tumor residual, ypT1ypN0. El alta hospitalaria fue en el 4º día postoperatorio. El cierre de la ileostomía fue realizado 3 meses después. Actualmente se encuentra en consultas secuenciales, sin evidencias de enfermedad en actividad.



Conclusiones:

La anastomosis baja en los casos de tumores de recto es uno de los principales beneficios de la cirugía robótica. Mostrando excelentes resultados oncológicos e funcionales.



BY PASS GASTRICO EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE CIRUGÍA DE NISSEN VLP

Ruiz, Guillermo, Clínica de Nefrología, Urología y Enfermedades Cardiovasculares, Argentina

Antecedente:

El tratamiento quirúrgico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en pacientes obesos mórbidos previo al advenimiento del bypass gástrico era la funduplicatura de Nissen. Actualmente se considera que el mejor tratamiento en obesos mórbidos con reflujo es el bypass gástrico laparoscópico

Objetivo:

Demostrar que el by pass gástrico es la mejor cirugía para tratar el sobrepeso y el reflujo gastroesofagico.

Material y Métodos:

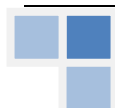
Presentamos una paciente de 58 años, obesa mórbida de 115 kg (IMC= 40Kg/m²) con antecedente de hipertensión y cirugía de Nissen en el año 2009 (IMC= 35 Kg/m²) por enfermedad por reflujo gastroesofágico que consulta en febrero de 2017 por reaparición de síntomas de reflujo y para tratamiento de su obesidad mórbida. Luego de la evaluación multidisciplinaria y un descenso preoperatorio de 10 kg se decide conversión de funduplicatura de Nissen a bypass gástrico en Y de Roux laparoscópico. En cavidad abdominal se constata voluminosa hernia hiatal con gran dehiscencia de los pilares diafragmáticos y funduplicatura previa que se liberan combinando maniobras romas y el uso de elementos de sellado. Una vez identificados la plicatura y el esófago se realiza la reparación del hiato esofágico sin malla. Se procede a realizar bypass gástrico en Y de Roux según técnica.

Resultados:

La evolución postoperatoria es favorable con descenso de 28 kilos a los 6 meses de la cirugía de kg, IMC= 30 Kg/m², resolución de su hipertensión y sin sintomatología de reflujo.

Conclusiones:

La conversión de una cirugía antirreflujo a bypass gástrico laparoscópico es técnicamente más dificultosa pero factible y con baja morbilidad si es realizada por cirujanos bariátricos experimentados. De esta manera se logra un tratamiento efectivo antirreflujo con el beneficio adicional del descenso de peso con mejoría y/o resolución de las comorbilidades



BY PASS GÁSTRICO EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE RETIRO DE BANDING POR EROSIÓN GÁSTRICA

Ruiz, Guillermo, Clínica de Nefrología Urología y Enfermedades Cardiovasculares, Argentina

Antecedente:

La banda gástrica fue uno de los procedimientos bariátricos más realizados a principios de este siglo pero con un alto índice de complicaciones desde migración, perforación gástrica y el fracaso en la baja de peso. Se ha sugerido que la tasa de complicaciones aumenta entre 3 a 4% por cada año que permanece *in situ*, llegando a una tasa de 40% a 10 años.

La reintervención más efectiva luego de una cirugía bariátrica inicial restrictiva fallida es el bypass gástrico. Este procedimiento de revisión es técnicamente complejo y está asociado con un incremento en la incidencia de complicaciones entre el 12 y 40%.

Objetivo:

Demostrar que el by pass gástrico es la mejor cirugía para tratar la reganancia de peso después de un procedimiento bariátrico inicial restrictivo y para el manejo de la diabetes mal controlada.

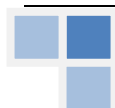
Material y Métodos:

Paciente femenina, 44 años, IMC= 38,5Kg/m², diabética medicada con metformina, vildagliptina y empaglifozina, con mal manejo de la misma con valores de hg glicosilada de 8.9 mg/dl. En 2009 presenta colocación de banding y posterior retiro del mismo más gastrografía VLP por erosión gástrica en 2018, asociado a reganancia de peso y a infección del puerto. Además, presenta eventración de cicatriz de kocher por colecistectomía previa.

Se realiza bypass gástrico en Y de Roux laparoscópico. En cavidad abdominal se constata eventración de cicatriz de kocher con presencia de colon transverso y adherencias firmes entre cara inferior de lóbulo izquierdo hepático y cara superior gástrica que dificultan la creación de un pouch gástrico correcto que se liberan combinando maniobras romas y elementos de sellado. Una vez identificado correctamente el estómago se procede a realizar bypass gástrico en Y de Roux.

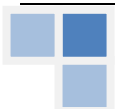
Resultados:

Buena evolución postoperatoria, descenso de 24 kilos a los 6 meses de la cirugía y valores de hg glicosilada de 5.6 mg/dl solo con metformina.



Conclusiones:

La conversión de una cirugía restrictiva a bypass gástrico es dificultosa pero factible y con baja morbilidad si es realizada por cirujanos bariátricos experimentados. Así logramos un tratamiento efectivo en el descenso de peso con mejoría y/o resolución de las comorbilidades



BYPASS GÁSTRICO: ES UNA BUENA OPCIÓN CON CIRROSIS HEPÁTICA Y DM2

Bonilla, Vanessa Anahi Sandoval¹; Edwin Gonzalo Claros Canseco, EGC²; Ewrin Viruez, EV³; Lourdes Monteiro, LM³.¹HOSPITAL OBRERO 3, Bolivia; ²Hospital Obrero Bolívia 3, Bolivia; ³Hospital Obrero 3 Bolivia, Bolivia

No es nada inusual iniciar la cirugía y depararnos con el hígado cirrótico y la condición del paciente ser diabético, la técnica del bypass es procedimiento que muestra buen control del Diabetes con amplio respaldo en la literatura científica.

Objetivo

Es mostrar dificultades técnicas y posibilidades de ascite pos operatoria.

Insuficiencia hepática puede aparecer y sería importante tomar la decisión de optar por otra técnica o continuar con lo propuesto sabiendo de posibilidades de complicación y la importancia de biopsia operatoria.

Fue seleccionado un video del Hospital Obrero 3 para estimular el debate de cual mejor camino seguir en estos casos de difícil decisión.



CIRUGÍA ROBÓTICA: RELATO DE LA PRIMERA AMPUTACIÓN DE RECTO. EN CURITIBA. (VÍDEO LIBRE)

Saavedra Tomasich, Flavio¹; Abreu, P²; Targa, GZ²; Polaquini, G²; Saavedra, D²; Silva, ELC². ¹Hospital de Cáncer Erasto Gaertner, Brazil; ²HOSPITAL ERASTO GAERTNER-(LIGA PARANAENSE DE COMBATE AO CÂNCER) GPO-CUR (GRUPO DE PESQUISA EN ONCOLOGIA-CURITIBA), Brazil

Antecedentes:

Beneficios de la cirugía robótica están comprobados en diversos estudios. El alto costo la hace poco accesible a la mayor parte de los hospitales brasileños. Desde octubre de 2016 el Hospital Erasto Gaertner (Hospital del Cáncer de Curitiba-Estado de Paraná) utiliza esta tecnología en pacientes del Sistema Público. En fase de implantación del proyecto, ya se realizaron 172 procedimientos, entre cirugías ginecológicas, urológicas y tracto gastrointestinal.

Objetivo:

La comunicación del primer caso de tumor de recto vía Robótica (da Vinci, SI) realizado en la institución, y por consecuencia en el estado de Paraná.

Material y métodos:

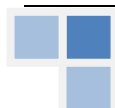
Paciente atendido en consultorio propuesto tratamiento oncológico con quimio e radioterapia previa y posterior abordaje operatoria, por intermedio de cirugía Robótica (Da Vinci, SI). Se presenta el video de el acto operatorio.

Resultados:

Se trata de paciente femenina, que se quejaba de sangre en las heces. En su examen encontramos una lesión localizada a 8 cm del borde anal. En la colonoscopia, la lesión se extendía por cerca de 7 cm, ocupando el 50% de la luz del recto. La biopsia evidenció un adenocarcinoma. Se ha realizado quimioterapia y radioterapia previa a la cirugía. Hemos practicado la amputación del recto, por vía de la cirugía robótica. La evolución de la paciente fue excelente, recibiendo alta hospitalaria en el 5º día postoperatorio. Se encuentra en seguimiento postoperatorio, hace 2 años, sin señales de enfermedad activa.

Conclusiones:

A pesar del alto costo y de la necesidad de entrenamiento especializado de todo el equipo, la realización de amputación de recto vía robótica es factible y con resultados postoperatorios excelentes.



CIRUGÍA DE NISSEN EN HERNIA HIATAL NO COMPLICADA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Nayar Villasanti, Gerson David; Rodríguez, Agustín; Segovia Lohse, Herald; Ojeda, Leonardo María; Almada Mareco, Rocío Teresita; Riquelme Recalde, Evelyn Karina, Hospital de Clínicas, Paraguay

Resumen y Resultados

La Enfermedad de Reflujo Gastroesofágica (ERGE) es definida como una condición que se desarrolla cuando el contenido gastroduodenal refluido del estómago al esófago causa síntomas molestos y/o complicaciones. Es una patología que mantiene rasgos regionales, raciales y genéricos poco claros.

Es una afección crónica, de carácter recurrente que está fuertemente influenciada por algunos factores como alimentos, alcohol, tabaco, obesidad, estrés y coexistencia de hernia hiatal. La prevalencia de la enfermedad es alta, estimándose que hasta un 10 – 30% de la población occidental sufre de la enfermedad.

En el video se aprecia el caso de un paciente masculino de 28 años, paraguayo, procedente de Asunción, estudiante, conocido portador de litiasis vesicular que había acudido por consultorio externo por un cuadro de dispepsia postprandial y síntomas de ERGE donde se le realiza los estudios pertinentes. Como hallazgo se había constatado una hernia hiatal no complicada. Se plantea el tratamiento laparoscópico, el mismo se realiza sin complicaciones. El paciente con buena evolución fue dado de alta en su 5 día de posoperatorio en buenas condiciones en planes de seguimiento por consultorio.



COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA DE COORDINACIÓN EN PACIENTE PORTADORA DE SITUS INVERSUS TOTALIS

Baranov, Sofia¹; Varela, M²; Santiago, P²; Beraldo, G², ¹DNSFFAA, Uruguay; ²Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Uruguay

Antecedentes:

El situs inversus es una anomalía genética de herencia autosómica recesiva poco frecuente (1/8.000-20.000 casos) en la cual los órganos torácicos y/o abdominales están invertidos y simétricos al eje central, no habiéndose demostrado evidencias sobre su influencia directa en la formación de litiasis en la vía biliar, o su asociación con alteraciones vasculares de la vesícula o vías biliares. Puede ser total o parcial según se asocie o no a dextrocardia. Fue descrito por primera vez por Aristóteles en animales y el primer caso en humanos fue publicado en el siglo XVII.

La colecistectomía laparoscópica es uno de los procedimientos quirúrgicos realizado por cirujanos generales más comunes en el mundo, con una morbimortalidad mínima, no hallándose evidencia en la literatura respecto a un aumento en las complicaciones del procedimiento en pacientes con situs inversus.

Objetivo:

Presentar el caso de una paciente de sexo femenino de 52 años con situs inversus totalis y litiasis vesicular sintomática en la que se realizó colecistectomía laparoscópica de coordinación.

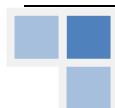
Material y método:

Se presenta video de la cirugía laparoscópica, con técnica americana invertida posicionándose el cirujano a la derecha de la paciente, junto con el primer ayudante y el segundo ayudante a izquierda de la paciente, se colocaron los trocares de 10 mm en su posición habitual, supra umbilical y en epigastrio sobre la línea media y los dos de 5 mm en hipocondrio y flanco izquierdo.

Resultados:

El acto anestésico quirúrgico transcurrió sin incidentes con 70 minutos de duración. La duración del procedimiento levemente superior a lo habitual fue atribuido al efecto de la orientación invertida y a la exploración meticulosa buscando alteraciones anatómicas accesorias. Sin complicaciones se otorgó alta hospitalaria a las 48 has y el control en atención periférica a la semana con paciente asintomática.

La anatomía patológica informó colecistopatía inflamatoria crónica.



Conclusiones:

Se expone un paciente con litiasis vesicular sintomática y sita sin versastotales y revisión de la literatura que evidencia que la cirugía laparoscópica es una opción segura en el tratamiento en estos pacientes.



COLOCACIÓN DE CATÉTER DE DIÁLISIS PERITONEAL POR VÍA LAPAROSCÓPICA.

MayarVillas anti, Gerson David; Machan Vega, Gustavo; Lo, Marcelo; Berra Bernal, Pablo; Segovia Lose, Herald; Riquelme Recalde, Evelyn Karina, Hospital de Clínicas, Paraguay

Resumen y Resultado

La diálisis es definida como un tratamiento médico que consiste en eliminar artificialmente las sustancias nocivas o tóxicas de la sangre, especialmente las que quedan retenidas a causa de una insuficiencia renal. La diálisis peritoneal es una opción dentro de los procedimientos dirigidos a la diálisis. Es implementado sobre todo al inicio del tratamiento sustitutivo renal con diálisis, y es recomendable a aquellos pacientes que tienen algún grado de función renal residual con el fin de preservar dicha función renal por más tiempo.

Como todo procedimiento quirúrgico, este no está exento de complicaciones. Estas complicaciones han disminuido al conocerse mejor los mecanismos desencadenantes, por lo que hoy se considera un tratamiento seguro.

Aunque para muchos es considerado una técnica en desuso, el abandono de la diálisis peritoneal no se debe considerar un fallo de la técnica, ya que para muchos pacientes ha supuesto un tratamiento cualitativo hasta pasar a hemodiálisis o hasta el trasplante renal.

En el video se aprecia el caso de un paciente femenino de 46 años, paraguaya, procedente de área urbana, con profesión quehaceres domésticos, conocida portadora de Enfermedad Renal Crónica en etapa dialítica, había acudido por consultorio externo derivada de nefrología para la colocación de catéter de diálisis peritoneal. El cual se colocó con fijación a la pared abdominal y exteriorizada por el puerto de 5 mm. Al cabo de dicho procedimiento fue efectuado una prueba terapéutica por el catéter de diálisis, posterior a lo cual el paciente fue dado de alta.



CONFECCIÓN DE TUBO GÁSTRICO POR VIA LAPAROSCÓPICA PARA SUSTITUCIÓN ESOFÁGICA, TÉCNICA QUIRÚRGICA.

Ramírez, I; Dardanelli, S; Mion, M; Parada, U; Barberousse, C; Taruselli, R. Clínica Quirúrgica a Hospital de Clínicas, Uruguay

Antecedentes

La aparición de la cirugía laparoscópica ha llevado al desarrollo de varias técnicas de confección de tubos gástricos para la sustitución del esófago en pacientes con Cáncer de Esófago.

