

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Postgrados

**Tricobezoar gástrico como causa de obstrucción intestinal.
Presentación de un caso**

Mónica Elizabeth Orejuela Puente

Tesis de grado presentada como requisito para la obtención del título de
Especialista en Cirugía General

Quito, mayo de 2013

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Postgrados

HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS

Dra. Mónica Elizabeth Orejuela Puente

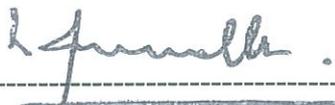
Dr. Juan Francisco Fierro Renoy.
Director del Programa de Postgrados en
Especialidades Médicas

Dr. Iván Cevallos Miranda
Director del Postgrado de Cirugía General

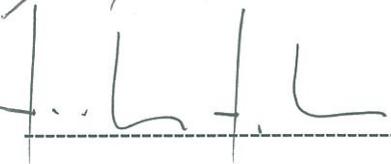
Dr. Gonzalo Mantilla Cabeza de Vaca
Decano del Colegio de Ciencias de la Salud
USFQ

Víctor Viteri Breedy, Ph.D.
Decano del Colegio de Postgrados









Quito, mayo 2013

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Postgrados

Autor: Dra. Mónica Elizabeth Orejuela Puente

DESCRIPCIÓN DE LOS TRABAJOS PUBLICADOS

1. Orejuela M, Gálvez Y. Tricobezoar gástrico como causa de obstrucción intestinal, presentación de caso. Rev Fac Cien Med Quito 2013;38:65-68 (In press)
2. Orejuela M, Cevallos E, Quisiguiña R. Tumor del estroma gastro intestinal (GIST) resección laparoscópica, a propósito de un caso. Rev med Hosp Gen Isidro Ayora 2013;2:5-8 (In press)

DESCRIPCIÓN DE CONFERENCIAS Y POSTERS PRESENTADOS

1. Morillo M, Orejuela M, Vásquez S. Síndrome de Mirizzi, manejo Laparoscópico. Caso Clínico. XXXII Congreso Nacional de Cirugía. Sociedad Ecuatoriana de Cirugía. Quito, Mayo, del 18 al 21 de 2008.
2. Rosero H, Enriquez J, Orejuela M, Coledocolitiasis en el HCAM, revisión de estadística en 5 años. XXXII Congreso Nacional de Cirugía. Sociedad Ecuatoriana de Cirugía. Quito, Mayo, del 18 al 21 de 2008.
3. Orejuela M, Primer descenso colónico laparoscópico en la Enfermedad de Hirschprung. XXXVI Congreso nacional de Cirugía, Explorando el Futuro de la Cirugía y XXI Congreso de la Sociedad Francesa de Cirugía Laparoscópica. Quito, Mayo, 16 al 18 de 2012

**Trabajo de titulación presentado como requisito para la obtención
del título de Especialista en Cirugía General**

Quito, mayo de 2013

El artículo de TRICOBEOZAR GASTRICO COMO CAUSA DE OBSTRUCCION INTESTINAL, se justifica por ser una patología poco común, una revisión de la literatura clínica, de manejo multidisciplinario iniciando por el pediatra, la evaluación quirúrgica complementándose con seguimiento psiquiátrico, en la parte quirúrgica debemos sospechar de esta inusual patología, al encontrar una masa abdominal epigástrica principalmente en niños.

JUSTIFICACION

Como requisito para la graduación y dentro de la formación para cirujano especialista el pensum de estudio contempla el realizar trabajos de investigación, los estudios que se desarrollaron están en relación a mis capacidades y todos los temas sobre técnica quirúrgica

El motivo de presentar dos de los artículos (excéresis laparoscópica de un GIST, así como cirugía de Hirschprung en un niño), es sobre los beneficios de la cirugía laparoscópica siendo los avances médicos encaminados a mejorar el tratamiento de los pacientes y su calidad de vida han impulsado el desarrollo de las técnicas laparoscópicas. En muchas operaciones ya ha sido aceptada la cirugía laparoscópica como primera opción. En otras, está en desarrollo por no haber mostrado claras ventajas respecto a la cirugía convencional.

Al ser las incisiones tan pequeñas el dolor postoperatorio es menor. En consecuencia, la recuperación es mucho más rápida, mejorando la movilización precoz, estado general y ánimo del paciente. La posibilidad de complicaciones en las heridas (infección o eventraciones, hernias en la herida operatoria), se reducen a porcentajes muy bajos en la cirugía laparoscópica. También la menor manipulación de los tejidos e intestino hace que el riesgo de adherencias entre los tejidos disminuya y que el intestino recupere su movilidad antes, por lo que la ingesta se inicia antes. Todo ello influye en una menor estancia hospitalaria con una rápida incorporación a la vida laboral y social, menos dolor postoperatorio, estéticamente aceptable, fruto de esto tenemos una formación sólida tanto a nivel hospitalario como en las pasantías extramurales fuera del país, justifico mis trabajos por el conocimiento, por la frecuencia de los casos y los que fueron relevantes en las pasantías de los servicios de pediatría y coloproctología, creemos firmemente los médicos egresados en realizar cursos avanzados en este caso laparoscopia para nuestra formación continua y promover trabajos en relación a esta técnica.



**REVISTA DE LA FACULTAD
DE CIENCIAS MÉDICAS**
ISSN: 037S-1066

Oficio 022-RFCM-UCE

Quito, 8 de mayo del 2013

CERTIFICACION

En mi calidad de Director de la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador, me permito certificar que se ha recibido el manuscrito RFCM-12-0576 con título **“Tricobezoar gástrico como causa de obstrucción intestinal, presentación de caso”** de los autores Dra. Mónica Orejuela y Dra. Yolanda Gálvez.

Me complace informar que luego de los procesos de revisión, el artículo de su autoría, ha sido calificados como aceptados para publicación

El número de la revista en el que serán publicados se los haré conocer oportunamente

Conclusión de la evaluación: **Aceptado**

Muy atentamente

Dr. Ramiro López P.
Director de la Revista.

Revista de la Facultad de Ciencias Médicas.
Iquique N14-121 y Sodiro. Quito – Ecuador. POBox: 17-6120
e-mail: rev.fac.cmm.quito@fcm.uce.edu.ec revfcmquito@yahoo.com

TRICOBEOZAR GASTRICO COMO CAUSA DE OBSTRUCCION INTESTINAL

PRESENTACION DE CASO

MONICA OREJUELA*, YOLANDA GALVEZ**

*Médico postgradista de Cirugía General de 5to año USFQ, Hospital Carlos Andrade Marín

**Médico tratante de Cirugía Pediátrica, Hospital Carlos Andrade Marín

Correspondencia:

Dra. Mónica Orejuela: Isla Marchena y Av. Granados, Portal de Aragon II- 2-501, Quito-Ecuador 593-3343745; meop_1@yahoo.com

RESUMEN

Antecedentes: El término Bezoar corresponde a una concreción o acumulo en el tracto gastrointestinal que aumentan de tamaño por material no absorbible o fibras, de estos, los tricobezoar son los más comunes en niños siendo una patología rara, los síntomas son vagos y generalmente se manifiesta como masa palpable.