Objetivos

Mostrar la técnica quirúrgica de confección que realizamos en nuestro Servicio de Cirugía General

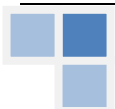
Material y Métodos

Se trata de un paciente portador de Cáncer de Esófago de tercio inferior torácico, que se le realizó una Esofagectomía Toracoscópica en posición prona, luego se colocó el paciente en decúbito dorsal y se realizó abordaje laparoscópico con cirujano entre las piernas del paciente.

Se utilizaron 3 trocares de 12 mm y 2 de 5 mm. Inicialmente realizamos maniobra de Kocher movilizándolo hasta ver la Vena Cava Inferior, previa movilización del ángulo cólico derecho, luego ligamos los vasos gástricos cortos, la sección del ligamento gastrocólico, identificación de arteria y vena coronaria estomáquica, sección en la base, linfadenectomía del tronco coronario celíaco, sección de arteria y vena gastroepiploica izquierda y esófago cardio tuberositarias. Confección de tubo gástrico con endo GIA 45 trisapler, refuerzo anastomótico con sutura barbada y puntos separados de polipropileno 4.0. Sutura al estomago seccionado para ascenso mediastinal y extracción de la pieza por cuello. Por último se completa la liberación mediastinal inferior y se realiza yeyunostomía de alimentación en primer asa yeyunal.

Resultados

La visión laparoscópica con cámara de alta definición nos brinda seguridad en la visualización de las estructuras, los selladores de vasos sanguíneos evitan las pérdidas sanguíneas, y las máquinas de sutura mecánica aseguran una correcta sección y sutura del estómago.



Conclusiones

Como muestra el video, es una técnica que requiere entrenamiento y presenta múltiples detalles técnicos, por lo que debe realizarse por equipo entrenados en cirugía laparoscópica de avanzada.



CONVERSIÓN DE SLEEVE PARA BYPASS GÁSTRICO

García David Yhussif Assad¹; Edwin Gonzalo Claros Canseco, EGC²; Erwin Viruez, EV³; Lourdes Monteiro, LM³ ¹HOSPITAL OBRERO 3, Bolivia; ²HOSPITAL OBRERO 3 BOLIVIA, Bolivia; ³HOSPITAL OBRERO 3 BOLÍVIA, Bolivia

Sleeve Gastrectomy es una de las técnicas más usuales en el mundo, así mismo la reganancia de peso es uno de los aspectos más marcantes y temas controversos que estimulan gigantes discusiones científicas, tenemos por objetivo presentar una sistematización diferente del bypass simplificado y la importancia del cierre del espacio de Peterssen como prevención de hernias internas.



CORRECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS GASTRO YEYUNAL EN UN BY PASS GÁSTRICO.

Varela Vega, Martín¹; Baranov, Sofía²; Cubas, Santiago²; Beraldo, Gerardo²; Elhordoy, Mariana²; Santiago, Pablo². ¹HCFFAA, Uruguay; ²Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Uruguay

Introducción:

El by pass gástrico es una técnica de cirugía bariátrica de probada eficacia en el control de la obesidad y la resolución de enfermedades asociadas, como diabetes e hipertensión. Parte de la eficacia de la técnica reviste en una anastomosis gastro yeyunal de pequeño diámetro (entre 12 y 15 mm), para generar un efecto restrictivo. Sin embargo, en el afán de proporcionar una boca anastomótica pequeña, pueden producirse accidentalmente estenosis no deseadas, ya sea inflamatorias o por un defecto técnico.

Objetivos:

Describir la corrección por vía laparoscópica de una estenosis de anastomosis gastro yeyunal en un paciente de nuestro servicio.

Métodos:

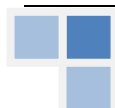
Presentación de un video de cinco minutos.

Resultados:

paciente de sexo femenino de 44 años de edad, con obesidad mórbida tipo 1 (peso inicial 105 kg, IMC 36,5) y como comorbilidades asociadas enfermedad por reflujo gastroesofágico con Barrett corto (sin displasia), intolerancia a los hidratos de carbono, hipertrigliceridemia, sobrecarga articular y esteatosis hepática. Se decide realizar by pass gástrico por laparoscopía. A las 24 hs intolerancia digestiva alta con vómitos repetidos. Tránsito contrastado muestra ausencia de pasaje al asa yeyunal. Con diagnóstico de estenosis de la anastomosis gastroyeyunal se decide cirugía de urgencia para rehacer la anastomosis por vía laparoscópica. Cirugía de 1 hora de duración, sin incidentes. Postoperatorio adecuado, tránsito de control muestra buen pasaje distal.

Conclusiones:

La estenosis de la anastomosis gastroyeyunal es una complicación poco frecuente, debido principalmente a un defecto técnico. La terapéutica varía desde corticoides iv para disminuir el componente inflamatorio, las dilataciones endoscópicas y la re cirugía. Cuando el defecto técnico es evidente, la cirugía precoz es lo indicado.



DOBLE GRAPADO CON CIRCULAR EN LA ILEOTRANSVERSO ANASTOMOSIS. ASPECTOS TÉCNICOS

Almada, Mario¹; Bonilla, Fernando²; Pouy, Andrés²; Haro, Camila²; Misa, Ricardo²
¹Hospital de Clínicas, Uruguay; ²Hospital Español. Juan J. Crottogini, Uruguay

Antecedentes:

La grapadora circular y la técnica de doble grapado han favorecido la realización de anastomosis colorrectales con disminución en el índice de fuga anastomótica. También el uso de estas suturas y sus variantes técnicas se han extendido al resto de suturas en el colon.

Objetivo:

Mostrar aspectos técnicos en la aplicación del uso de sutura mecánica circular termino lateral en la ileotransverso anastomosis.

Material y método:

Se presenta un video con detalles de la técnica quirúrgica realizada en la restitución del tránsito de la colectomía derecha, utilizando sutura mecánica circular terminolateral, en el Hospital Español, Juan J. Crottogini.

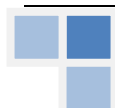
Resultados: La técnica ha sido utilizada en resecciones por cáncer de colon derecho. El dispositivo utilizado fue (máquina circular N° 28), el procedimiento realizado fue ileotransverso anastomosis termino lateral; no se han registrado fallas de sutura, ni otras complicaciones.

Discusión:

La técnica de anastomosis termino lateral con sutura mecánica circular doble engrapado, surge como una alternativa a las demás técnicas tanto de sutura manual como mecánica. La bibliografía mundial hace mención especialmente a la técnica de doble grapado en anastomosis colorrectal con muy buenos resultados. En nuestra serie utilizando la técnica en ileotransverso-anastomosis, también se registraron buenos resultados.

Conclusiones:

La técnica de anastomosis terminolateral utilizando sutura mecánica circular en la colectomía derecha es segura.



ESPLENOPANCREATECTOMÍA DISTAL LAPAROSCÓPICA POR METÁSTASIS PANCREÁTICA DE CARCINOMA RENAL

Chinelli, J¹; HERNANDEZ, G²; Rodriguez, G³. ¹Hospital Maciel, Uruguay; ²Corporación Médica de Canelones (COMECA), Uruguay; ³Corporación Médica de Canelones (COMECA), Uruguay

Antecedentes:

Las metástasis pancreáticas por carcinoma renal de células claras son excepcionales, presentándose en general como tumores asintomáticos de diagnóstico incidental.

Caso clínico:

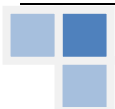
Hombre de 61 años, nefrectomizado hace 10 años, durante el seguimiento se detecta una masa pancreática distal de 3 cm, hipervascular. Se realiza pancreatectomía corporocaudal laparoscópica, confirmándose la presencia de una metástasis de carcinoma renal.

Discusión:

Las metástasis pancreáticas del carcinoma renal suelen aparecer en forma asintomática y metacrónica. La resección quirúrgica logra buenos resultados oncológicos y debe intentarse siempre que sea posible.

Conclusión:

En este caso destacamos que se pudo realizar una excéresis radical mediante abordaje mínimamente invasivo



EVENTRACIÓN DE FLANCO IZQUIERDO POST NEFRECTOMÍA IZQUIERDA. ENVENTROPLASTIA RESOLUCIÓN POR VÍA LAPAROSCÓPICA. TÉCNICA QUIRÚRGICA

Fernández, I; Mion, M; Ramírez, I; Dardanelli, S; Barberousse, C Taruselli, R, Clínica Quirúrgica a Hospital de Clínicas, Uruguay

Antecedentes

La cirugía laparoscópica visualiza la topografía correcta de la misma y permite su tratamiento, presentando beneficio en lo estético , menor dolor post operatorio , rápido reintegro laboral , siendo una técnica fácil de reproducir .

Objetivos

Presentar la técnica de eventroplastia laparoscópica.

Material y Métodos

Paciente se sexo femenino que presentaba episodios de dolor abdominal con tumoración en flanco izquierdo, el examen físico lo que se realiza laparoscopia diagnóstica visualizándose el defecto. Se procede a disección del saco peritoneal mediante sección del peritoneo parietal 2 cm encima del borde superior con Hook, liberación de todo el saco peritoneal, dejando el mismo en el sector inferior, confección de malla de prolipropileno con 4 puntos de polipropileno 1, fijado en los puntos cardinales, introducción por trocar de 12 mm, utilización de aguja de Reverdin laparoscópica para extracción de hilos de sutura, se anudan los mismos por fuera del abdomen. Una vez fijada se cubre con peritoneo y resto de saco peritoneal con sutura barbada corrida. Se destaca el no uso de Tucker para la fijación de la malla.

Resultados

Se destaca la facilidad del diagnóstico por laparoscopia, el sencillez del procedimiento, el escaso dolor postoperatorio así como la ausencia de extensas incisiones de piel.

Conclusiones

Es una técnica fácilmente reproducible, requiere entrenamiento y destrezas en cirugía laparoscópica, y de un costo aceptable para países en desarrollo.



¿ES EL ROUND-BLOCK UNILATERAL UNA TÉCNICA VÁLIDA PARA LA EXERESIS DE UN LIPOMA GIGANTE SUBPECTORAL?

Adrianzén, Marcos¹; Pérez, Leticia²; Buch, Elvira²; Bellver, Gemma²; Ortega, Joaquín²

¹Hospital Clínico Universitario de Valencia, Spain; ²Hospital Clínico Universitario de Valencia, Spain

Objetivo:

Valorar la eficacia y seguridad de la mamoplastia tipo Round-Block unilateral como técnica alternativa a los abordajes transaxilares y submamarios en el tratamiento de los lipomas subpectoriales gigantes.

Material y métodos:

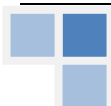
Presentamos el caso de un varón de 50 años remitido a nuestra unidad de cirugía de mama por hipertrofia mamaria derecha paulatina de tres años de evolución que en los últimos meses le está ocasionando problemas estéticos. A la exploración, se identifica gran masa en mama derecha de consistencia blanda sin adherencias a planos profundos ni adenopatías axilares. Se evidencia tumoración retropectoral derecha de unos 23,3 x 22,5 x 12cm con densidad grasa en las pruebas de imagen (ecografía y TAC). Dado al aspecto encapsulado de la lesión, la no invasión de los tejidos blandos vecinos y de los elementos vasculares, así como la necesidad de descartar un proceso maligno, se decidió exéresis quirúrgica. Se abordó mediante técnica de Round-Block unilateral. Una vez hechas las mediciones correspondientes con la finalidad de simetrizar la altura y el tamaño de la areola con el lado contra lateral, se realizó el dibujo del patrón. Posteriormente se realizó la incisión siguiendo el patrón y se accedió al espacio retropectoral por el borde externo del músculo pectoral. El abordaje mediante esta técnica facilitó la exéresis completa con éxito, tanto del tumor como del exceso de piel y dejar una cicatriz en la transición piel-areola. Se dejó dos drenajes aspirativos.

Resultados:

El paciente presentó un postoperatorio satisfactorio con alta a las 24h y retirada de drenajes a las 72h en consultas externas. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de lipoma sin signos de malignidad.

Conclusiones:

La mamoplastia tipo Round-Block es una alternativa tanto a las mutilantes mastectomías como a los clásicos abordajes transaxilares y submamarios. El ajuste del patrón al tamaño de la lesión en cada paciente, así como la resección de la cantidad necesaria de piel y la cicatrización periareolar con un resultado estético satisfactorio, hacen de esta técnica una alternativa válida y segura en este tipo de lesiones.



EVENTRACIONES MÚLTIPLES POR TRÓCARES POSTCOLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA. UNA REALIDAD NO ASUMIDA.

Gómez Portilla, Alberto¹; López de Heredia, E²; Vallejo, C²; Guede, N²; Gareta, A²; Diago, E². ¹Hospital Universitario de Araba (HUA) Sede Hospital Santiago. Universidad País Vasco (UPV). Vitoria., Spain; ²Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo Hospital Universitario Araba (HUA). Sede Hospital Santiago Apóstol. Depart, Spain

Antecedentes

La cirugía laparoscópica es responsable de un nuevo tipo de hernia incisional, la eventración producida en la inserción de los trocares laparoscópicos. Tras la colecistectomía laparoscópica se han descrito hernias en todas las áreas de inserción de trocares, aunque es la hernia periumbilical la más frecuente. Globalmente su incidencia es menor del 1,5%, aunque probablemente esté infraestimada. Hasta 15% de los pacientes afectados de eventraciones por trocares post laparoscopia pueden requerir cirugía de urgencia

Se han recogido varios factores de riesgo para el desarrollo de la hernia por trocar, incluyendo edad avanzada, obesidad, diabetes mellitus, tipos de trocar específicos, duración prolongada de la intervención, ampliación de la incisión, infección de la zona quirúrgica y la conversión a colecistectomía abierta.

Hay un debate en la literatura en cuanto a la necesidad de suturar las incisiones de los trocares? 10 mm.

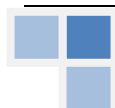
Objetivos

Presentar el tratamiento laparoscópico de las eventraciones múltiples por trocares tras colecistectomía laparoscópica.

Material y Métodos. Caso Clínico

Varón de 79 años de edad, intervenido quirúrgicamente de hernia umbilical en 2003. Colecistectomía laparoscópica reconvertida a laparotomía subcostal en 2016.

Debuta clínicamente en Noviembre 2018 con crisis de dolor abdominal, aunque en una AngioRMN de Febrero del mismo año, por estudio por dilatación de arteria ilíaca, ya se objetivan tanto la eventración supraumbilical como la subxifoidea.