Presentación de caso: Se presenta el caso de una niña de 9 años, con antecedentes de tricotilomanía y tricofagia que ingresa al servicio de pediatría con dolor abdominal, náusea y vómito, acompañado de una masa palpable de 8 meses de evolución.

Conclusión: En los niños con historia de síntomas gastrointestinales, la endoscopia es esencial para determinar un diagnóstico oportuno y tratamiento, dependiendo del tamaño la evaluación quirúrgica. Para evitar recurrencia del tricobezoar el manejo conjunto con terapia conductual es esencial.

Palabras clave.- Tricobezoar, tricotilomania, tricofagia

ABSTRACT

Background: The term Bezoar corresponds to a concretion or accumulation in the gastrointestinal tract that it increase of size for non absorbable material or fibers, of these, the tricobezoar is the most common in children being a strange pathology, the symptoms are vague and it is generally manifested as palpable mass.

Case presentation: We shows up the case of a 9 year-old girl, with trichotilomanía antecedents and trichophagia that it enters to the pediatrics service with abdominal pain, it nauseates and vomit, accompanied by a palpable mass of 8 months of evolution.

Conclusion: Children with history of gastrointestinal symptoms, the endoscopy is essential to determine a diagnose and treatment, depending on the size the surgical evaluation most be taken. To avoid recidivate the combined handling with behavioral therapy it's indicated.

Key Words.- Trichobezoar, trichotilomania, trichophagia.

CASO CLINICO

Niña de 9 años admitida al servicio de pediatría con antecedente de 1 mes de evolución de episodios de dolor abdominal, distensión, vomito postprandial y pérdida de peso, madre refiere una masa a nivel de epigastrio desde hace 8 meses que aumentado de tamaño. A la anamnesis padre revela que a los 5 y 6 años de edad la niña presentó tricotilomanía con alopecia y tricofagia, sin manejo médico, aparentemente resuelto.

Al examen físico se palpa una masa en epigastrio hacia hipocondrio derecho de aproximadamente 10cm de longitud, móvil, regular y de consistencia firme, poco dolorosa.

Parámetros hematológicos y bioquímicos dentro de lo normal. Radiografía simple de abdomen revela estómago distendido, se marca silueta gástrica con gran contenido. Se realiza endoscopia confirmatoria de tricobezoar, que ocupa toda la cavidad gástrica imposible retirarlo por esta vía, por lo que se decide tratamiento quirúrgico.

Se somete a laparotomía con incisión media supra umbilical y gastrotomía longitudinal con extracción de bezoar en una sola pieza, de 10x 6 x4cm, en forma de J ocupando toda la cavidad gástrica, sin evidencia de lesión de la mucosa. El postoperatorio la paciente fue manejada en conjunto con el servicio de psicología y psiquiátrica así como consejería a los padres. Fue dada de alta a los 6 días postoperatorios sin complicaciones.

INTRODUCCION

Bezoar es una acumulación de material extraño ingerido, es muy raro <1%⁽¹⁾, y se clasifica de acuerdo a su composición: Fitobezoar de materia vegetal, tricobezoar de cabellos o pelos, fármacos bezoar por la ingesta de medicamentos, lactobezoar y otros.

La patología del tricobezoar se inicia con un trastorno psiquiátrico en el control de los impulsos con sensación de bienestar, gratificación cuando se produce el arrancamiento del pelo denominada tricotilomania, junto con la tricofagia, ingestión compulsiva de pelo, contribuyen la formación del tricobezoar que con la ingesta de alimentos se acumulan y son de difícil eliminación, los pelos se desnaturalizan por los ácidos gástricos y se tornan de color negruzco. Solo el 1% de los pacientes que padecen tricofagia desarrollan un bezoar⁽²⁾, el síndrome conocido como Rapunzel es un trichobezoar gástrico con una cola extendida hacia duodeno, yeyuno o íleon, descrita originalmente por Vaughan et.al en 1968 con un reporte de caso de obstrucción intestinal.⁽³⁾

Es más común en mujeres alrededor de 30 años y en niñas de 6-10 años, generalmente son asintomáticos pero cuando son de gran tamaño se acompañan de síntomas obstructivos y de desnutrición⁽⁴⁾. Gupta et.al en el 2007 describió la forma de presentación como masa papable en el 87.7% de pacientes, dolor abdominal en el 70,2%, náusea y vómito en el 64.9%, pérdida de peso 38.1%, constipación o diarrea en 32% y hematemesis en el 61%, los estudios de laboratorio revelaron una hemoglobina baja alrededor del 62%.⁽⁵⁾

La alta sospecha diagnóstica temprana lleva a tratamientos menos invasivos pero generalmente la mayoría de los pacientes presenta un cuadro obstructivo (45%) al momento del diagnóstico⁽⁶⁾, llegando a graves complicaciones con tratamiento retardado como ulceración o perforaciones. El diagnóstico del tricobezoar puede ser realizado por vía endoscópica o estudios de imagen como la Tomografía computarizada, mostrando masa heterogénea intraluminal, con gas en su interior y alrededor de la masa. Pero sigue siendo

la endoscopia el método de elección para el diagnóstico, con visualización directa del bezoar clasificándolo con el tipo del mismo y la extensión de la masa.⁽⁷⁾

La terapia endoscópica puede ser efectiva para los fitobezoares y lactobezoares, de pequeño tamaño, poco efectivo para los tricobezoares, particularmente a los de más de 20 cm. Existen instrumentos para triturar o pulverizar ya sea mecánicamente o con ondas acústicas que han sido usados en tricobezoares sólidos.⁽⁸⁾

La cirugía está indicada cuando el bezoar es muy grande o demasiado sólido que causa perforación, hemorragia o síndrome de Rapunzel; dependiendo de la habilidad del cirujano y las condiciones de la masa se puede realizar vía laparoscópica o laparotomía con gastrotomía o enterotomía.⁽⁹⁾

El manejo y tratamiento de tricobezoares es la remoción de la masa y evitar la recurrencia con manejo psicológico y emocional del paciente.

Casos reportados sobre tricobezoares y síndrome de Rapunzel en niños se asocian a maltrato infantil, trastornos psiquiátricos, de comportamiento y retardo mental, por lo que el manejo de la tricotilomanía junto a consejería a los padres evita la recurrencia⁽¹⁰⁾.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Uptodate. Geruld Daniel, Guelrud Moises Bezoar (sede Web). Mar 2013, 18 april 2013. Uptodate Waltham,
- 2.- Prasad A, Rizvon K, Angus G, Mustacchia P, Amajoyi R, Siddiqui G. A giant trichobezoar presenting as an abdominal mass. Gastrointest Endosc. 2011 May;73(5):1052-4
- 3.- Vaughan ED Jr, Sawyers JL, Scott HW Jr. The Rapunzel syndrome. An unusual complication of intestinal bezoar. Surgery 1968;63:339-343.
- 4.- Veena Gonuguntla, Divya-Devi Joshi. Rapunzel Syndrome:A Comprehensive Review of an Unusual Case of Trichobezoar. Clin Med Res. 2009 Sep;7(3):99-102
- 5.- Ali H Al Wadan, Hamed Al Kaff, Jamila Al Senabani, Al Saadi. Rapunzel syndrome trichobezoar in a 7-year-old girl: a case report. Cases J. 2008 Oct 2;1(1):205.
- 6.- Se Heon Oh, Hwan Namgung, Mi Hyun Park. Bezoar induced Small Bowel Obstruction. J Korean Soc Coloproctol. 2012 Apr;28(2):89-93.
- 7.- O'Sullivan MJ, McGreal G, Walsh JG, Trichobezoar J R S Medic 2001;94:68-70
- 8.- Ahmet Aybar, Anca M. Safta, Endoscopic removal of a gastric trichobezoar in a pediatric patient. Gastrointest Endosc. 2011 Aug;74(2):435-7
- 9.- Fallon SC, Slater BJ, Larimer EL, Brandt ML, Lopez ME. The surgical management of Rapunzel syndrome: a case series and literature review. J Pediatr Surg. 2013 Apr;48(4):830-4.
- 10.- Armstrong J, Holtzmulle K, Barcia P, Gastric Trichobezoar as a Manifestation of Child Abuse. Curr Surg. 2001 Mar;58(2):202-204.

FIGURAS

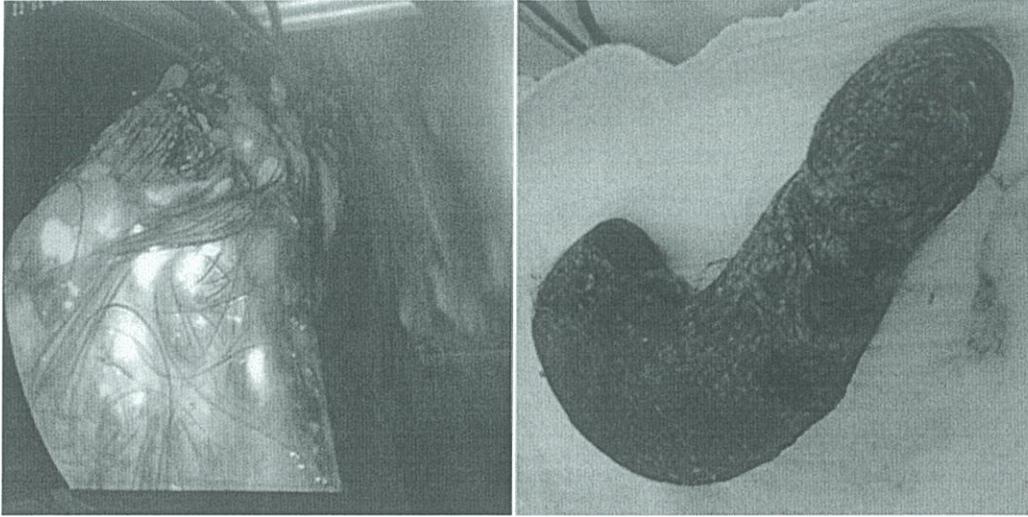


FIGURA 1.-A izquierda: endoscopia digestiva alta, donde se observa el tricobezoar, restos alimenticios y saliva. **B derecha:** Tricobezoar gástrico, posterior a extracción quirúrgica completa; nótese que toma la silueta gástrica.



Ministerio de Salud Pública



Loja, 10 de abril del 2013

HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA
DEPARTAMENTO DE GESTION DE DOCENCIA E INVESTIGACION

DR. DIEGO RAMIRO ALVEAR P.
COORDINADOR DE GESTION DE DOCENCIA E INVESTIGACION

CERTIFICA:

Haber realizado una evaluación exhaustiva del trabajo presentado por la Dra. Mónica Orejuela denominado "TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST) RESECCION LAPAROSCOPICA, A PROPOSITO DE UN CASO" concluyendo que el trabajo cumple con las normas mínimas requeridas y es pertinente para la publicación en la revista de la institución planificada para el mes de noviembre del año en curso.

Autorizo a la interesada hacer el uso del presente para los fines que crea convenientes.

DR. DIEGO RAMIRO ALVEAR P.

COORDINADOR DE GESTION DE DOCENCIA E INVESTIGACION.

Hospital General Isidro Ayora
LOJA
Departamento de Gestión
de Docencia e Investigación

Dr. Diego R. Alvear P.
INTERN STA
MSP L 23 F 92 No 278
MAT 1449 CML

TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST) RESECCION LAPAROSCOPICA, APROPOSITO DE UN CASO

MONICA OREJUELA*, IVAN CEVALLOS MIRANDA,MD,**(1), ROCIO QUISIGUIÑA MD**¹

RESUMEN

Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST), son poco frecuentes, constituyen el 0.2-3% de todos los tumores malignos, generalmente son asintomáticos.

Su ubicación varia en el aparato gastrointestinal, siendo el estomago el principal lugar donde crecen, el diagnostico suele ser con estudios de imagen, hallazgos incidental o durante una laparoscopia, se los estadifica de alto y bajo riesgo dependiendo principalmente de su índice mitótico y del tamaño.

Presentamos el caso de una paciente femenina de 82 años con una masa en cara anterior de estomago reconocida en tomografía computarizada, se realiza laparoscopia diagnostica evidenciándose una masa exofítica pediculada hipervascularizada dependiente de la cara anterior del estomago que fue resecada y extirpada totalmente encapsulada.

Palabras clave.-

Tumor del estroma gastrointestinal GIST, resección laparoscópica, inhibidores de tirosin kinasa

ABSTRACT

Gastrointestinal stromal tumors (GIST), are rare tumors, 0.2 -3% of all malignant tumors, are usually asymptomatic. Its location varies the stomach being the principal place where they grow. Its diagnosis is often with imaging studies as incidental findings or during a laparoscopy. They are staged according to high and low risk depending mainly on mitotic index and the size.

We present the case of a female patient of 82 years with a mass in the anterior side of stomach recognized in computed tomography. Diagnostic laparoscopy characterizing an exophytic mass pedicle hypervascularized dependent on the front side of the stomach that was resected and excised fully encapsulated.