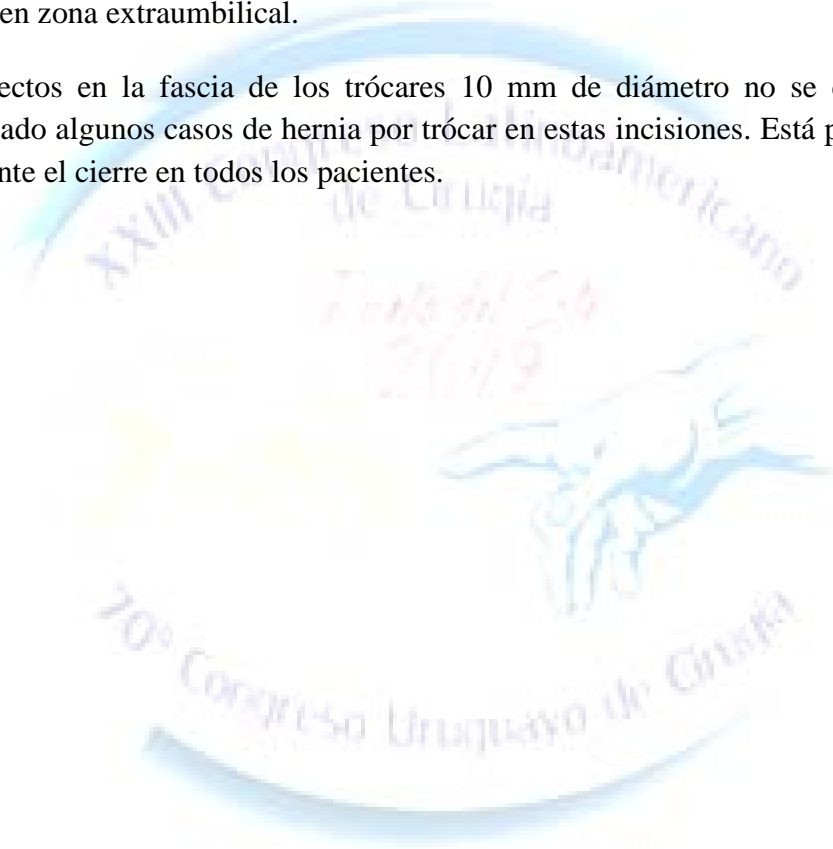
Resultados

Bajo anestesia general se realiza por vía laparoscópica eventroplastia del trócar subxifoideo con malla VentralexTM 8 cm y eventroplastia del trócar supraumbilical con malla SymbotexTM de 10 x15 cm. Ambas con Técnica de doble corona con CapsureTM.

Conclusiones

La hernia por trócar tras colecistectomía laparoscópica ocurre entre el 1-1,6% de los pacientes. Más del 25% de los casos de hernia por trócar tras colecistectomía laparoscópica ocurren en zona extraumbilical.

Los defectos en la fascia de los trócares 10 mm de diámetro no se cierran, pero hemos identificado algunos casos de hernia por trócar en estas incisiones. Está por ver si convendría igualmente el cierre en todos los pacientes.



EXPLORACIÓN DE VÍA BILIAR PRINCIPAL LAPAROSCÓPICO MÁS CIERRE PRIMARIO DEL COLÉDOCO POR COLEDOCOLITIASIS. VIDEO DE TÉCNICA QUIRÚRGICA

Guastavino, Andrés¹; González, M²; Estapé, G². ¹Hospital de Clínicas, Uruguay; ²Casa de Galicia, Uruguay

Antecedentes:

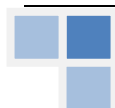
La coledocolitiasis tiene una incidencia aproximada de 3 a 15% en pacientes con litiasis vesicular según distintas series. Existen múltiples estrategias terapéuticas, la mayoría se resuelven con cirugía (colecistectomía laparoscópica) combinada con colangiografía retrógrada endoscópica pre, intra o postoperatoria. Existen otras estrategias en caso de fracaso de la vía endoscópica que es la coledocotomía con cierre primario o cierre sobre drenaje de Kehr. La vía laparoscópica es la técnica de elección.

Objetivo:

Presentar un video de exploración de vía biliar principal laparoscópico con cierre primario de colédoco.

Materiales y métodos:

Paciente de sexo masculino, 69 años, tabaquista, con cuadro clínico de colangitis aguda simple que remite bajo tratamiento médico. Ecografía abdominal: vesícula escleroatrófica, hepatocolédoco dilatado de 14mm con imágenes de litiasis en sector distal. Colangiografía retrógrada endoscópica con papilotomía: no se logra la extracción de litiasis, se coloca drenaje biliar interno con prótesis de plástico. Cirugía: colocación de trocares bajo visión directa según técnica americana. Se constata vesícula atrófica que no se extrae y colédoco dilatado. Disección del colédoco y liberación del peritoneo de la cara anterior. Coledocotomía longitudinal con tijera, y extracción de prótesis biliar interna. Colocación de sonda vesical fina y colangiografía a través de ella que evidencia múltiples litiasis en colédoco distal. Coledocolitotomía mediante instrumentación con cestilla de Dormia el cual requiere varios intentos, se extraen múltiples litiasis en fragmentos. Coledococlis distal y proximal con suero fisiológico a través de la sonda hasta comprobar una vía biliar principal sin imágenes de litiasis con buen pasaje de contraste al duodeno. Se recoloca prótesis biliar a través de la coledocotomía. Cierre primario con puntos separados de poliglactina 910 calibre 3-0. Correcta hemostasis, no se constata fuga biliar. Colocación de drenaje de látex subhepático. Evacuación de neumoperitoneo y extracción de trocares. Buena evolución postoperatoria, drenaje con escaso gasto serohemático que se retira al 3er día. Alta el 4º día.



Conclusiones:

Existen varias opciones terapéuticas para el abordaje de la coledocolitiasis. La coledocotomía laparoscópica mas el cierre primario es una técnica efectiva y segura, evitando la morbilidad del drenaje biliar.



EXTRACCIÓN LAPAROSCÓPICA DE BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE

Varela Vega, Martín¹; Baranov, Sofía²; Cubas, Santiago²; Beraldo, Gerardo²; Santiago, Pablo²; Irisarri, Verónica², ¹HCFFAA, Uruguay; ²Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Uruguay

Antecedentes:

La banda gástrica ajustable es un método de cirugía bariátrica que fue ampliamente usado en algunos países en la primera década de este siglo. Su efecto para adelgazar se basa en la restricción de la ingesta ejerciendo una compresión externa sobre el fundus gástrico. Con el correr de los años varios trabajos demostraron su inferioridad sobre otras técnicas de cirugía bariátrica, así como complicaciones nada despreciables.

Objetivo:

Presentamos el caso de una paciente de 44 años que fue sometida a una colocación de banda gástrica ajustable hace 10 años en otro país, con intolerancia digestiva a alimentos sólidos y blandos, y una repercusión nutricional severa, pesando en el momento de la cirugía 48 kilos. La misma fue operada por vía laparoscópica para extracción de la banda gástrica.

Materiales y Métodos:

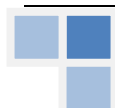
video de 5 minutos de duración.

Resultados:

cirugía por vía laparoscópica de una hora de duración. La banda gástrica se mostraba firmemente adherida al fundus gástrico y al lóbulo izquierdo del hígado. Se logró extraer la totalidad de la misma, con prueba de azul de metileno intraoperatoria negativa para perforación. Postoperatorio sin complicaciones retomando vía oral al día siguiente, alta a los 3 días, y buena reganancia de peso posterior.

Conclusiones:

la banda gástrica ajustable es un método de cirugía bariátrica que ha demostrado tener algunas complicaciones serias, como la fistulización de la misma, o la estenosis que determina una intolerancia digestiva alta severa. La extracción en estos casos está indicada, siendo el abordaje laparoscópico beneficioso ya que tiene menor morbilidad parietal.



GASTRECTOMÍA DISTAL LAPAROSCÓPICA PALIATIVA EN SINDROME ESTENOSIS GASTRODUODENAL.

Pouy, Andres¹; Muniz, N²; Haro, C²; Almada, M²; Martínez, M²; Misa, R², ¹Clínica Quirúrgica B, Uruguay; ²Clínica Quirúrgica "B", Prof. Dr. César Canessa, Hospital Español - UDA Cirugía, Universidad de la República, Uruguay

Antecedentes:

La estenosis al tracto de salida gástrico es una complicación frecuente de los tumores del tracto digestivo, siendo el cáncer gástrico la primera causa en frecuencia, seguido por los tumores pancreáticos y en tercer lugar las neoplasias de vía biliar. Existen múltiples opciones terapéuticas que incluyen técnicas endoscópica y quirúrgicas (abiertas o videoasistidas).

Objetivo:

Presentar caso clínico de un paciente portador de una estenosis gastroduodenal secundaria a cáncer gástrico estadio IV (hepático), en el que se realizó una gastrectomía distal laparoscópica (LPSC) paliativa.

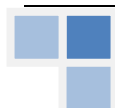
Descripción de contenidos:

Se colocaron 4 puertos en hemiabdomen superior, uno de 10 mm supraumbilical, otro de 10 mm borde externo del recto izquierdo para mano derecha del cirujano, otro de 10 mm borde externo de recto izquierdo para mano izquierda, otro de 5 mm en hipocondrio izquierdo. Dado la imposibilidad de colocar SNG en el preoperatorio, se evidencia un estómago distendido, el cual llega hasta la pélvis.

Sección de ligamento gastrocólico, abordando transcavidad de los epiplones, caraposterior gástrica sana. Sección de pedículo gastroepiploico derecho, liberación deduodeno I y sección del mismo con sutura mecánica. Sección de arteria gástrica derecha y arteria gástrica izquierda. Sección visceral con 4 disparos de máquina lineal cortantecarga azul de 60 mm. Se identifica ángulo duodeno-yeyunal, ascenso de la tercer aspre-mesocólica. Anastomosis mecánica con máquina lineal carga azul. Cierre de brecha anastomótica con doble surget de sutura barbada. Extracción de pieza por incisión transversa en hipocondrio izquierdo.

Material y método:

Se presenta el caso clínico de un paciente SM, 60 años, fumador intenso y alcoholista. Consulta por cuadro de estenosis gastro-duodenal, se realiza Fibrogastroscofia que muestra extensa lesión ulcerada en antro gástrico. La anatomía patológica informa adenocarcinoma moderadamente diferenciado. En la Tomografía Computada se evidencian 2 lesiones hepáticas secundarias.



Resultados:

Se muestra una gastrectomía distal paliativa realizada por vía laparoscópica para el tratamiento de la estenosis gastroduodenal.

Conclusiones:

La cirugía laparoscópica constituye una herramienta de gran valor en el tratamiento paliativo de la estenosis gastroduodenal maligna.



GASTRECTOMÍA TOTAL LAPAROSCÓPICA CON ENDOSCOPIA INTAOPERATORIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Pirez, Virginia; Rappa, Julio; Viera, Nora; Perdomo, Raúl; Bornia, Jimena, Hospital Policial, Uruguay

Antecedentes:

El cáncer gástrico es el segundo en frecuencia del tubo digestivo, siendo la cuarta y sexta causa de muerte en hombres y mujeres respectivamente en nuestro país. Es más frecuente en mayores de 40 años, hombres, siendo conocida su relación con la exposición a factores de riesgo originados en los hábitos de vida. En 1/3 de los casos se topografían a nivel antral y más del 90% corresponden a adenocarcinomas. La cirugía laparoscópica esta ampliamente aceptada en el mundo para el tratamiento del cáncer gástrico. Existen trabajos en el mundo donde se utiliza la endoscopia intraoperatoria para determinar márgenes proximales al tumor.

Objetivo:

Mostrar la posibilidad de tratamiento quirúrgico por vía laparoscópica, respetando el criterio oncológico (R0), en la gastrectomía total en un cáncer de cuerpo gástrico. Definir la posibilidad de márgenes libres de tumor, evitando la gastrectomía total utilizando la endoscopia intraoperatoria.

Materiales y métodos:

Contamos con la historia clínica de la paciente con diagnóstico de cáncer gástrico de cuerpo alto con remisión completa posterior a neoadyuvancia, así como material gráfico de la paraclínica y la cirugía.

Resultados:

Demostramos la utilidad de la endoscopia intraoperatoria en una paciente con un tumor de cuerpo alto, que presentó una remisión completa, a la cual se le debió realizar una gastrectomía total para cumplir con resección oncológica. La resección se realizó por vía laparoscópica con excelentes resultados oncológicos.

Conclusiones:

La gastrectomía laparoscópica es una opción valida para el tratamiento oncológico del cáncer gástrico, pudiendo utilizarse la endoscopia intraoperatoria para determinar el margen proximal de la resección, dejando parte de estómago con las funciones conocidas.



HERNIA DE SPIEGEL: REPARACIÓN PARIETAL LAPAROSCÓPICA.

Giroff, Nicolas¹; Sciuto, Pablo²; González, Daniel². ¹Hospital Maciel, Uruguay; ²Hospital Maciel, Clínica Quirúrgica 3, Uruguay

Antecedentes:

Las hernias de Spiegel (HS) representan entre el 1-2% de todas las hernias de la pared abdominal.

Tradicionalmente la reparación de este tipo de hernias ha sido mediante abordaje convencional, realizando una herniorrafia o hernioplastia con materia protésico. Carter y Mizes realizaron en 1992 la primera reparación parietal laparoscópica de una HS, desde entonces los reportes y series de casos son cada vez más frecuentes debido a las ventajas de este abordaje (menor tasas de complicaciones parietales, mejor resultado estético, recuperación y alta precoz). Se destaca también su valor como herramienta diagnóstica en aquellos casos en los que persisten las dudas diagnósticas. Por último, permite descartar defectos contralaterales así como otros defectos parietales no evidentes al examen físico, pudiendo realizar el tratamiento integral de la patología herniaria en un solo tiempo operatorio.

Existen diferentes técnicas para la reparación parietal laparoscópica de las hernias de Spiegel, la IPOM (intraperitoneal onlay method), la técnica TAPP (transabdomino preperitoneal mesh placement) y la técnica TEP (totaly extraperitoneal mesh placement).

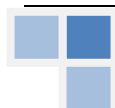
Objetivos:

exponer en el video el empleo de la técnica TAPP para la reparación parietal laparoscópica en una hernia de Spiegel.

Materiales y Métodos:

paciente de 70 años, hipertenso, colecistectomizado hace 1 año, prostatectomía convencional hace 8 años. Consulta por tumoración herniaria en FII de 5x4cm, de 2 años de evolución, reductible y coercible, impresiona anillo de aproximadamente 1cm. Se realiza Tomografía computada de abdomen que no evidencia defectos parietales.

Con planteo de Hernia de Spiegel infraumbilical izquierda se realiza hernioplastia laparoscópica empleando técnica TAPP utilizando malla de polipropileno con overlap de 5cm. Destacamos el cierre del anillo con surget de V-Loc 2-0 previo a la colocación de la malla.

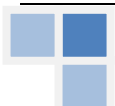


Resultados:

evolución postoperatoria sin complicaciones, alta a domicilio en 24hs de postoperatorio. Paciente asintomático y sin evidencia de recidiva en 1 mes de seguimiento.

Conclusiones:

La reparación parietal laparoscópica puede realizarse de forma segura y con buenos resultados. Las técnicas IPOM y TAPP son las más utilizadas



HERNIA DE SPIEGHEL. RESOLUCIÓN POR VÍA LAPAROSCÓPICA

Mion, M; Ramírez, I; Dardanelli, S; Fernández, I; Taruselli, R, Clínica Quirúrgica A Hospital de Clínicas, Uruguay

Antecedentes

La hernia de Spieghelel tiene una baja incidencia, siendo dificultoso su diagnóstico en el preoperatorio. La cirugía laparoscópica visualiza la topografía correcta de la misma y permite su tratamiento.