Key Words.-

Gastrointestinal stromal tumor GIST, laparoscopic resection, tyrosine kinase inhibitors

INTRODUCCION

* Médico Postgradista USFQ de 4to año De Cirugía General Hospital Carlos Andrade Marín, meop_1@yahoo.com

(1) Jefe de Servicio de Cirugía General Hospital Carlos Andrade Marín

** Médico Tratante del Servicio de Cirugía General Hospital Carlos Andrade Marín

De sus siglas en ingles (GIST) los tumores del estroma gastrointestinal son muy raros van del 0.2-3% de todas las lesiones malignas abdominales. (1)

Originalmente se creía que derivaban de las células de musculo liso, considerados como variantes de leiomiomas o leiomiomas, con la ayuda de la inmunohistoquímica en la definición del GIST hoy se sabe que son variantes de la expresión del KIT (receptor tyrosine kinase) en el 95% de los tumores, el 5% restante expresan una mutación en el receptor alfa del factor de crecimiento plaquetario (PDGFRa).(2)

PRESENTACION DE CASO

Paciente quien es ingresada al servicio de gastroenterología del Hospital Carlos Andrade Marín por presentar cuadro de dolor abdominal tipo continuo en epigastrio EVA hasta 8/10, sin otra sintomatología.

Sexo femenino, 82 años de edad APP: Hipertensión arterial, enfermedad diverticular y adenoma tubular de colon hace 1 año APQX: apendicetomía, colecistectomía APF: no referidos, estudiada con Endoscopia Digestiva Alta, reporta gastropatía folicular de cuerpo y antro con actividad hemorrágica de fondo y cuerpo, biopsia reporta gastritis crónica en tomografía Axial computarizada se evidencia vecino a la curvatura menor masa hipodensa que aproximadamente 7x5cm. Podría corresponder a neoplasia gástrica-conglomerado ganglionar

Se realiza biopsia percutánea de estomago dirigida por TAC de masa gástrica compatible con GITS Inmunohistoquímica reporta ki-67: negativo, cd-117: positivo, s-100: positivo, actina de musculo liso: positivo, cd31: negativo.

Se decide tratamiento quirúrgico con laparoscopia diagnostica se evidencia masa exofítica pediculada hipervascularizada dependiente de la cara anterior del estomago hacia la unión gastroesofagica de aproximadamente 7x5x4cm de diámetro con zonas de hemorragias y necrosis que fue resecada y extirpada totalmente encapsulada y extraída de la cavidad en bolsa de látex.

La paciente evoluciono favorablemente, tolera dieta a las 24 horas postoperatorio y a las 72 horas se decide alta médica sin complicaciones.

Se envía a la paciente a oncología, con buen estado general y con alto probabilidad de remisión de la enfermedad

El histopatológico reporto un tumor neuroendocrino compatible con GIST, cd1117 positivo con escasa mitosis.

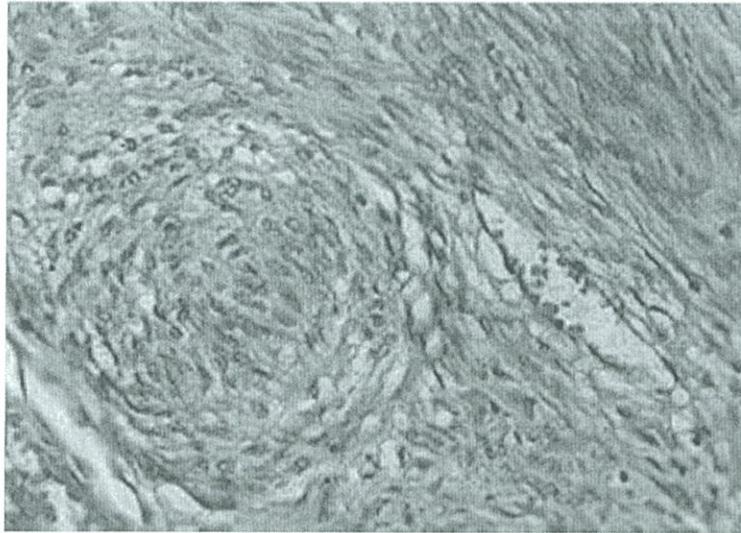


Fig. 2. Se aprecia la mucosa normal y tumor positivo para cd117 por inmunohistoquímica se aprecia positividad de este anticuerpo en el tumor y células de Cajal a bajo aumento

DISCUSION

Los tumores estromales GIST pueden originarse del mesenterio o del omento, su ultra estructura y características inmunohistoquímicas se los diferencias del los tumores del musculo liso como los leiomiomas y leiomiosarcomas, ya que se derivan de otros progenitores mesenquimales tanto de células epiteloides como espinales.

Generalmente son asintomáticos y su diagnostico se los hace por hallazgo incidental en un tercio de pacientes, el 20 % se encuentra durante procedimientos quirúrgicos por otra causa y 10% restante en autopsias. (3)

Para los sintomáticos la clínica es variable, relacionados con el tracto gastrointestinal, su ubicación o su efecto de masa dentro de la cavidad, incluyen dolor abdominal vago, llenura precoz, masa palpable o síntomas secundarios como sangrado tumoral, anemia, obstrucción intestinal o perforación.

Los GIST crecen principalmente alrededor de todo el aparato gastrointestinal principalmente en el estomago (40-70%) seguido del intestino delgado (20-40%) colon y recto (5-15%) y esófago (5%). (4)

DIAGNOSTICO

Dependiendo de su localización se puede identificar mediante una endoscopia o colonoscopia, métodos de imagen diagnostica, con ayuda de tomografía axial computarizada o resonancia magnética.

En la TAC se puede evaluar el tumor primario y sus metástasis hacia hígado o peritoneo, siendo estos los sitios de mayor frecuencia de metástasis (3.4). A diferencia de los leiomiosarcomas las metástasis extra abdominales como las pulmonares son extremadamente raras.

El Pet –Scan es útil en el manejo y respuesta al tratamiento clínico principalmente.

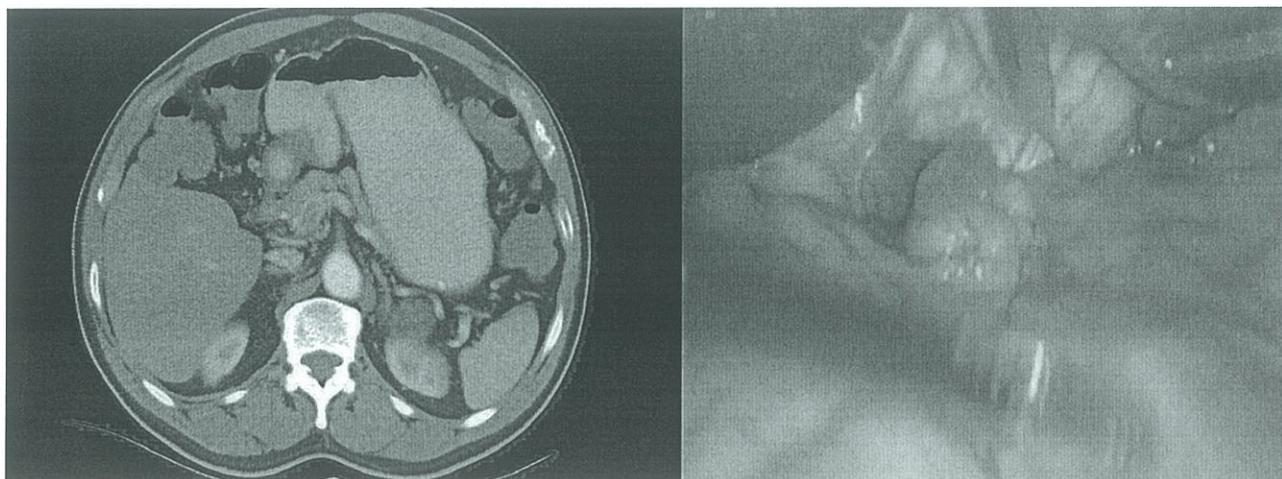


Fig 1. Tac se observa una masa bien circunscrita altamente vascularizada asociada al estomago o intestino. Puede aparecer heterogéneo o necrosis central o hemorragia intratumoral. Imagen del procedimiento quirúrgico de resección de GIST gástrico laparoscópico. (5)

En el examen endoscópico se observa una protrusión sobre la pared intestinal y en la mucosa puede tener estigmas de sangrado. La ecoendoscopia nos ayuda mostrando una masa hipoeoica en contigüidad con la musculareis propia del intestino.

La Punción percutánea con aguja fina se sugiere como técnica inicial para el diagnostico, pero no universalmente recomendada por riesgo de contaminación con células tumorales dentro de la cavidad, la mayoría de los GIST esofágicos son benignos y la biopsia endoscópica en los cuales la mucosa alrededor es intacta es controversial por el alto riesgo de perforación esofágica. (6)

ESTADIFICACION

Los tumores pueden ser clasificados en categorías de alto y bajo riesgo basado en el tamaño y actividad mitótica, que le dan un factor pronostico.

Según la revisión realizada por el NCCN (7), GIST de 2cm o menores con un índice mitótico de 5 o menos por campo deben ser considerados como benignos, pero lesiones mayores a 2cm con el mismo índice mitótico tiene un alto riesgo de recurrencia.

Se conoce que el sitio de la lesión de igual manera refleja una relación con la recurrencia siendo los GIST del intestino delgado más agresivos que los tumores del mismo tamaño que se desarrollan en el estomago.

MANEJO Y TRATAMIENTO

ENFERMEDAD PRIMARIA

Para los tumores localizados no metastásicos la cirugía es definitivamente el tratamiento curativo, la resección del tumor con márgenes negativos es el objetivo, pero no mejora el pronóstico la amplitud del margen.

La resección en bloque es lo indicado cuando hay órganos adyacentes comprometidos, rara vez hay metástasis a linfáticos por lo que el vaciamiento ganglionar no se recomienda.

En enfermedad avanzada la cirugía paliativa se la realiza si hay sangrado, dolor, efecto de masa u obstrucción.

Pacientes con GIST de menor a 2cm pueden ser tratados endoscópicamente y manejo clínico.

MANEJO CLINICO

El desarrollo de los inhibidores selectivos de la tirosin kinasa, han cambiado las guías de manejo de los paciente con GIST, es muy amplio este tema para analizarlo en este artículo, se toman las guías del NCCN. (8)

Está bien conocido que la terapia neoadyuvante y adyuvante del imatinib 400 mg vo c12hr mejora la sobrevida, el tiempo libre de enfermedad y la curabilidad. También se utiliza en la enfermedad progresiva siendo un medicamento bien tolerado con escasas reacciones adversas.

RESECCION LAPAROSCOPICA

La cirugía laparoscópica ha ido introduciendo su aporte en la cirugía oncológica, como los tumores de GIST su invasión no suele ser linfática la resección del mismo no necesita linfadenectomía y para ser curativa los amplios márgenes no están indicados, el abordaje laparoscópico es seguro.

El diagnóstico de un tumor de GIST puede ser difícil, la ayuda de la laparoscopia puede dar este beneficio y seguir con el tratamiento definitivo si se evita la ruptura, extrayendo la pieza en una bolsa y manejado como cualquier cirugía oncológica.

Presentamos el caso de una paciente que fue sometida a una cirugía laparoscópica para extracción de un GIST gástrico.

CONCLUSIONES

Los GIST son tumores poco frecuentes y depende de su tamaño, ubicación e índice mitótico así como el comportamiento agresivo de los mismos.

El manejo de estos tumores se basa prácticamente en el uso de los inhibidores de la tirosin kinasa, ya sean como terapia única en los tumores menores de 2cm o preoperatorios, como la terapia adyuvante.

En este tipo de tumores no se necesita un amplio margen de reseccabilidad, como la posibilidad de invasión linfática es mínima no se recomienda la linfadenectomía, la resección laparoscopia es segura y se la puede realizar.

Se necesita más casos para evaluar la tasa de sobrevida como la evaluación a largo plazo del tratamiento realizado

BIBLIOGRAFIA

1.- Liegl B, Hornick L, Contemporary Pathology of Gastrointestinal Stromal Tumors, Hematol Oncol Clin N Am 23 (2009) 49–68.

2.- Kingham P, Ronald P. DeMatteo M, Multidisciplinary Treatment of Gastrointestinal Stromal Tumors, Surg Clin N Am 89 (2009) 217–233.

3.- Quek R, George S, Gastrointestinal Stromal Tumor : A Clinical Overview, Hematol Oncol Clin N Am 23 (2009) 69–78.

5.- Umer I. Chaudhry, MD, Ronald P. DeMatteo, MD Management of Resectable Gastrointestinal Stromal Tumor, Hematol Oncol Clin N Am 23 (2009) 79–96.

6.- Heikki J, Christopher F et. al, Management of malignant gastrointestinal stromal tumours The Lancet Oncology Vol 3 November 2002.

7.- NCCN Guidelines Version 2.2011 Soft Tissue Sarcoma .

8.- Casali B, Blay Y, Gastrointestinal stromal tumours: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up, Annals of Oncology 21 (Supplement 5): v98–v102, 2010.