Objetivos

Presentar la técnica de hernioplastia laparoscópica.

Material y Métodos

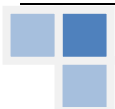
Paciente se sexo femenino que presentaba episodios de dolor abdominal con tumoración en flanco derecho, ecográficamente informaba Hernia de Spieghelel, el examen físico no era concluyente por lo que se realiza laparoscopia diagnóstica visualizándose el defecto. Se procede a disección del saco peritoneal mediante sección del peritoneo parietal 2 cm encima del borde superior con Hook, liberación de todo el saco peritoneal, dejando el mismo en el sector inferior, confección de malla de prolipropileno con 4 puntos de polipropileno 1, fijado en los puntos cardinales, introducción por trocar de 12 mm, utilización de aguja de Reverdin laparoscópica para extracción de hilos de sutura, se anudan los mismos por fuera del abdomen. Una vez fijada se cubre con peritoneo y resto de saco peritoneal con sutura barbada corrida. Se destaca el no uso de Tucker para la fijación de la malla.

Resultados

Se destaca la facilidad del diagnóstico por laparoscopia, la sencillez del procedimiento, el escaso dolor postoperatorio así como la ausencia de extensas incisiones de piel.

Conclusiones

Es una técnica fácilmente reproducible, requiere entrenamiento y destrezas en cirugía laparoscópica, y de un costo aceptable para países en desarrollo.



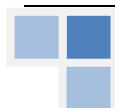
HERNIA DIAFRAGMÁTICA GIGANTE

Sastre, Ignacio¹; España Manuel, em²; Ceballos Roberto, CR³; Bustos Mario, BM⁴ ¹Hospital Universitario Privado de Córdoba, Argentina; ²Hospital Privado Universitario de Córdoba, Argentina; ³Hospital Privado Universitario de Córdoba, Argentina; ⁴Hospital Privado Universitario de Córdoba, Argentina

Paciente de 54 años, sin antecedentes medico - quirúrgico de relevancia, ingresa por guardia, por colisión vial

auto - camión. Estable hemo-dinamicamente, SO₂ 97%, leve dolor costal, sin otra sintomatología. Se le realiza TC de tórax. Se observa protrusión de visceras abdominales hacia hemitorax izquierdo a través de defecto diafragmático, con colapso total del parénquima pulmonar izquierdo. Sin imágenes previa comparativas. Al notener repercusiónclínica, se programa cirugía electiva: Hernioplastia diafragmática con malla porvideolaparoscopia + videotoracosopia. Se halla durante la misma defecto en el cierre pericardico.

Posteriormente, ya reducida la hernia, se realiza fibrobroncosopia, no visualizándose alteración anatómica traqueobronquial



HERNIA HIATAL PARAESOFÁGICA TIPO IV. TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO ASOCIANDO GASTROPEXIA SEGÚN TÉCNICA DE NARBONA

Soumastre, Alejandro; García, Alan; Castro, Álvaro; Viola, Marcelo, Hospital Pasteur, Uruguay

ANTECEDENTES:

La cirugía laparoscópica de la hernia hiatal paraesofágica tipo IV es técnicamente demandante. Sus objetivos son la reducción del saco y su contenido, el cierre del hiato esofágico y la confección de un procedimiento anti-reflujo. Un punto controvertido es asociar un procedimiento de fijación intraabdominal del estómago, como elemento de mayor seguridad. La cardiogastropexia con ligamento redondo (B. Narbona; 1964) ha caído en desuso como procedimiento único para el tratamiento del RGE, pero conserva interés como procedimiento de gastropexia.

OBJETIVO:

Comunicar el caso de una paciente portadora de hernia paraesofágica tipo IV con resolución totalmente laparoscópica, en la que se asoció funduplicatura de Nissen y gastropexia según técnica de Narbona.

MATERIAL Y MÉTODO:

Presentación del caso clínico y video de la cirugía.

RESULTADOS:

Presentamos el caso de una mujer de 46 años, portadora de una hernia hiatal tipo IV que contenía estómago y colon transverso, complicada con síntomas de intolerancia digestiva alta. Se realizó tratamiento quirúrgico mediante abordaje laparoscópico, con reducción del saco herniario, cierre de los pilares diafragmáticos, gastropexia según técnica de Narbona y funduplicatura tipo floppy Nissen. La evolución postoperatoria inmediata y alejada ha sido buena.

COMENTARIOS:

la resolución laparoscópica de las hernias paraesofágicas tipo IV constituye un procedimiento de alta complejidad técnica, que debe ser realizado por un equipo con experiencia en este tipo de cirugías. La gastropexia mediante técnica de Narbona es un recurso técnico a tener en cuenta como procedimiento asociado a la funduplicatura esofágica, ya que es un elemento más de seguridad, sencillo de realizar y que insume poco tiempo.



HERNIA INTERNA COMO COMPLICACIÓN DE BYPASS GÁSTRICO

Garmendía, Jimena; Rodríguez, N; Perdomo, M; Sciuto, P; Valsangiacomo, P; González, D

Hospital Maciel, Uruguay

Antecedentes

Una de las complicaciones de la cirugía para la obesidad es la oclusión intestinal debida a una hernia interna (HI). Su incidencia varía desde 0,5 a 11% según las series.

Es una complicación alejada, poco frecuente, pero diagnosticada tardíamente puede determinar una elevada morbimortalidad.

Durante la realización del bypass gástrico, en la reconstrucción con el asa alimentaria antecólica se genera entre los mesos del asa y del colon el espacio de Petersen, sitio donde puede generarse una hernia interna.

La sintomatología puede variar desde un dolor abdominal inespecífico hasta un cuadro agudo de abdomen.

Si bien está recomendado realizar una TC abdominal con el fin de identificar la HI, generalmente los resultados no son concluyentes. La imagen de mesenterio en remolino es uno de los criterios diagnósticos para la misma.

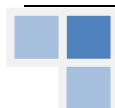
El tratamiento se basa en reducción de la hernia y cierre del defecto con sutura de material irreabsorbible.

Objetivo

Presentar un caso clínico mediante el video de su resolución quirúrgica.

Material y método

Paciente de 28 años, operado hace 2 años de bypass gástrico. Consulta en puerta de emergencia por dolor abdominal de 2 meses de evolución, localizado en hemiabdomen superior a predominio de HI, intermitente, con períodos de acalmia. En las últimas 72hs agrega náuseas y detención del tránsito para materias y gases. TC evidencia, pouch gástrico y asas delgadas distendidas con imagen en remolino sugerente de hernia interna. Se realiza laparoscopia exploradora donde se identifica hernia interna en el espacio de Petersen, la cual se reduce y se cierra el defecto. Buena evolución postoperatoria.

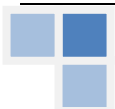


Conclusiones

El conocimiento de las complicaciones postoperatorias de la cirugía bariátrica es indispensable para el diagnóstico y tratamiento precoz de las mismas.

La prevención de ésta complicación se realiza mediante el cierre sistemático de las brechas mesiales generadas en el bypass gástrico con sutura de material irreabsorbible.

En el caso de la hernia interna dada la vaga sintomatología y los hallazgos inespecíficos de la TC, la laparoscopia diagnóstica cobra real importancia y es indispensable realizarla en las primeras horas para reducir el riesgo de complicaciones severas como isquemia y necrosis intestinal.



HERNIA PARAHIALAL. FUNDUPLICATURA DE NISSEN LAPAROSCÓPICA. TÉCNICA QUIRÚRGICA - VIDEO

Dra. González, Micaela; Dr. Estapé, Gonzalo, Sanatorio Casa de Galicia, Uruguay

Antecedentes:

Hernia parahiatal, definida como el pasaje hacia el tórax del estómago, manteniéndose el cardias en posición abdominal, a través del hiato esofágico, clasificando como hernia Hiatal tipo II, o por fuera de él por un orificio neumatoentérico no obliterado.

Infrecuente, ocurre en 3-5%. Predomina en mujeres entre 50-60 años.

Dado las potenciales complicaciones, como estrangulación, volvulación gástrica con isquemia y necrosis de la pared gástrica con perforación y mediastinitis; o ulceración de la bolsa gástrica herniada con hemorragia digestiva alta; su tratamiento es quirúrgico, y el abordaje laparoscópico es hoy de elección.

Objetivos:

Presentar video de reparación del defecto herniario, funduplicatura de Nissen laparoscópica, en una paciente con una hernia parahiatal.

Materiales y métodos:

SF, 58 años. En valoración preoperatoria de hernia parahiatal de larga data. Ingresa por dolor torácico y disnea brusca. Descartado cuadro cardiovascular y respiratorio, se interpreta como episodio de atascamiento herniario.

De la paraclínica se destaca RxTX con imagen de nivel hidroaéreo retrocardíaco, tránsito baritado esofagogastroduodeno objetivando el estómago ascendido al tórax, desplazando al esófago torácico, y una TC toracoabdominal que muestra una hernia voluminosa, con estómago distendido, rotado, con imagen de nivel hidroaéreo indicando retención gástrica.

Se realiza cirugía en la misma internación. Paciente en decúbito dorsal, neumoperitoneo cerrado, se emplazan trocres: 10mm supraumbilical y en hipocondrio izquierdo; 5mm en epigastrio, hipocondrio derecho y flanco izquierdo.

Se evidencia hernia parahiatal grande con anillo de 6cm aprox, se realiza un abordaje extrasacular de la hernia, reducción en bloque del saco herniario con su contenido, y resección parcial del saco.

Se procede al cierre de los pilares diafragmáticos, con puntos separados, y se realiza la funduplicatura de Nissen, mediante una valva a favor del fundus gástrico, pasando retroesofagica, 360o, quedando sin tensión. Buena evolución, alta al 4to día.



Conclusiones:

La reparación laparoscópica de las hernias parahiatales ofrece buenos resultados con baja morbimortalidad, con los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva y excelente visualización del hiato esofágico, y mejor disección mediastinal.

Si bien el procedimiento antirreflujo puede variar según la preferencia del cirujano, la funduplicatura de Nissen tiene un excelente resultado en el 95% de los casos.



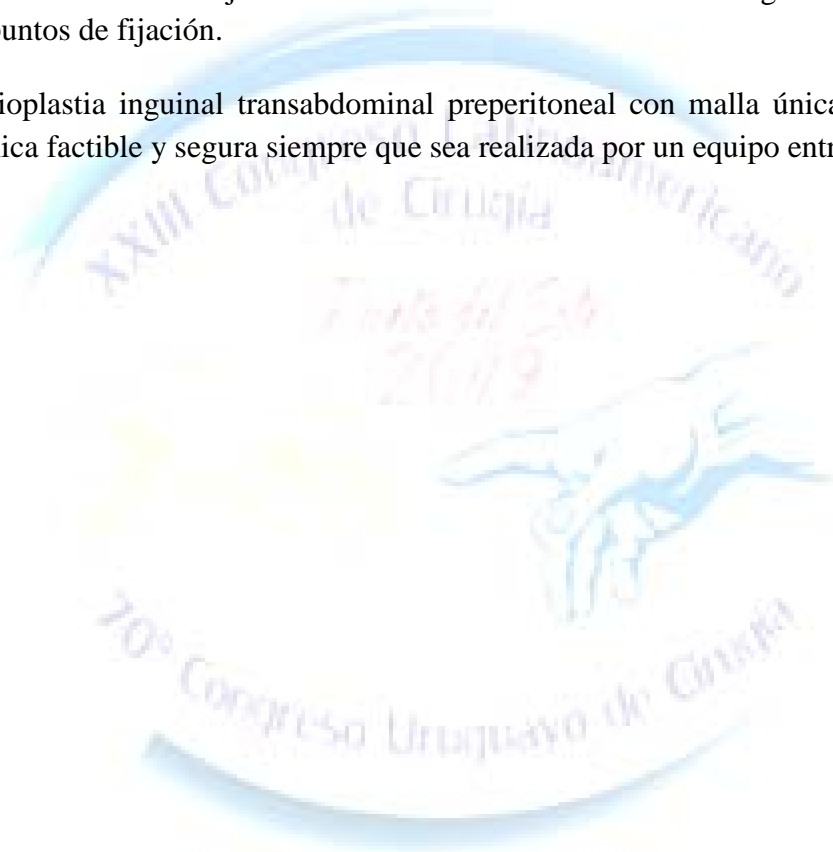
HERNIOPLASTIA INGUINAL BILATERAL TAPP CON MALLA ÚNICA (BTOM)

Perdomo, Mauro; Perdomo, MA; Sciuto, P; Giroff, N; González, DA, Hospital Maciel, Uruguay

La hernioplastia inguinal transabdominal es una técnica ampliamente descrita, con indicaciones precisas y las ventajas que se le reconoce al abordaje laparoscópico. Las hernias bilaterales son una de ellas, para lo cual clásicamente se realiza dos reparaciones independientes.

En el presente video presentamos una técnica novedosa, que ha sido poco descrita pero a la que se le reconocen ventajas adicionales como la menor tasa de migración y la utilización de menos puntos de fijación.

La hernioplastia inguinal transabdominal preperitoneal con malla única ha demostrado ser una técnica factible y segura siempre que sea realizada por un equipo entrenado.



HIATOPLASTIA APÓS SLEEVE POR VIDEOLAPAROSCOPIA

Petrini Souza, Willy¹; Andrade Canut, Ana Carolina¹; Pereira Gurgel de Souza, Sylvia¹; Andrade Pereira, André Manuel²; Youseff Franciss, Maurice¹; Zilberstein, Bruno¹
¹Gastromed, Brazil; ²Faculdade São Leopoldo Mandic, Brazil

Paciente L.M.O, 36 anos, IMC de 38kg/m², submetida a Gastrectomia Vertical videolaparoscópica em 2017. Procedimento e pós-operatório imediato sem intercorrências.

Nos exames pré operatórios foi realizado endoscopia digestiva alta(EDA) evidenciando Esofagite erosiva Los Angeles A, e uma phmetria esofágica de 24h evidenciando escore de Meester de 13,8. Foi realizado uma manometria esofágica que evidenciou hipotonia do esfíncter esofágico inferior.

Paciente manteve seguimento pós operatório e após 2 anos começou a apresentar sintomas de refluxo. Na consulta apresentava IMC de 22 kg/m², em uso de IBPs em dose dobrada, foi realizado nova EDA que evidenciou esofagite erosiva Los Angeles B e hipotonia do esfíncter esofágico e phmetria esofágica com escore De Meester 56. Devido a ineficácia do tratamento clínico foi optado por realizar o tratamento cirúrgico por meio da hiatoplastia videolaparoscópica.

A gastrectomia vertical está se tornando cada vez mais frequente como procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade. Provou ser uma cirurgia segura e eficaz, com perda de peso significativa bem como melhora de alterações metabólicas, incluindo o diabetes. Entretanto, tem suas falhas. O ponto mais fraco desse procedimento é o fato de que pode causar ou piorar os sintomas da Doença do refluxo gastro esofágico(DRGE). Recente revisão de literatura sobre o efeito do Sleeve na DRGE observou que de um total de 11 estudos que tinham dados tanto no pré como no pós operatório, 4 relataram aumento na DRGE após a operação e 7 encontraram redução na prevalência de DRGE.