9.- Chandrajit P, Matthew P, et. al, Surgical Management of Advanced Gastrointestinal Stromal Tumors After Treatment With Targeted Systemic Therapy Using Kinase Inhibitors, JCO.2005.05.3439

10.- Jason S. Mithat Gönen, Development and Validation of a Prognostic Nomogram for Recurrence-Free Survival after Complete Surgical Resection of Localized, Primary Gastrointestinal Stromal Tumor (GIST): A Retrospective Analysis Lancet Oncol. 2009 November ; 10(11): 1045–10



afc

Association Française de Chirurgie

XXXI

congreso nacional de

Cirugía

Confiere el presente diploma

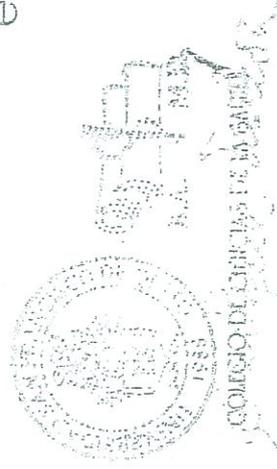
a: **Dra. Mónica Orejuela**

por su participación en calidad de

Autor del Tema Libre: Coledocolitiasis en el HCAM, revisión de estadística en 5 años.

en el Congreso realizado en la ciudad de Quito
del 18 al 21 de mayo de 2008

Valor Curricular: 36 Horas



Dr. Enrique Noboa Izurieta

Decano del Colegio de Ciencias de la Salud

Universidad San Francisco de Quito

Dr. Gil Bermeo Sevilla

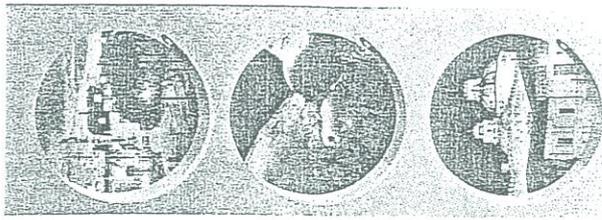
Presidente Nacional

Sociedad Ecuatoriana de Cirugía

Dr. Gerardo Rentería Guerra

Secretario Ejecutivo Nacional

Sociedad Ecuatoriana de Cirugía



TEMA LIBRE: XXXII CONGRESO NACIONAL DE CIRUGIA, 18-21 DE MAYO DE 2008, QUITO – ECUADOR

COLEDOLITIASIS EN EL HCAM, REVISIÓN DE ESTADÍSTICAS EN 5 AÑOS

Autor: Dr. Hugo Rosero, Dr Juan Enriquez, Dra Mónica Orejuela

La Coledocolitiasis es la obstrucción del paso de la bilis por presencia de cálculos que se originan por la precipitación de microcristales que se formaron principalmente por exceso de colesterol que provoca una saturación de la bilis; también se pueden producir por tumores. Esta patología que afecta el metabolismo es una de las más comunes en nuestro país, por esto es necesario tener conocimiento de ella y sus síntomas, con el fin de poder tratarla a tiempo y evitar mayores complicaciones posteriores. Existen factores determinantes en la formación de cálculos, como lo son la genética y alguna de las alteraciones en los componentes de la bilis.

Se presenta una revisión de las estadísticas del servicio de Cirugía General sobre esta patología desde 2002 hasta 2007.

SALON "A"

08:30 - 09:30

MAÑANA

1. Manga gástrica. *Dr. Diego Rentería, Dr. Gerardo Rentería, Dr. Diego Villarreal*
2. Utilidad del Bypass gástrico convencional en obesos mórbidos. Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca, 2007.
Dr. E. Moscoso, Dr. J. Astudillo, Dr. F. Figueroa
3. Tratamiento quirúrgico y REDO en la enfermedad por reflujo gastroesofágico.
Dr. Rubén Astudillo, Dr. Juan Carlos Salamea
4. Aplicaciones de la Cirugía Laparoscópica.
Dr. Jesús Chicaiza, Dr. Miguel Medina, Dra. Graciela Quishpe
5. Colectomía Laparoscópica.
Dr. Roberto Vera, Dr. Patricio Bucheli

15:00 - 16:00

TARDE

1. Apendicectomía laparoscópica. Nuestra experiencia inicial en los primeros 100 casos
Dr. Francisco Troya, Dr. Christian País, Dr. Miguel Carmona.
2. Trauma diafragmático penetrante.
Dr. Edgar Zhimmay, Dra. Jhesenia Correa, Dra. Teresa Montes
3. Complicaciones en la apendicectomía de mínimo acceso. Revisión de estadística en el Hospital Carlos Andrade Marín (2006 - 2007).
Dr. J. Enríquez, Dr. H. Rosero, Dr. D. Santillán
4. Dificultades diagnosticadas en apendicitis aguda. Hospital Delfina Torres de Concha.
Dra. María Chávez, Dr. Jorge Suárez, Lic. Liliana Aveiga
5. Cirugía metabólica. *Dr. Cortéz M, Dr. Torres, Dra. Vaca*

SALON "B"



MAÑANA

08:30 - 09:30

1. Coledocolitiasis en el HCAM, revisión de estadística en 5 años (2002 - 2007)
Dr. H. Rosero, Dr. J. Enríquez, Dra. M. Orejuela.
2. 14 años de Colectomía laparoscópica. Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca.
Dr. Angel Tenezaca, Dr. Edgar Villaflores, Dr. Enrique Moscoso T.
4. Colectomías y vías biliares en 5 años. Hospital Provincial Docente Ambato
Dr. Tarquino Pinto, Dra. Francisca Nieto
5. Colectomía laparoscópica. Unidad de Salud Municipal Norte, Quito.
Dr. César Barrera, Dr. R. Viñán, Dr. P. Villarreal
6. Tricobezoar gástrico. TRABAJO DE INGRESO SEC - CHIMBORAZO. *Dr. Gasman Ochoa*

15:00 - 16:00

TARDE

1. Tratamiento de Hernias inguinales IESS Esmeraldas. TRABAJO DE INGRESO SEC - ESMERALDAS
Dr. Miguel Tenorio, Dr. Segundo Minda, Dra. María Chávez.
2. Hernioplastia inguinal. Técnica de Lichtenstein, 5 años de experiencia. TRABAJO DE INGRESO SEC - PICHINCHA. *Dr. César Barrera*
3. Manejo de eventraciones con malla polipropileno
Dr. Miguel Tenorio, Dr. Miguel Balseca, Lic. Liliana Parra.
4. Funduplicatura Laparoscópica.
Dr. Francisco Troya, Dr. Baiter Cazares, Dr. Milton Araujo
5. Factores asociados a complicaciones postoperatorias. TRABAJO DE INGRESO SEC - CHIMBORAZO. *Dr. Marcelo Barba*



afc

Association Française de Chirurgie

XXXI

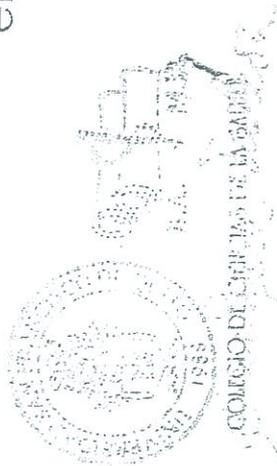
congreso nacional de

Cirugía

Confiere el presente diploma

a: **Dra. Mónica Orejuela**

por su participación en calidad de
Co - Autor del Tema Libre: Síndrome de Mirizzi manejo laparoscópico. Caso clínico,
manejo laparoscópico (video)
en el Congreso realizado en la ciudad de Quito
del 18 al 21 de mayo de 2008
Valor Curricular: 36 Horas



Dr. Enrique Noboa Izurieta

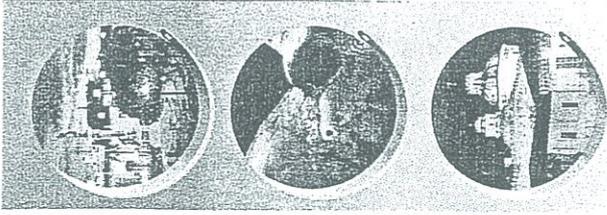
Decano del Colegio de Ciencias de la Salud
Universidad San Francisco de Quito

Dr. Gil Bermeo Sevilla

Presidente Nacional
Sociedad Ecuatoriana de Cirugía

Dr. Gerardo Rentería Guerra

Secretario Ejecutivo Nacional
Sociedad Ecuatoriana de Cirugía



TEMA LIBRE: XXXII CONGRESO NACIONAL DE CIRUGIA, 18-21 DE MAYO DE 2008, QUITO – ECUADOR

SINDROME DE MIRIZZI, MANEJO LAPAROSCOPICO, PRESENTACION DE CASO

Autor: Dr Mauricio Morillo, Dra Mónica Orejuela, Dr Santiago Vásquez

Se presenta caso clínico de un paciente masculino de 60 años que ingresa a urgencias con diagnóstico de colecistitis aguda y sometido a colelap que durante los hallazgos quirúrgicos se encuentra un síndrome de Mirzzi que se resuelve en su totalidad por vía laparoscópica.

El síndrome de Mirizzi se considera una patología poco frecuente encontrándose en 0.7% y 1.4% de los pacientes sometidos a colecistectomía.

El uso de tecnología moderna en el diagnóstico precoz y un alto índice de sospecha son condiciones primordiales para poder evitar el daño a la vía biliar debido a la intensa reacción inflamatoria que caracteriza a esta patología.

A partir de la era laparoscópica la colecistectomía laparoscópica ha reemplazado importantemente a la cirugía convencional, ofreciendo a los cirujanos una alternativa para el manejo moderno del síndrome de Mirizzi.

SALON "A"

08:30 – 09:30

MAÑANA

1. Teratoma ovárico protruído al recto: Un hallazgo quirúrgico poco usual.
Dra. Paulina Lugo, Dr. Lorenzo Ramírez, Dr. Williams Arias
2. Tumor de mesenterio que debuta con obstrucción intestinal. A propósito de un caso.
Dr. Byron Herrera, Dr. Gonzalo Salgado, Dr. Fabricio Morales
3. Síndrome de Peutz-Jeghers. Manejo quirúrgico.
Dr. Fernando Flores, Dra. Geomayra Zapata, Dr. Chávez M.
4. Duodeno-pancreatectomía cefálica (video).
Dr. Jesús Chicaiza, Dr. Luis Garzón, Dr. Byron Montenegro
5. Hemangioma capilar lobular, reporte de un caso y revisión bibliográfica.
Dra. Teresa Montes, Dr. Salazar J., Dr. F. Meléndez

15:00 – 16:00

TARDE

1. Trauma diafragmático penetrante.
Dr. Edgar Zhimmay, Dra. Jhesenia Correa, Dra. Teresa Montes
2. Peritonitis secundaria, manejo con abdomen abierto y "Bolsa de Bogotá" con cremallera.
Dr. José Guerrero, Dr. Ch. Vargas
3. Insólita causa de apendicitis aguda. *Dr. E. Salazar, Dr. J. Enríquez, Dr. H. Rosero.*
4. Obstrucción duodenal congénita por mal rotación intestinal con bandas de Ladd.
Dr. G. Viteri, Dr. S. Mancheno.
5. Plicatura endoscópica del esfínter esofágico inferior para el tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Dr. Juan Andrés Astudillo*

SALON "B"

08:30 – 09:30

MAÑANA

1. Cambios fisiológicos y bioquímicos en colecistectomía laparoscópica vs. convencional.
Dr. Edgar Zhimmay, Dr. Hidalgo Clavijo, Dr. Edgar Villaflores.
2. Coleperitóneo por filtración del cístico.
Dr. Carlos Quizhpe, Dr. Omar Quizhpe
3. Síndrome de Mirizzi manejo laparoscópico. Caso clínico
Dr. M. Morillo, Dra. M. Orejuela, Dr. S. Vásquez
4. Quistectomía pancreática más colecistectomía laparoscópica. Extracción de piezas operatorias a través de orificios naturales.
Dr. Ronald Contreras, Dr. Lorenzo Ramírez, Dr. Rodrigo Molina
5. Resección de quiste de colédoco por laparoscopia.
Dr. Mauricio Morillo, Dr. Alberto López, Dr. H. Rosero

15:00 – 16:00

TARDE

1. Cáncer de Páncreas. Tratamiento quirúrgico. *Dr. Jaime Chávez*
2. Ganglio centinela. Hospital Solón Espinoza Ayala, SOLCA Núcleo de Quito.
Dr. Edwin Guayasamín, Dr. Napoleón Yáñez, Dr. Víctor Jiménez
3. Patología quirúrgica de paratiroides: A propósito de 19 intervenciones.
Dr. Luis Pacheco, Dr. José Campuzano, Dra. Ana Lucía Martínez
4. Análisis multivariado de factores pronósticos para cáncer diferenciado de tiroides en el Hospital Carlos Andrade Marín, Quito.
Dra. Silvana Montúfar, Dr. F. Yépez, Dr. Luis Pacheco
5. Manejo quirúrgico de la patología tiroidea. Hospital Eugenio Espejo (2000 al 2007)
Dra. Analía Carrera, Dr. Ricardo Carrasco, Dra. Silvana Montúfar

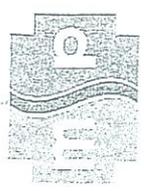


SOCIEDAD ECUATORIANA DE CIRUGÍA

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



UIDE
UNIVERSIDAD INTERNACIONAL
DEL ECUADOR



confieren el presente

CERTIFICADO

A:

DRA. MÓNICA OREJUELA

En calidad de:

AUTOTEMA: PRIMER DESCENSO COLÓNICO LAPAROSCÓPICO EN LA ENFERMEDAD DE HIRSCHPRUNG

EN EL XXXVI CONGRESO NACIONAL DE CIRUGÍA "EXPLORANDO EL FUTURO DE LA CIRUGÍA" Y
XXXI CONGRESO DE LA SOCIEDAD FRANCESA DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA, REALIZADO
EN LA CIUDAD DE QUITO DEL 16 AL 18 DE MAYO DE 2012.