A gastrectomia vertical eleva a pressão intragástrica à medida que reduz a complacência gástrica. Dessa forma, o acréscimo de procedimentos antirrefluxo, como a hiatoplastia pós-sleeve, mostra-se significativa, pois reduz consideravelmente a ocorrência de sintomas de refluxo gastresofágico, assim como o uso de IBP.

Técnica:

Evidenciado estômago em posição habitual, hiato esofágico alargado e hérnia hiatal por deslizamento. Procedida dissecação da crura diafragmática com preservação dos ramos do nervo vago. Realizado o fechamento do hiato esofágico através de pontos separados em X com fio inabsorvível. Após o termino, visualizada progressão de sonda de fouchet pelo hiato sem resistência. A paciente evoluiu bem. Recebeu alta no 1º dia de pós operatório.



LESIÓN INTESTINAL EN INTENTO DE ABORTO EMPÍRICO. MANEJO LAPAROSCÓPICO

López, Paula Andrea; Venialgo, AB; González, MA.; Vieth, M.; Martínez, FM., Hospital Regional de Encarnación, Paraguay

Antecedentes:

A pesar de las ventajas significativas en comparación con la cirugía abierta, la cirugía laparoscópica se consideró contraindicada durante mucho tiempo en pacientes embarazadas. Actualmente, hay opiniones opuestas sobre la seguridad de la cirugía laparoscópica durante el embarazo.

Objetivo:

Demostrar la utilidad de la laparoscopia como método de resolución de cuadros quirúrgicos urgentes, en pacientes gestantes.

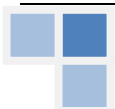
Paciente y métodos:

Paciente de sexo femenino de 25 años, con antecedentes de maniobra abortiva empírica, con supuesto cuadro de retención placentaria, ingresó a urgencias taquicárdica, con signos de irritación peritoneal generalizada.

A la especuloscopía se constató la salida tras el orificio cervical de una estructura compatible con asa delgada sin mesenterio. Se realizó una ecografía abdominal constatándose líquido libre intraabdominal y la presencia de una gestación de 14 semanas con vitalidad conservada. Se decidió la exploración laparoscópica de la cavidad.

A través de tres puertos, uno de 10 mm umbilical y dos de 5 mm, se constató gran cantidad de restos hemáticos que se aspiraron previo lavado con solución salina tibia. Se logró identificar el mesenterio que correspondía al asa delgada exteriorizada y ambos cabos intestinales, el proximal protruyente y el distal libre en cavidad abdominal. Se exteriorizó posteriormente por la incisión umbilical ambos cabos para realizar la resección y anastomosis intestinal. Se reparó con puntos de hilo reabsorbible la solución de continuidad producida en el cuerpo uterino.

La paciente fue dada de alta a las 72 hs. en óptimas condiciones clínicas. Posteriormente, la gestación siguió su curso llegando a término.



Conclusión:

La cirugía laparoscópica se puede realizar con seguridad en todos los trimestres del embarazo. La laparoscopia disminuye la pérdida fetal debido al retraso en el diagnóstico; además el tiempo quirúrgico más corto reduce los efectos negativos de la cirugía en la madre y el feto.



LESIÓN DE VÍA BILIAR SEGMENTO VI-VII POR ALTERACIÓN ANATÓMICA DURANTE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA RESUELTA CON CONDUCTA EXPECTANTE.

Dardanelli, S¹; Faruolo, M²; Almeida, I²; Ramírez, L¹; Ruso, L²; Taruselli, R¹ ¹Clínica Quirúrgica A Hospital de Clínicas, Uruguay; ²Casmu Iampp, Uruguay

Antecedentes

Las lesiones de vía biliar durante la realización de colecistectomía laparoscópica continúan siendo un desafío aún para cirujanos experimentados, sobre todo a expensas de las alteraciones anatómicas de la vía biliar.

Objetivos

Analizar el caso de una paciente con desembocadura anómala del segmento VI-VII a nivel del cístico, el cual fue seccionado y clipado, no habiéndose realizado otros procedimientos quirúrgicos, y con un seguimiento a largo plazo.

Material y Métodos

Se visualiza la presencia de una colecistitis edematosa que obliga a punción vesicular para evacuación del contenido y mejor manejo de la misma. Identificación de los elementos del pedículo hepático y triangulo de Calot, se clipa y secciona una estructura que desemboca en el conducto cístico, colangiografía intraoperatoria no evidencia presencia de vía biliar del segmento VI-VII, por lo que se concluye que se trataba de dicho conducto. No se realiza otro procedimiento, solamente clipado del cístico y drenaje sub hepático.

En la evolución colangio RNM de control que evidencia la sección del conducto VI-VII.

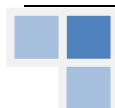
Ultima RNM 2 años y medio luego de la cirugía realizada donde muestra atrofia total del parénquima hepático y la vía biliar dilatada en dicho sector.

Resultados

Se destaca la alteración anatómica de desembocadura del Segmento VI-VII a nivel del cístico en una frecuencia de 5,8 %.

Conclusiones

Nuestro interés es mostrar este caso, donde el tratamiento conservador de una lesión de vía biliar fue satisfactorio y el paciente totalmente asintomático 2 años y medio después de la lesión.



LIPOSARCOMA RETROPERITONEAL EN PACIENTE GERIÁTRICO. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO RADICAL CONSERVADOR CON PRESERVACIÓN RENAL

Gómez Portilla, Alberto¹; López de Heredia, E²; Extramiana, J³; Diago, E²; Garetta, A²; Guede, N² ¹Hospital Universitario de Araba (HUA) Sede Hospital Santiago. Universidad País Vasco (UPV). Vitoria., Spain; ²Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo Hospital Universitario Araba(HUA). Sede Hospital Santiago Apóstol. Depart, Spain; ³Servicio de Urología Hospital Universitario Araba(HUA). Sede Hospital Santiago Apóstol., Spain

Antecedentes.

La cirugía es el tratamiento gold-standard del liposarcoma retroperitoneal. Estos tumores responden pobremente a quimioterapia y radioterapia. Las restricciones anatómicas del retroperitoneo, su íntima relación con los grandes vasos y órganos vecinos, dificultan su extirpación y favorecen la recurrencia local, principal causa de muerte en estos pacientes.

La resección extendida compartimental, para conseguir mayores índices de resección R0, siendo una de las recomendaciones de la Sociedad Europea de Oncología, es motivo de controversia y no están universalmente aceptada. Debido a que se ha constatado que solamente 9% de las nefrectomías en resecciones compartimentales, presentaban tumor microscópicamente.

El tratamiento del liposarcoma retroperitoneal en pacientes geriátricos no está definido.

Objetivos

Presentar el tratamiento quirúrgico radical conservador con preservación renal del liposarcoma retroperitoneal en paciente geriátrico.

Material y Métodos. Caso Clínico

Mujer de 85 años, sin antecedentes patológicos de interés. Debutó con edemas en EEII. Los estudios realizados en Medicina Interna descubrieron una masa retroperitoneal de 65 x 88 x 140 mm., compatible con liposarcoma. El perfecto estado de la paciente y la ausencia de opciones terapéuticas, aconsejaron la cirugía radical conservadora.

Resultados

Se practicó un abordaje transabdominal al retroperitoneo derecho. Las maniobras de Cattell-Braassch y Kocher permitieron la exposición completa de la vena cava infrahepática y sus afluentes. La disección del hilio renal derecho, preservación de la glándula suprarrenal y disección de la fascia de Gerota, garantizaron la extirpación en bloque del liposarcoma con preservación renal completa.

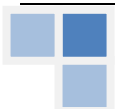


El estudio de los especímenes quirúrgicos confirmó un Liposarcoma desdiferenciado de 640 gr, y de 22,5 cm x 11,3 cm x 3,6 cm que contactaba con los bordes de resección. El implante del polo inferior renal correspondía también a Liposarcoma de 1 x 04 cm., mientras que la grasa de la pelvis renal y peri-iliacas fueron tejido adiposo sin atipia.

La paciente evolucionó satisfactoriamente siendo dada de alta el 10º día postoperatorio. En su última Consulta de revisión disfruta de una vida normal.

Conclusiones

Si bien la cirugía compartimental radical oncológica sigue siendo el tratamiento príncipes del liposarcoma retroperitoneal, la preservación renal en pacientes geriátricos es, en nuestra opinión, una alternativa terapéutica suficiente.



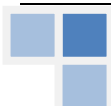
MELANOMA DE INTESTINO DELGADO

Petrini Souza, Willy; João, Rodolpho Mazon; Lima, Eduardo Lins; Manesco, Thiago Benitez; DeMarchi, Danilo Dallago; Franciss, Maurice Youssef, Gastromed, Brazil

Os melanomas malignos apresentam percentual correspondente de 1 a 3% de todos os tumores malignos do trato gastrointestinal. Esses tumores, em sua maioria, são considerados lesões secundárias, metastáticas, de tumor primário. Tanto a forma primária quanto a metastática do melanoma de intestino caracterizam-se pela maior agressividade em relação aos outros subtipos de melanoma e possuem pior prognóstico. Na maior parte das vezes, o diagnóstico é realizado na vigência de complicações, como casos de intussuscepção, sangramento agudo, obstrução e perfuração. Podem estar presentes, também, sintomas como perda de peso, dor abdominal, constipação, hematêmese, diarreia, anemia, fadiga, massa abdominal palpável e presença de sangue nas fezes. Reduzido número de casos de melanoma metastático, por volta de 1 a 5%, são diagnosticados por se apresentarem assintomáticos, de modo frequente, nas fases iniciais.

Diante do quadro apresentado, programou-se cirurgia videolaparoscópica. Evidenciaram-se alças de delgado bloqueadas com alça de intestino grosso conjuntamente, a partir de 55 cm do ângulo de Treitz e 300 cm a partir da válvula íleocecal. Liberou-se o bloqueio, sendo evidenciado provável tumor de delgado. Realizada enterectomia, por duas vezes, de segmentos de jejuno. Realizou-se enteroanastomose, seguida de entereorrafia. Procedeu-se com linfadenectomia retroperitoneal e pélvica. Retirada a peça, que foi enviada para anatomia patológica. Realizada a cirurgia de abaixamento com secção de parte do cólon descendente e sigmoide. Procedeu-se à confecção de anastomose látero-lateral e, em sequência, colorrafia e epipoplastia. O resultado da biópsia endoscópica de lesão ulcerada de jejuno confirmou neoplasia maligna epitelióide e o estudo imuno-histoquímico diagnosticou melanoma.

O paciente apresentou boa evolução pós-operatória e, diante da definição de quadro de melanoma de intestino delgado, realizou-se encaminhamento para estadiamento ambulatorial com o objetivo de início de tratamento oncológico.



MIOTOMÍA DE HELLER DOR LAPAROSCÓPICO PARA EL TRATAMIENTO PRIMARIO DE LA ACALASIA. TÉCNICA QUIRÚRGICA. VIDEO

Guastavino, Andrés¹; Mion, M²; Dardanelli, S²; Delgado, E²; Guarnieri, C²; Taruselli, R².
¹Hospital de clínicas, Uruguay; ²Clínica Quirúrgica A, Uruguay

Antecedentes:

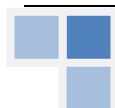
La acalasia es el trastorno motor primario del esófago más frecuente, caracterizado por un aumento del tono del esfínter esofágico inferior (EEI), ausencia de relajación post deglución y aperistalsis del cuerpo esofágico. La etiología es idiopática en la mayoría, no existiendo un tratamiento curativo. El tratamiento quirúrgico busca disminuir el tono del EEI mejorando la sintomatología. La miotomía de Heller Dor laparoscópica es la técnica de elección.

Objetivo:

Presentar un video de técnica quirúrgica de Heller Dor laparoscópico en un paciente con acalasia esofágica.

Materiales y métodos:

Paciente de sexo masculino, 39 años ex consumidor de pasta base de cocaína en abstinencia, gastritis. Disfagia de 4 meses de evolución, permanente, acompañado de sialorrea, regurgitaciones, y vómitos esporádicos. Tomografía computada toracoabdominal evidencia un engrosamiento concéntrico de la pared esofágica en la unión esófago gástrica con importante dilatación del esófago proximal, sin adenomegalias. Fibrogastroscofia: esófago dilatado con disminución de la contractilidad, y dificultad en el pasaje a estómago. Esofagogastroduodeno: imagen en pico de pájaro, dilatación del esófago con disminución de su contractilidad. Manometría con hallazgos característicos de acalasia. Cirugía: paciente en decúbito dorsal con piernas abiertas y ligero anti-trendelemburg. Colocación de 5 trocares, óptica por trocar de 10mm supraumbilical, 10mm en hipocondrio derecho y 5mm hipocondrio izquierdo, 10mm en epigastrio para retractor hepático y trocar de 5mm en flanco izquierdo para el ayudante. Apertura del epiplón menor, disección del hiato esofágico, identificando ambos pilares diafragmáticos. Apertura de ventana retroesofágica, y cargado del esófago distal con sonda nelaton. Miotomía con bisturí eléctrico tipo ligasure 3 cm proximal en esófago distal y 2 cm distal en cardias. Se comprueba mucosa esofágica indemne mediante transiluminación con fibrogastroscofia intraoperatoria. Funduplicatura tipo Dor con fundus gástrico, sutura a ambos bordes de la miotomía con surjet con sutura de poliéster irreabsorbible. Buena evolución postoperatoria, alta el 6º día tolerando dieta blanda.



Conclusiones:

La esofagomiotomía laparoscópica asociada a un procedimiento antirreflujo constituye el tto estándar de la acalasia, con excelentes resultados funcionales. El abordaje laparoscópico tiene el valor agregado de la mejor visión del hiato con nítida visualización de las fibras musculares, y menor riesgo de perforación.



OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA BILIAR POR QUISTE HIDATÍDICO FISTULIZADO: TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO

Gomes Xavier, Marcela; Yamamoto, C; Ducas, A; Delgado Achi, D; Arcos, J; Candelieri, A

Sanatorio Juan XXIII, Argentina

Antecedentes:

La enfermedad hidatídica esta difundida en toda Argentina, la Patagonia tiene los mayores niveles endémicos, siendo la población rural la más afectada. La incidencia de fistula de un quiste hidatídico hacia la vía biliar se estima entre un 5-25% y constituye la complicación más común de los quistes hidatídicos hepáticos, sin embargo el síndrome coledociano (SC) por esa causa es rara.

Objetivo: Reporte de caso

Material y métodos:

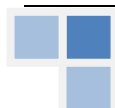
Presentamos el caso de una mujer de 35 años, puérpera de 30 días que acude a la guardia por cuadro de ictericia con patrón colestasico, dolor en hipocondrio derecho, afebril.