VALOR CURRICULAR: 40 HORAS

Dr. Bernardo Sandoval
10 Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud
Universidad Internacional del Ecuador

Prof. Gérard Champault
Presidente S.F.C.L.

Quito, 18 de Mayo de 2012

**TEMA LIBRE: XXXVI CONGRESO NACIONAL DE CIRUGIA, 14 - 18 DE MAYO DE 2012,
QUITO – ECUADOR**

**Tema: VIDEO DEL PRIMER DESCENSO COLONICO LAPAROSCOPICO EN ENFERMEDAD DE
HIRSCHPRUNG EN EL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN**

Autor: DRA MONICA OREJUELA

Coautor(es): DR JUAN ENRIQUEZ, DR EDWIN OCAÑA, DRA YOLANDA GALVEZ

RESUMEN

Con el advenimiento de la cirugía laparoscópica los pacientes pediátricos también se han beneficiado al disminuir el riesgo quirúrgico por sangrado, mejor visión, disminución del dolor, tiempo de hospitalización, y estética. Se presenta nuestro primer caso de manejo de la enfermedad de Hirschsprung con técnica de Swenson laparoscópica, con resultados favorables y beneficios de la cirugía mínimamente invasiva.

Paciente de 1años 2 meses con enfermedad de Hirschsprung, antecedentes de enterocolitis neonatal requiriendo laparotomía exploratoria, confección de colostomía y mapeo colónico para biopsias.

Realizamos descenso colónico técnica de Swenson modificado laparoscópico, sin complicaciones con evolución favorable, tolera dieta a las 48hrs postoperatorio y se decide su alta a los 7 días postoperatorio.

Colocamos tres puertos de 5mm; puerto umbilical para la óptica, otro en fosa iliaca y flanco derecho, y uno de 10mm en el sitio de la ostomía. La disección del colon descendente con bisturí ultrasónico laparoscópico y monopolar, ligadura de la arteria mesentérica con clipadora de 10mm. Tiempos: parte abdominal, (laparoscópico) 120min y parte perineal de 30min.



COMENTARISTA TEMAS LIBRES Dr. Gerardo Rubio

VIERNES SALA A ST' Moritz DE 14:00 A 15:00

TEMA

AUTOR COAUTORES HOSPITAL CIUDAD HORA

- 77 Uretroplastia perineal o sagital Posterior como Tratamiento en Trauma de Uretra Posterior: Seguimiento 10 años
- 78 Ruptura Traumática del Diafragma
- 79 **TRABAJO DE INGRESO:** Asociación y Regresión Lineal entre el Diámetro de la Hernia Incisional y el tiempo de reparación por Vía Laparoscópica
- 80 Incidencia de Trauma Cardíaco penetrante en HCAM en el 2011
- 81 **TRABAJO DE INGRESO :** tumor Sólido Pseudopapilar de Páncreas. Caso Clínico
- 83 **TRABAJO DE INGRESO :** Plicatura Gástrica una alternativa en el Tratamiento de la obesidad Mórbida

MD. Jenny Arboleda	Dr. Jorge García Dr. Ricardo Salazar Dr. Daniel Manzano	H.B.O.	Quito	14h00 a 14h10
Dr. Moya E.	Dr. Montero Yáñez Dr. Poveda Granja Dr. Salazar Díaz		Quito	14h10 a 14h20
Dr. Diego Palacios	Dr. Juan C. Ortiz		Quito	14h20 a 14h30
Dr. Moya E.	Dr. Salazar Días Dr. Larraga Díaz Dr. Poveda Granja		Quito	14h30 a 14h40
Dr. Christian Serrano			Loja	14h40 a 14h50
Dr. David Jaramillo			Loja	14h50 a 15h00

COMENTARISTA TEMAS LIBRES Dr. Byron Torres

VIERNES SALA B ST' Moritz DE 14:00 A 15:00

- 84 Perforación Intestinal en Tuberculosis abdominal , presentación de un caso y revisión de la Literatura
- 85 Tratamiento de las Fístulas Pancreáticas Post Necrosectomía
- 86 Colostomía Laparoscópica
- 87 **TRABAJO DE INGRESO :**Complicaciones del Tratamiento Quirúrgico Laparoscópico Vs. Tratamiento Endoscópico de la Coledocolitiasis en el HPAS Quito
- 88 **TRABAJO DE INGRESO:** Utilidad de la Cirugía Bariátrica sobre el índice de Masa Corporal, Metabolismo y Calidad de Vida en Pacientes con Síndrome Metabólico en el HEE y HEG Enero 2005-Diciembre 2009
- 89 **TRABAJO DE INGRESO :** Lesiones Viscerales Abdominales Y/o Torácicas asociadas al Trauma Agudo de Diafragma y Vías de Abordaje Quirúrgico en el Hospital Eugenio Espejo. Enero 2001-diciembre 2005
- 90 **TRABAJO DE INGRESO:** La Evolución de la Dermalpectomía con el Tiempo.
- 91 VIDEO:Primer descenso colonico laparoscópico en enfermedad de Hirschprung en el HCAM en pacientes de 2meses a 1 año
- 92 Manejo Quirúrgico de la Apendicitis Aguda: Análisis de Tendencias en el Hospital Voz Andes Quito del 2005-2010

Dr. Rafael Zanabria	Dr. Carlos Rosero		Cuenca	14h00 a 14h10
Dr. Ernesto Salazar P.	Dra. Karina Naranjo Dr. Carlos Rosero R.	I.D.Médico	Quito	14h10 a 14h20
Dra. Macarena Dávalos	Dr. Marcelo Herrera Dr. Juan J. Enriquez	HCAM	Quito	14h20 a 14h30
Dra. Teresa Reascos			Quito	14h30 a 14h40
Dra. Teresa Montes			Quito	14h40 a 15h00
Dr. José L. Estrella			Quito	14h00 a 14h10
Dr. Hugo Játiva N.			Quito	14h10 a 14h20
Dr. Mónica Orejuela			Quito	14h20 a 14h40
Dra. Gabriela Bravo	Dr. J. C. Santamaría. Dr. Carlos Vela	H. Vozandes	Quito	14h40 a 14h50