Reporte de Caso:

Puérpera de 30 días, con antecedentes conocidos de quiste hidatídico hepático (QH), acude a la guardia con dolor en hipocondrio derecho e ictericia de 48 horas de evolución. Laboratorio de ingreso: Anemia, hiperbilirrubinemia (Total: 7, Directa: 5mg/dL), Hepatograma por 3. Ecografía y colangioponancia, QH Gharbi IV con defecto parietal que se comunica con la vesícula, colédoco dilatado (1cm) donde se observa hilos hiperecogénicos en su interior. Se realiza tratamiento adyuvante con albendazol (25 días), tratamiento quirúrgico en un único tiempo con CPRE, videolaparoscopia con colecistectomía + segmentectomia hepática atípica (segmentos IV, V + QH), buena evolución con alta sanatorial a los 5 días, retorno a actividad cotidiana a los 14 días.

Conclusiones:

El síndrome coledociano como consecuencia de complicación de QH es raro, la resolución quirúrgica laparoscopia con colecistectomía + segmentectomia hepática atípica es una práctica poco difundida, pero puede ser una buena opción para tratamiento de QH complicados.



QUISTO -- GASTROSTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Haro, Camila; Muniz, N; Pouy, A; Bonilla, F; Cubas, S; Misa, R, Clínica Quirúrgica B, Uruguay

Antecedentes:

Las colecciones pancreáticas que aparecen como complicaciones tardías de la pancreatitis aguda se dividen en pseudoquistes pancreáticos y necrosis encapsulada o "walled off necrosis" (WON).

La indicación de tratamiento surge ante complicaciones infecciosas o sintomatología persistente, como dolor abdominal o lumbar y síntomas compresivos gastrointestinales como plenitud precoz, anorexia, adelgazamiento y vómitos.

El tratamiento ha evolucionado desde la cirugía abierta hasta los abordajes mínimamente invasivos, que incluyen el drenaje percutáneo, endoscópico o laparoscópico, con disminución de la morbimortalidad.

Las ventajas del abordaje laparoscópico (LPSC) incluyen una quistogastrostomía amplia, que permite un correcto drenaje de líquido y restos necróticos, con una baja tasa de reintervenciones y de fístulas pancreáticas.

Objetivo:

Presentar mediante un caso clínico el manejo laparoscópico de las colecciones pancreáticas.

Caso clínico:

Hombre, de 52 años, que consulta en mayo 2018 por un cuadro de pancreatitis aguda litiásica moderadamente severa. La TC evidencia un páncreas edematoso, con sector en cuerpo que no capta contraste.

Presenta buena evolución en sala, realizándose colecistectomía LPSC en la misma internación y otorgándose el alta a la semana del ingreso.

Reconsulta en octubre del mismo año por tumoración epigástrica de 3 meses de evolución, que en los últimos 10 días presenta crecimiento rápido y dolor local. Asocia intolerancia digestiva alta y plenitud precoz. No sintomatología infecciosa.

Se solicita TC que evidencia dos imágenes quísticas en cara anterior del páncreas, en cuerpo y cola, de 15 y 5cm de diámetro respectivamente.

En la evolución el paciente presenta una rotura espontánea del quiste de menor tamaño, realizándose toilette peritoneal LPSC y colocación de drenajes.



Se decide por situación social del paciente, sin adherencia al tratamiento, con el objetivo de realizar un solo procedimiento, la realización de una quistogastrostomía LPSC.

La misma se realiza incidiendo la cara anterior del estómago a nivel del cuerpo gástrico, sobre la tumoración. Se realiza apertura de la cara posterior, aspiración del contenido de la colección y quisto-gastrostomía mediante endo-GIA.

El paciente presenta una buena evolución postoperatoria, otorgándose el alta a las 72 horas del procedimiento.

Conclusiones:

La quistogastrostomía LPSC es una opción válida y segura para el tratamiento de las colecciones pancreáticas.



REPORTE DE UN CASO: ANEURISMAS MÚLTIPLES DE ARTERIA ESPLÉNICA

Perdomo, Carolina; Maite Campos, MC; Martín Bentancur, MB; Cecilia Chambón, CC; Gustavo Armand Ugón, GA; Daniel González, DG, Hospital Maciel, Uruguay

Antecedentes.

Los aneurismas de la arteria esplénica son los más frecuentes de aquellos que asientan en arterias viscerales. La existencia de múltiples aneurismas esplénicos es rara, existiendo pocos casos publicados.

La mayoría de los aneurismas esplénicos son asintomáticos y constituyen un hallazgo. La presentación con dolor abdominal leve e inespecífico del hemiabdomen superior, es poco frecuente. La rotura es una complicación grave, puede ser la forma de presentación.

El tratamiento está indicado en los aneurismas sintomáticos y/o ante factores de riesgo para rotura; diámetro mayor a 2 cm, pseudoaneurismas, hipertensión portal, shunt portocava, o arterosclerosis. De lo contrario, se acepta conducta expectante.

La angio-embolización y la colocación de stent endovascular son la primera línea terapéutica, siendo sus principales limitantes el tamaño del aneurisma y la tortuosidad de la arteria esplénica que dificultan el acceso endovascular.

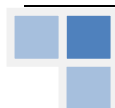
El tratamiento quirúrgico del aneurisma esplénico puede realizarse con conservación esplénica (actuando únicamente sobre el aneurisma) o mediante esplenectomía.

Objetivo:

Presentar el caso, revisar lo publicado.

Material y método: mujer, 49 años, sin antecedentes patológicos a destacar. Consulta por dolor gravativo en hipocondrio izquierdo de moderada intensidad, sin irradiaciones, de 20 días de evolución, sin elementos acompañantes. Del examen físico destacamos: dolor a la palpación de hipocondrio izquierdo. Paraclínica humoral normal. Tomografía abdomino-pélvica: evidenció bazo de tamaño y aspecto normal, arteria esplénica tortuosa con 4 dilataciones aneurismáticas saculares muy próximas al hilio (de 13, 11, 9,5 y 7,2mm) sin fuga de contraste. Otros estudios paraclínicos (ecografía, video-gastroscopía) no evidenciaron alteraciones que explicaran el dolor que motivó la consulta.

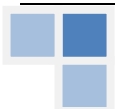
Dada la presencia de múltiples aneurismas del sector distal de la arteria esplénica se decide tratamiento quirúrgico: esplenectomía laparoscópica, incluyendo en la pieza de resección los aneurismas arteriales.



Resultados:

Buena evolución postoperatoria, sin complicaciones. Alta a las 72hs. sin el dolor que motivó la consulta.

Conclusión: los aneurismas múltiples de las arterias viscerales, en este caso la esplénica, son muy poco frecuentes. También lo es la forma de presentación en nuestra paciente, con dolor inespecífico de hemiabdomen superior.



RESECCIÓN ANTERIOR DE RECTO VIDEOASISTIDO. DETALLES TÉCNICOS. A PROPÓSITO DE DOS CASOS. VIDEO

Guastavino, Andrés¹; Delgado, E²; Dardanelli, S²; Mion, M²; Fernández, L²; Barberousse, C²

¹Hospital de Clínicas, Uruguay; ²Clínica Quirúrgica A, Uruguay

Antecedentes:

El cáncer de recto tiene gran prevalencia a nivel mundial y en nuestro medio. El tratamiento se realiza con un equipo multidisciplinario teniendo la cirugía un rol fundamental. El abordaje laparoscópico tiene las ventajas de la cirugía miniinvasiva respetando los criterios oncológicos.

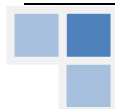
Objetivo:

Presentar video de técnica quirúrgica de resección anterior de recto videoasistido.

Materiales y métodos:

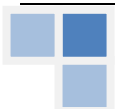
Paciente número 1, sexo femenino 41 años. Historia de rectorragia de 2 meses. Fibrocolonoscopia: a 14 cm de la margen anal, lesión polipoidea de 5cm, ulcerada. La histología confirma un adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Tomografía y marcadores tumorales normales. Paciente número 2, sexo masculino 69 años con cardiopatía isquémica, antiagregado. Consulta por diarrea y rectorragia. Fibrocolonoscopia: lesión estenosante a 15 cm de la margen anal, circunferencial, cuya histología confirma un adenocarcinoma. Tomografía: sin evidencia de diseminación a distancia, lesión estenosante de unión recto-sigmoidea con adenopatías mesiales. Marcadores tumorales normales.

Cirugía: de ambos procedimientos se destaca, posición del paciente, insuflación y disposición de los trocares de 10, 12 y 5 mm. Inicio mediante disección de la arteria y vena mesentérica inferior por debajo del origen de los vasos cólicos superiores derechos. Ligadura con Hemolock y sección de los mismos con Ligasure. Decolamiento de fascia de Told izquierda de medial a lateral en forma completa identificando y preservando en un plano posterior al uréter izquierdo y vasos gonádicos. Liberación del colon descendente y descenso del ángulo izquierdo del colon. Sección del peritoneo pelviano. Disección extra mesorrectal con Ligasure hasta pasar distal al tumor. Sección distal del recto con disparo de máquina endo-GIA de 65 mm (carga violeta). Incisión de Mc Burney izquierda, apertura por planos, colocación de retractor Alexis. Extracción del colon. Sección proximal y colocación de cabezal de sutura circular de 31 mm. Reintroducción del colon y anastomosis intracorpórea endoanal. Control de hemostasis. Drenaje pelviano. Cierre de incisión de Mc Burney. Desinsuflación y extracción de trocares.



Conclusiones:

En ambos casos la histología definitiva demostró un adenocarcinoma, con mesorrecto completo, con márgenes longitudinales y circunferenciales negativos. Esto se trata de un control de calidad quirúrgico evidenciando que el abordaje videoasistido respeta los criterios oncológicos.



RESECCIÓN DE PARATIROIDES ECTÓMICA POR VIDEOTORACOSCOPIA

Sastre, Ignacio¹; España, Manuel²; Ceballos Roberto, CR²; Bustos Mario Eduardo, BM²

¹Hospital Universitario Privado de Córdoba, Argentina; ²Hospital Privado Universitario de Córdoba, Argentina

Paciente femenina. Hipercalcemia asintomática, hallazgo incidental. Mediante PET se objetiva paratiroides ectópica en mediastino. Se decide abordaje toracoscópico.



RESECCIÓN VIDEOTORACOSCÓPICA DE TILOMA

Sastre, Ignacio¹; España Manuel, EM²; Ceballos Roberto, CR²; Bustos Mario, BM²

¹Hospital Universitario Privado de Córdoba, Argentina; ²Hospital Privado Universitario de Córdoba, Argentina



RESOLUCIÓN LAPAROSCÓPICO DEL SANGRADO ACCIDENTAL DE LA RAMA ANASTOMÓTICA DE LA ARTERIA OBTURATRIZ DURANTE UNA HERNIOPLASTIA POR TAP.

Nayar Villasanti, Gerson David; González, Arnaldo; Ojeda, Leonardo María; Segovia Lohse, Herald; Villagra López, Renzo; Riquelme Recalde, Evelyn Karina

Hospital de Clínicas, Paraguay

Resumen y Resultado

La hernioplastia inguinal es una de las operaciones más frecuentes en patologías de la pared abdominal. Su historia se remonta incluso a registros de los médicos sumerios en Mesopotamia 4.000 años A.C. Al comienzo de la era moderna se introdujeron conceptos de técnicas con tensión que se masificaron. Posteriormente es cambiado por el auge del concepto "libre de tensión" con el uso de malla sintética. Esto demostró mejores resultados expresados en menos recidivas. Estas cirugías fueron evolucionando hasta desarrollarse las conocidas técnicas laparoscópicas como la trans abdominal pre peritoneal. Independientemente del abordaje o la técnica empleada, estos no están exentos de complicaciones, y el sangrado constituye una complicación, en ocasiones desastrosas tanto para el paciente que la padece como para el cirujano que debe solucionarla.

En el video se aprecia el caso de un paciente masculino de 28 años, procedente de Asunción, de profesión albañil, no conocido portador de patología de base. El mismo acude a consultorio externo por un cuadro de hernia inguinal no complicada. Se plantea el tratamiento quirúrgico laparoscópico donde durante la fijación de la malla de polipropileno se constata el sangrado de la arteria obturatriz. Se realizan maniobras compresivas inicialmente sin éxito a lo que se realiza posteriormente hemostasia con grapadora Protack, Posteriormente se aspira el contenido hemático vertido y se termina la cirugía sin otros inconvenientes. Paciente es dado de alta en su 2 DPO en buenas condiciones.



SCHWANNOMA BENIGNO DE MEDIASTINO POSTERIOR CON COMPROMISO DEL CANAL MEDULAR RESECCIÓN POR VATS ES FACTIBLE ?

Cardenas Santacruz, Galo¹; Santolaya Cohen, Raimundo²; Berrios Silva, Raul²; Zink Rocuart, Manfred³; Ortega Sepulveda, José³; Iara Iorquera, Fernanda². ¹Residente de Círugiaclínica alemana, chile; ²cirugia de tórax - Clínica alemana, Chile; ³

Introducción

El schwannoma mediastinal es una neoplasia benigna poco frecuente en el mediastino; Es asintomático hasta que comprime algún nervio vecino o estructura vascular, . El tratamiento indicado es la resección, y la videocirugía es una posibilidad. En la literatura médica, se han notificado pocos casos de schwannomas mediastínicos tratados exclusivamente con VATS.

Objetivos

Demostrar que la resección quirúrgica de un tumor de mediastino posterior se puede realizar de forma mínimamente invasiva por VATS. Contenido del Video Mujer 49 años , TC : masa extrapleural del ápice derecho de 15 mm, homogénea, ingresa al foramen neural y canal raquídeo, remodelándolo, RMN: Masa sólida bilobulada paravertebral derecha que nace y expande el canal foraminal D2-D3 . Resección por VATS con incisión de trocar de 12 mm 5 EID , introduce óptica visualizando tumor en apex, a nivel de T2-T3 2do trocar de 5 mm por Dorsal e incisión de asistencia de 4 cm en región axilar Apertura de pleura parietal rodeando el tumor y separándolo de la pared. tumor es sólido, cauch aprox 5-6 cm, buena liberación ,se aprecia que se introduce en canal neural, se logra enuclear sin problemas, Hemostasia y surgicel en canal medular, no hay salida de LCR



SIMPATECTOMÍA BILATERAL POR VIDEOTORACOSCOPIA

Garavaglia Matías, GM¹; Núñez Florencia, NF²; Battú Camila, BC²; Álvarez Padilla Facundo, APF²; Chichizola José María, CJM²; Francia Héctor, FH², ¹Hospital J.M. Cullén, Argentina; ²Hospital J.M.Cullén, Argentina

Antecedentes:

Paciente femenina de 24 años, estudiante de abogacía sin antecedentes patológicos. Consulta por hiperhidrosis refiriendo blushing facial ante situaciones de estrés, sudor palmar y axilar bilateral, simétrico de comienzo en la adolescencia. Manifiesta alteración en su calidad de vida, perjudicando sus relaciones sociales y profesionales. Tratamientos fallidos de terapia local con alumpac y terapia conductual. Valoración endocrinológica normal y psicológica con diagnóstico de fobia social atribuida al blushing facial.

Objetivo:

Mostrar que la simpatectomía bilateral por videotoracoscopia es una técnica válida y efectiva para la resolución de dicha patológica.

Materiales y métodos:

Video de la toracoscopia y descripción de técnica.

- - Técnica con 2 trocares (5 y 10mm)
- - Apertura pleural a nivel de T2 y T5 paravertebral con consolidación de ambos extremos en búsqueda del trayecto nervioso.
- - Disección mucosa del nervio, de sus ramos al intercostal y adherencias periféricas.
- - Evidencia anatomía compleja a nivel de los ganglios simpáticos con íntima relación y adherencias a estructuras vasculares.
- - Disección y apertura de pleura parietal, identificación ganglionar evidenciando que G1 y G2 se encuentran casi fusionados.
- - Sección con tijera a nivel de G2 y posterior liberación nerviosa hacia distal.
- - Se controla lecho en búsqueda de ramos inadvertidos.
- - Apertura pleural lateral para sección de posibles ramos comunicantes.
- - Se extrae neumotorax bajo trampa de agua, retirando drenaje ante insuflación forzada en quirófano.

Resultados:

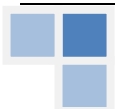
Cursa un postoperatorio en buena evolución, complicando en las primeras horas con un neumotorax laminar residual derecho bajo conducta expectante. Externación a las 48hs



postoperatoria con analgesia y controles médicos periódicos. Se reevalúa a los 90 días de la cirugía presentándose asintomática y con nivel de conformidad óptimo.

Conclusiones:

En aquellos pacientes con fracaso de tratamiento médico y afectación en su calidad de vida el abordaje quirúrgico es un método válido y efectivo.



SUPRARRENALECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE CON SÍNDROME MEN 2A.

Lavega, Álvaro; Gasparotti, Ángela; Ramos, Nicolás; Barreiro, Claudia; Estapé, Gonzalo

Hospital Pasteur, Uruguay

Antecedentes

El término Neoplasia Endócrina Múltiple (MEN) comprende un grupo de enfermedades poco frecuentes del sistema endócrino, caracterizadas por la presencia de tumores en 2 o más glándulas endócrinas en el mismo paciente o familia.

La Neoplasia Endócrina Múltiple tipo 2 (MEN 2) incluye desordenes autosómicos dominantes que tiene su origen en mutaciones del proto-oncogén RET, localizado en el cromosoma 10 (10q11.2).

El Síndrome MEN 2A se caracteriza por la presencia de cáncer medular de tiroides (penetrancia mayor al 90%), feocromocitoma (penetrancia 40-60%) e hiperplasia paratiroidea (penetrancia 20-30%). Con menor frecuencia se puede observar amiloidosis cutánea liquenificada y enfermedad de Hirschsprung.

El feocromocitoma es un tumor neuroendócrino productor de catecolaminas que procede de las células cromafines del sistema nervioso simpático. El 80-85% se localiza en la médula adrenal y el resto, en el tejido cromafín extra-adrenal. En el síndrome MEN 2A son frecuentemente bilaterales y raramente malignos.

Objetivo

Reportar el caso de un paciente portador de Síndrome MEN 2A, con feocromocitoma suprarrenal derecho, tratado mediante suprarrenalectomía derecha laparoscópica en nuestro servicio.

Material y método

Paciente de sexo masculino, 19 años. Sin AP a destacar.

Screening en policlínica de endocrinología dado antecedente familiar de Síndrome MEN 2A. Asintomático.

Metanefrinas en orina elevadas, en niveles diagnósticos.

TC: en topografía de glándula suprarrenal tumoración sólida, bien delimitada, de densidad heterogénea y sectores de aspecto quístico en su interior. Mide 33x27mm. Glándula suprarrenal izquierda sin alteraciones.

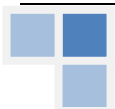


Resultados

Recibió alfa y beta bloqueo pre-operatorio con buena tolerancia. Se realizó suprarrenalectomía derecha laparoscópica transperitoneal, cuya técnica quirúrgica exponemos en detalle. Post-operatorio con buena evolución. Alta hospitalaria al 5º día.

Conclusiones

La suprarrenalectomía constituye el tratamiento de elección para el feocromocitoma. El tratamiento médico preoperatorio y el manejo anestésico intraoperatorio son puntos de fundamental relevancia. La elección de la vía de abordaje y la extensión de la suprarrenalectomía dependen de múltiples factores. El abordaje laparoscópico es seguro y permite reseca la mayoría de las lesiones. El conocimiento adecuado de la patología y de las distintas estrategias terapéuticas es de fundamental importancia para el cirujano general dedicado a cirugía endocrinológica.



TÉCNICA DE ALTEMEIER PARA LA REPARACIÓN DEL PROLAPSO RECTAL COMPLETO

Alegresa, Florencia; Gabito, Isabel; Lapiedra, Diego; Gayo, Gonzalo; Liz, Alejandra; Viola, Marcelo, Hospital Pasteur, Uruguay

Antecedentes:

El prolapso rectal es una patología poco frecuente, asociada principalmente a pacientes añosos con debilidades del piso pélvico. Su diagnóstico es clínico y el tratamiento definitivo es quirúrgico, para el cual existen dos vías de abordaje: la trans-abdominal, de mayor riesgo intraoperatorio y menor tasa de recidiva, y la perineal, con menor riesgo anestésico, útil principalmente en pacientes añosos con importantes comorbilidades. Dentro de este último grupo destaca el procedimiento de Altemeier, como una opción quirúrgica adecuada en este tipo de pacientes.

Objetivo:

Mostrar la técnica quirúrgica del procedimiento de Altemeier

Material y método: Se presenta el caso de un hombre de 73 años, con antecedentes personales de neoplasia maligna de próstata tratada con radio y quimioterapia, portador de un prolapso rectal completo de 4 meses de evolución, sin alteración del tránsito digestivo bajo, al que se le realizó una proctectomía por vía perineal, por técnica de Altemeier. La fibrocolonoscopia fue total y sin lesiones.

Resultados:

Presentamos a través de un video la técnica de Altemeier para el tratamiento del prolapso rectal completo.

Conclusiones:

El procedimiento de Altemeier es una opción segura, con baja morbi mortalidad, que encuentra su indicación en pacientes añosos, con cargadas comorbilidades, para la resolución del prolapso rectal completo.



TRATAMIENTO DEL TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL COMO HALLAZGO CASUAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Nayar Villasanti, Gerson David; González, Arnaldo; Ojeda, Leonardo María; Segovia Loh, Herald; Noguera Arzamendia, José de la Cruz; Riquelme Recalde, Evelyn Karina, Hospital de Clínicas, Paraguay

Los tumores del estroma gastrointestinal, surgen de las células intersticiales de Cajal pertenece a la familia de los “sarcomas de tejidos blandos”, CD117 positivos, fusiformes o epitelioides, primarios de tracto digestivo, mesenterio, y retroperitoneo². Los GIST son tumores del tejido conectivo del tubo digestivo y estructuras contiguas, que pueden surgir en cualquier punto, desde el estómago hasta el ano. Constituirían un grupo heterogéneo de neoplasias que incluían los leiomiomas, leiomiomasarcomas, leiomioblastomas y tumores nerviosos autonómicos (schwanomas)^{1,2}. Su incidencia es de 10 a 20 casos por millón de habitantes.

Teniendo una prevalencia mayor, debido el curso clínico largo de la enfermedad (10-15 años)³. En el video se aprecia el caso de un paciente femenino de 55 años, paraguaya, prodecente de asunción, con profesión quehaceres domésticos, había acudido por consultorio externo por un cuadro de dispepsia postprandial donde se le solicita una ecografía abdominal. Como hallazgo se encontró una tumoración en relación al estómago que al realizarse la tomografía se constata que dicha tumoración mide 3 cm y se encuentra en la cara anterior del estómago. A la EDA no se hallaron datos de valor.

Se plantea la laparoscopia exploradora donde se constata la tumoración en el lugar descrito multilobulada, pediculada, se realiza la resección del mismo con márgenes de seguridad con una sutura mecánica endo-GIA carga azul realizando y extracción de la pieza por puerto laparoscópico de 12 mm con endobag.

El paciente con buena evolución fue dado de alta en su 3 día de internación en buenas condiciones en planes de seguimiento por consultorio y evaluación por oncología.



TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE UN PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO

Ximénez, Valentina, Hospital Maciel, Uruguay

Presentamos video de un pseudoquiste pancreático de 14 x 150 x 70 mm, sintomático, que se resolvió mediante quistogastroanastomosis víalaparoscópica.



TRATAMIENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO DE OBLITO INTRACECAL

Núñez, M. F.; Battú, C.; Garavaglia, M.; Lima, M.; Moulin, L.; Francia, H.

Hospital J. M. Cullén, Argentina

Antecedentes:

Los cuerpos extraños en abdomen, conocidos como oblitos, constituyen una complicación de un procedimiento quirúrgico y una nueva patología para el paciente, que causa dificultades diagnósticas, morbilidad para el paciente, sobrecostos y posibles problemas médico-legales.

Objetivo:

Exponer resolución quirúrgica videolaparoscópica de oblito situado intracecal

Material y método:

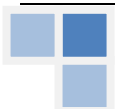
Se expone video de paciente con antecedentes quirúrgicos de cesárea + apendicectomía, en quien se halla en colonoscopia oblito fagocitado hacia la luz de colon, en quien se realiza laparoscopia, extracción del mismo e ileo-ascendo anastomosis.

Resultados:

Paciente evoluciona favorablemente, por lo que al sexto día postoperatorio se extrae drenaje y se otorga alta hospitalaria.

Conclusiones:

Si bien se han reconocido algunos factores de riesgo y desarrollado sistemas complementarios de detección; la retención de cuerpos extraños continúa siendo un gran problema desde el punto de vista sanitario y médico-legal. Con el advenimiento de la cirugía laparoscópica y percutánea ha descendido en forma importante su incidencia, y se han optimizado posibilidades de tratamiento.



TUMOR NEURONEDÓCRINO GÁSTRICO TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Pouy, Andres¹; Muniz, N²; Haro, C²; Martínez, JP²; Varela, M²; Brito, MN². ¹Clínica Quirúrgica B, Uruguay; ²Clínica Quirúrgica "B", Prof. Dr. César Vanessa, Hospital Español - UDA Cirugía, Universidad de la República, Uruguay

Antecedentes:

El tumor neuroendócrino gástrico o tumor carcinoide es un tumor infrecuente, cuya prevalencia representa menos del 1 % de los tumores gástricos, y a su vez este corresponde al 8% de los carcinoides del tracto digestivo. Se plantean diferentes algoritmos de tratamiento según el tamaño y número de las lesiones, las características histopatológicas y el riesgo de metástasis. La mayoría pueden researse por vía endoscópica, pero un porcentaje no menor requiere de cirugía para el control de la enfermedad.

Objetivo:

Presentar caso clínico en el que se realizó una gastrectomía atípica por vía laparoscópica como tratamiento de cáncer neuroendócrino gástrico.

Descripción de contenidos:

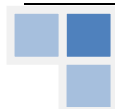
se colocaron 4 puertos en hemiabdomen superior, uno de 10 mm supraumbilical, otro de 10 mm borde externo del recto izquierdo para mano derecha de cirujano, otro de 5 mm borde externo de recto izquierdo para mano izquierda, otro de 5 mm en hipocondrio izquierdo. Dado que la lesión no se objetivó durante la laparoscopia, se solicitó la identificación endoscópica intraoperatoria. Se realizó resección atípica de la lesión con márgenes adecuados, la cual se encontraba a nivel del cuerpo gástrico sobre cara anterior. Se extrajo la pieza por minilaparotomía transversa en hipocondrio izquierdo.

Material y método:

se presenta el caso clínico de un paciente SM, 25 años, sano. Consulta por cuadro de hemorragia digestiva alta con repercusión hematemática. Se le realiza endoscopia que evidencia lesión elevada de 15 mm, ulcerada, con bordes congestivos y pliegues regulares. Por endoscopia se topografía por a nivel de la pequeña curva en cuerpo gástrico alto. El estudio anátomo-patológico informa tumor neuroendócrino.

Resultados:

Se muestra resección gástrica atípica por laparoscopia para el tratamiento de tumor neuroendócrino gástrico.



Conclusiones:

Se logró de forma exitosa la resolución laparoscópica de un tumor neuroendócrino gástrico mediante gastrectomía no reglada, a medida del paciente y la lesión, evitando mayor morbilidad de resecciones más radicales.



UTILIZACIÓN DE MODELO CADAVÉRICO HUMANO PARA SIMULACIÓN DE PROCEDIMIENTO DE HERNIOPLASTIA LAPAROSCÓPICA.

Chambón, Cecilia¹; Chambón Moleda, C¹; Armand Ugon Bigi, G¹; Pose Veirano, S¹; GonzálezGonzález, D¹; Olivera Pertusso, E²; Perdomo, M¹. ¹Clinica Quirúrgica 3, Uruguay; ²Uruguay

Antecedentes:

La cirugía laparoscópica de la hernia inguinal representa un reto, tanto en su enseñanza como en su aprendizaje. El dominio de esta técnica quirúrgica implica, además del necesario entrenamiento, el conocimiento de la anatomía de la pared posterior del conducto inguinal vista desde la cavidad peritoneal. La técnica de hernioplastia laparoscópica requiere una curva de aprendizaje importante. La utilización de modelos de simulación se destaca cada vez más como una forma efectiva de enseñar habilidades quirúrgicas y acelerar la curva de aprendizaje.

Objetivo:

Comunicar nuestra experiencia en la utilización de un modelo cadavérico humano para el entrenamiento en hernioplastia inguinal laparoscópica transabdominal preperitoneal (TAPP).

Material y método:

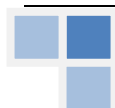
Se utilizaron pelvis enteras y hemipelvis de cadáveres adultos, de ambos sexos, formolados, que conservaran sin disecar el tercio inferior de la pared anterior del abdomen. Las piezas anatómicas se fijaron a un soporte con especial cuidado de reproducir la exposición y disposición espacial necesarias para la cirugía. Se utilizaron simuladores de laparoscopia de banca, tipo endotrainer, e instrumental de cirugía laparoscópica. Se entrenó en técnica de TAPP, con colocación de malla de polipropileno.

Resultados:

El modelo utilizado permitió reproducir la técnica de TAPP en forma completa, con elevada fidelidad técnica y anatómica. La rigidez cadavérica no fue un impedimento para la realización de la técnica quirúrgica.

Conclusiones:

El entrenamiento en destrezas laparoscópicas avanzadas en un laboratorio de simulación es fundamental en la formación del cirujano. La utilización de un modelo cadavérico para el entrenamiento en técnica de TAPP, como el descrito, permite reproducir la técnica con un alto nivel de fidelidad.



VÍDEO DE LA PRIMERA COLECTOMIA ROBÓTICA DEL PARANÁ.

Saavedra Tomasich, Flavio¹; Abreu, P²; Mauro, FHO²; Polaquini, G²; Rezende, TMS²; Silva, ELC². ¹Hospital de Cáncer Erasto Gaertner, Brazil; ²HOSPITAL ERASTO GAERTNER-(LIGA PARANAENSE DE COMBATE AO CÂNCER) GPO-CUR (GRUPO DE PESQUISA EN ONCOLOGIA-CURITIBA), Brazil

Antecedentes:

Beneficios de la cirugía robótica son comprobados en diversos estudios en la literatura. Sin embargo, debido al alto costo es poco accesible en la mayor parte de los hospitales brasileños. Desde octubre de 2016 el Hospital Erasto Gaertner (Hospital del Cáncer de Curitiba-Estado de Paraná) pone a disposición esta tecnología a los pacientes del Sistema Público. En fase de implantación del proyecto, ya se realizaron 172 procedimientos, entre cirugías ginecológicas, urológicas y tracto gastrointestinal alto y bajo.

Objetivo:

Comunicación del primer caso de tumor de colon derecho realizado por Robótica (Da Vinci SI) en la institución, y por consecuencia en el estado de Paraná.

Material y métodos:

Paciente atendido en consultorio propuesto tratamiento oncológico con retirada quirúrgica del colon derecho, con auxilio de la plataforma quirúrgica Da Vinci- SI. Se presenta el video de el acto operatorio.

Resultados:

(Descripción del vídeo de la cirugía.)

Paciente femenina, cuyo examen físico era normal, no presentaba lesiones abdominales palpables. Colonoscopia mostraba lesión con estenosis en colon derecho. Examen de anatomía-patológica evidenciando un adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Se propuso cirugía, realizada con anastomosis extra-corpórea. El análisis de la pieza quirúrgica revelo una metástasis en ganglio; estadificación pT3pN1a. La paciente evolucionó bien, recibiendo alta hospitalaria en el tercer día postoperatorio. Se realizó le realizo quimioterapia adyuvante con Folfox, la cual fue bien tolerada. En el momento, se encuentra en seguimiento en ambulatorio, sin signos de recidiva.



Conclusiones:

A pesar del alto costo y de la necesidad de entrenamiento especializado de todo el equipo, la realización de la colectomía derecha vía robótica es factible y con resultados postoperatorios excelentes.



VÍDEO DE LA PRIMERA GASTRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA DEL PARANÁ.

Saavedra Tomasich, Flavio¹; Abreu, P²; Pretti, V²; Polaquini, G²; Saavedra, D²; Silva, ELC².
¹Hospital de Cáncer Erasto Gaertner, Brazil; ²HOSPITAL ERASTO GAERTNER- (LIGA PARANAENSE DE COMBATE AO CÂNCER) GPO-CUR (GRUPO DE PESQUISA EN ONCOLOGIA-CURITIBA), Brazil

Antecedentes:

Los beneficios de la cirugía robótica ya están comprobados en diversos estudios en la literatura. Sin embargo, debido al alto costo, todavía es poco accesible en la mayor parte de los hospitales brasileños. Desde octubre de 2016 el Hospital Erasto Gaertner (Hospital del Cáncer de Curitiba-Estado de Paraná) pone a disposición esta tecnología a los pacientes del Sistema Público. En esta fase de implantación del proyecto, ya se realizaron 172 procedimientos, entre cirugías ginecológicas, urológicas y tracto gastrointestinal alto y bajo.

Objetivo:

El presente trabajo tiene por objetivo la presentación del primer caso de Cáncer Gástrico, sometido a Gastrectomía parcial con vaciamiento ganglionar a D2, realizado en la institución, y por consecuencia en el estado de Paraná.

Material y métodos:

Paciente atendido en consultorio propuesto tratamiento oncológico con retirada quirúrgica parcial del estomago mas el vaciamiento ganglionar a D2, con auxilio de la plataforma quirúrgica Da Vinci- SI. Se presenta el video de el acto operatorio.

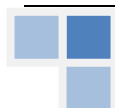
Resultados:

(Descripción del vídeo) Se trata de un paciente masculino, cuya endoscopia mostraba lesión ulcerosa en pequeña curvatura, con 3 cm de diámetro. La biopsia evidenció adenocarcinoma con células en anillo de sello. Realizada Gastrectomía Parcial con vaciamiento ganglionar a D2. Retirados 27 ganglios, de los cuales 2 resultaron positivos posteriormente. La estadificación patológica quedo así definida pT2N1.

Encaminado a realizar quimioterapia adyuvante, que necesitó ser suspendida por toxicidad. Hasta el momento, se encuentra en seguimiento en consulta, sin señales de recidiva.

Conclusiones:

A pesar del alto costo la realización de gastrectomía parcial con vaciamiento ganglionar vía robótica es factible y con resultados excelentes.



VÓLVULO GÁSTRICO EN HERNIA HIATAL. RESOLUCIÓN LAPAROSCÓPICA

Campos, M; Valsangiacomo, P, Hospital Maciel, Uruguay

Antecedentes:

Las hernias hiatales están presentes entre el 10 y 50% de la población general. Dentro de las mismas, las hernias tipo II representan el 5-10% de todas las hernias hiatales.

Una vez realizado el diagnóstico este tipo de hernia, las mismas presentan indicación de cirugía ya que la mortalidad de la cirugía de urgencia en estos casos es 5 veces mayor que la de coordinación.

Las hernias paraesofágicas pueden presentarse con síntomas obstructivos así como una hemorragia digestiva, los cuales son sospechosos de isquemia gástrica, traducción de un vólvulo gástrico.

El tratamiento de esta complicación consiste en la reducción del contenido herniado, evaluar la vitalidad gástrica, reseca el saco herniario y cierre del defecto herniario. La realización de algún procedimiento antireflujo quedara supeditado a los hallazgos intraoperatorios.

Objetivo:

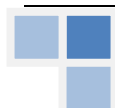
Presentar caso clínico de vólvulo gástrico con reparación laparoscópica mediante reducción herniaria y reparación del defecto hiatal.

Material y método:

Presentación en formato video del caso clínico, técnica quirúrgica y evolución postoperatoria.

Conclusiones:

El tratamiento laparoscópico en la complicación aguda de la hernia hiatal tipo II es segura y efectiva para aliviar las complicaciones que ponen en peligro la vida del paciente. El tratamiento del vólvulo gástrico debe enfocarse particularmente en la reducción gástrica y prevención de isquemia.



VIDEO TORACOSCOPIA EN POSICIÓN PRONA. DETALLES TÉCNICOS

Parada, U; Mion, M; Dardanelli, S; Cáceres, G; Guarneri, C; Taruselli, R; Clínica Quirúrgica a Hospital de Clínicas, Uruguay

Antecedentes

El abordaje quirúrgico del esófago a nivel torácico ha sido sometido a permanentes cambios, desde la clásica toracotomía postero lateral hasta la cirugía mini invasiva del momento actual.

Objetivos

Mostrar los detalles técnicos del abordaje quirúrgico en posición prona.

Material y Métodos

Se muestra la colocación del paciente, la posición de los trocares, la visión primaria del mediastino posterior en posición prona, la utilización de neumo para aumentar la visión, y ayudar a los planos de disección.

La sección de la vena ácigos como primera maniobra de acceso al esófago, la arteria brónquica derecha, la disección de la vena pulmonar inferior, el bronquio fuente derecho, izquierdo y la tráquea en su sector posterior, así como el cruce del conducto torácico.

Vemos la cosecha ganglionar latero traqueal e intertraqueo brónquica.

Destacamos que no abrimos el hiatus diafragmático para evitar la salida del neumo hacia otras cavidades.

Resultados

Se destaca la excelente visión, tolerancia del procedimiento, el menor dolor postoperatorio, y escasa o nula alteración respiratoria postoperatoria, y la resección ganglionar de manera aceptable.

Conclusiones

Es una técnica novedosa en la cual estamos iniciando la experiencia, destacamos la excelente imagen de la zona quirúrgica y la facilidad de bajar el parénquima pulmonar de la zona operatoria con el neumo y sin intubación selectiva.



VIDEO, CONFECCIÓN DE TUBO GÁSTRICO POR VÍA LAPAROSCÓPICA PARA SUSTITUCIÓN ESOFÁGICA: TÉCNICA QUIRÚRGICA.

Ramírez, L¹; Dardanelli, S²; Miom, M¹; Parada, U¹; Barberousse, C¹; Taruselli, R¹.
¹Clínica Quirúrgica a Hospital de Clínicas, Uruguay; ²Clínica Quirúrgica A Hospital de Clínicas, Uruguay

Antecedentes

La aparición de la cirugía laparoscópica ha llevado al desarrollo de varias técnicas de confección de tubos gástricos para la sustitución del esófago en pacientes con Cáncer de Esófago.

Objetivos

Mostrar la técnica quirúrgica de confección que realizamos en nuestro Servicio de Cirugía General

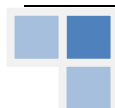
Material y Métodos

Se trata de un paciente portador de Cáncer de Esófago de tercio inferior torácico, que se le realizó una Esofagectomía Toracoscópica en posición prona, luego se colocó el paciente en decúbito dorsal y se realizó abordaje laparoscópico con cirujano entre las piernas del paciente.

Se utilizaron 3 trocares de 12 mm y 2 de 5 mm. Inicialmente realizamos maniobra de Kocher movilizándolo hasta ver la Vena Cava Inferior, previa movilización del ángulo cólico derecho, luego ligamos los vasos gástricos cortos, la sección del ligamento gastrocólico, identificación de arteria y vena coronaria estomáquica, sección en la base, linfadenectomía del tronco coronario celíaco, sección de arteria y vena gastroepiploica izquierda y esófago cardio tuberositarias. Confección de tubo gástrico con endo GIA 45 trisapler, refuerzo anastomótico con sutura barbada y puntos separados de polipropileno 4.0. Sutura al estómago seccionado para ascenso mediastinal y extracción de la pieza por cuello. Por último se completa la liberación mediastinal inferior y se realiza yeyunostomía de alimentación en primer asa yeyunal.

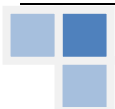
Resultados

La visión laparoscópica con cámara de alta definición nos brinda seguridad en la visualización de las estructuras, los selladores de vasos sanguíneos evitan las pérdidas sanguíneas, y las máquinas de sutura mecánica aseguran una correcta sección y sutura del estómago.



Conclusiones

Como muestra el video, es una técnica que requiere entrenamiento y presenta múltiples detalles técnicos, por lo que debe realizarse por equipo entrenados en cirugía laparoscópica de avanzada.



VIDEOCIRUGÍA SUBCUTÂNEA PARA RECONSTRUÇÃO DE DEFEITOS DA PAREDE ABDOMINAL (SVAWD)

Petrini Souza, Willy; Genovesi, Alethea; Falcão, Erlan; Beatriz Romboli Rocha, Larissa; Youssef Franciss, Maurice; Zilberstein, Bruno, Gastromed, Brazil

Introdução:

Embora as hérnias umbilicais e epigástricas sejam muito comuns na população e seu procedimento de reparo seja relativamente simples, observa-se que não existe uma abordagem consistente e universalmente aceita para a correção das mesmas. Reconhece-se a necessidade de diretrizes baseadas em melhores evidências para delinear a indicação do fechamento primário ou quando o uso do material protético é essencial, bem como o melhor acesso e técnica cirúrgica para o reparo desses defeitos da parede abdominal. Este vídeo demonstra a recente técnica de abordagem videolaparoscópica subcutânea para reconstrução de defeitos da parede abdominal (SVAWD) em um paciente com hérnia incisional recidivada no epigástrio, associada a diástese dos músculos retos abdominais.

Objetivos:

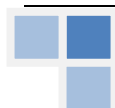
Demonstração de uma abordagem não convencional de reparo da hérnia epigástrica incisional.

Métodos:

Uma torre de videolaparoscopia com sistema de gravação digital foi utilizada para registrar o procedimento cirúrgico de abordagem subcutânea para correção de hérnia incisional.

Conclusão:

O SVAWD mostrou-se uma técnica alternativa segura, factível, minimamente invasiva, eficiente e pioneira na correção de defeitos da parede abdominal.



VIDEO: COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA POR COLELITIASIS EN SITUS INVERSUS TOTALIS

Abarca Ferández, Pedro César¹; Manrique Sila, George Christian²; Paredes Núñez, Hugo Santiago². ¹Hospital III regional Honorio Delgado Espinoza (Minsa), Perú; ²Hospital regional III Honorio Delgado Espinoza, Perú

Introducción:

Desde Aristóteles; Leonardo da Vinci; Severino; Fabrisius; hasta Baillie; el SIT, en un raro desorden congénito que determina un desafío para su diagnóstico y manejo (1) (2) (3).

Epidemiología:

Situs inversus 1 en 5000 a 20,00 nacidos vivos (1).SIT 1/10,000 en la población en general; con relación mujer-hombre de 1:1.5 sin predilección racial (2). La incidencia se piensa que está en el rango de 1:10,000 a 1:20,000 (3).

Clasificación: Situs Inversus Partialis, Situs Inversus Solitos, Situs Inversus Ambiguos,

SIT (1) (2).

Embriología:Fase de gastrulación (2).

Genética:Autosómico Recesivo (1) (2);mutaciones del gen TGFβy HNF-3βSIC 3(2)

Presentación:Es un hallazgo incidental con comorbilidades asociadas (2)

Diagnóstico: Es un desafío (1);El 10% paciente con colelitiasis SIT, dolor en el lado derecho (2).Con Rx, Ecografía, TEM y RM (1) (2) (3).

Pronóstico: SIT tiene una vida sana (2).

Tratamiento: Según las comorbilidades asociadas. (1) (3).

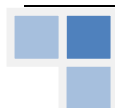
Caso:

Emergencia: Paciente mujer de 46 años, con dispepsia a grasas y situs inversus por eco; presenta dolor en hipocondrio izquierdo, náuseas, vómitos.

Examen: Escleras no ictéricas. Abdomen: Doloroso en hipocondrio izquierdo.

Análisis; Leucocitosis 14,000 mm³[1]; Marcadores para pancreatitis (+); glicemia 109 mgr.

Recibió; Hidratación, antiespasmódico, antiemético y AINES.



Rx tórax: Dextrocardia.

Hospitalización:

TEM: SIT.

Cardiovascular: RCV II/IV.

Anestesiología: ASA II/V.

Gastroenterología: Pangastropatía Duodenopatía eritematosas.

Conclusión Clínica: *Colecistitis Crónica Litiasica

*Situs Inversus Totalis

*Pancreatitis Insipiente

Discusión

El diagnóstico de cólico biliar en una paciente con SIT, es un desafío. A veces tiene una inusual presentación con dolor abdominal en hipocondrio izquierdo; especialmente en aquellos que no saben que tienen situs inversus totalis. No hay evidencia que el SIT predisponga a colelitiasis.

En el caso de la paciente tenía el diagnóstico SIT por Ecografía, lo que facilitó su preparación preoperatoria para la Colecistectomía laparoscópica y CIO.

Conclusiones

1. SIT no predispone a Litiasis Vesicular.
2. Colelap y CIO en SIT para el Cirujano Diestro es un desafío.
3. Informar al paciente respecto al SIT.

Obtuvimos un consentimiento informado del paciente para publicar este VIDEO.

Este reporte tiene la aprobación del comité de ética de nuestra institución.

<https://www.dropbox.com/s/21psuhssz56j69q/COLELAP%20EN%20SITUS%20INVERSUS%20TOTALIS.mp4?dl=0>

