

La media en la escala verbal numérica medida a las 24 horas para dolor dinámico fue de 2,82 (\pm 2,5) y de 3,42 (\pm 2,8) para los grupos HB y MB, respectivamente ($p = 0,16$). La media de dolor en reposo tampoco mostró diferencia significativa.

CONCLUSIÓN: no hay diferencias en la tolerabilidad entre la morfina 30 $\mu\text{g}/\text{mL}$ y la hidromorfona 10 $\mu\text{g}/\text{mL}$ como parte de un esquema combinado con bupivacaína al 0,1% para analgesia epidural posoperatoria y ambos opiáceos proveen analgesia efectiva y comparable.

5. Hepatolitis: evaluación de las opciones de tratamiento en una serie de 53 pacientes y revisión del tema

Omar Matar¹, Víctor Quintero¹, Rodrigo Castaño Llano², Sergio Iván Hoyos Duque³, Juan Carlos Restrepo Gutiérrez², Gonzalo Correa Arango², E. Núñez³

OBJETIVO: describir las modalidades de tratamiento y la evolución en una serie de pacientes con diagnóstico de hepatolitis en un centro de referencia.

PACIENTES Y MÉTODOS: estudio descriptivo de pacientes con diagnóstico de hepatolitis entre enero de 2003 y diciembre de 2007 en el Hospital Pablo Tobón Uribe, de Medellín, Colombia.

RESULTADOS: se encontraron 53 pacientes, cuya edad media fue 50 años. La presentación clínica consistió principalmente en dolor seguido de ictericia y fiebre. El estudio diagnóstico más frecuente fue la ecografía que detectó el 91% de los casos; también se hicieron tomografía y colangiografía. Se llevaron a cabo intervenciones quirúrgicas en 35 pacientes, más frecuentemente hepatectomía izquierda, seguida por hepaticoye-

¹ Residente de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia

² Profesores, Grupo de Gastrohepatología, Universidad de Antioquia

³ Estudiante de Medicina, Grupo de Gastrohepatología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

yunostomía con o sin asa subcutánea, colecistectomía más exploración de vías biliares y trasplante ortotópico de hígado, entre otras. Entre las modalidades de tratamiento no quirúrgico se hicieron colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y colangiografía transparietohepática (CTPH).

La complicación temprana más frecuente fue la ISO (Infección del Sitio Operatorio) (14%) seguida de cálculos residuales (8%), fístulas (5%) y abscesos (5%). La complicación tardía más frecuente fue la litiasis residual. El 80% de los pacientes intervenidos quirúrgicamente están asintomáticos comparados con el 72% de los sometidos a tratamiento médico. No se presentaron casos de mortalidad quirúrgica.

CONCLUSIONES: la hepatolitis es una entidad más frecuente de lo reportado; aún no se ha establecido cuál es la mejor opción terapéutica, pero un porcentaje alto de los pacientes con esta enfermedad requieren tratamiento quirúrgico, el cual da buenos resultados en términos de mejoría clínica y bajas morbilidad y mortalidad.

PALABRAS CLAVE: *Colangiocarcinoma, Hepatectomía, Hepaticoyeyunostomía, Hepatolitis, Litiasis de la vía biliar, Trasplante hepático*

6. Tratamiento de los defectos congénitos de la pared abdominal (gastroquisis y onfalocele) en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, 1998-2006

María Elena Arango Rave¹, Natalia Herrera Toro², Paula Jaramillo Gómez²

INTRODUCCIÓN: la gastroquisis y el onfalocele son malformaciones neonatales de la pared abdominal que,

Departamento de Cirugía y Sección de Urología Infantil, Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, Colombia.

¹ Cirujana infantil y profesora del Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

² Residentes de Cirugía General, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

a pesar de sus grandes diferencias, comparten el manifestarse por herniación de las vísceras intraabdominales a través de un defecto de la pared abdominal. Los niños con estas enfermedades se presentan como emergencias quirúrgicas que plantean un reto al cirujano tratante. Tienen una tasa de mortalidad que oscila entre 40 y 60% aun con el tratamiento apropiado y se asocian a un amplio rango de malformaciones, principalmente en los que tienen diagnóstico de onfalocele.

El objetivo de la presente revisión retrospectiva fue describir el tratamiento y los resultados obtenidos en estos pacientes, entre 1998 y 2006, en el Servicio de Cirugía infantil del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, de Medellín, Colombia.

PACIENTES Y MÉTODOS: se evaluaron todos los pacientes que ingresaron al Servicio de Cirugía infantil del HUSVP con diagnóstico de gastrosquisis u onfalocele, entre el 1 de enero de 1998 y el 31 de diciembre de 2006. Se definió el tipo de tratamiento que se les realizó y, de acuerdo con este, se revisaron los resultados; las complicaciones posquirúrgicas, tales como la infección del sitio operatorio, evisceración, sepsis, íleus e hipertensión intraabdominal; el tiempo de inicio de la vía oral y de la nutrición parenteral total (NPT); la duración de la estancia en la unidad de cuidados intensivos y en el hospital.

RESULTADOS: se identificaron 55 pacientes, 32 con gastrosquisis y 23 con onfalocele, todos ellos tratados quirúrgicamente. El tipo más frecuente de cirugía fue el cierre primario (56,4%); en cuanto al cierre por etapas, el procedimiento más utilizado fue el silo en 21,8% de los niños. En el 75,9% de los pacientes se presentó alguna complicación, más frecuentemente la sepsis, y cuando se evaluaron las complicaciones asociadas al procedimiento quirúrgico, el porcentaje fue similar para el cierre primario y el cierre por etapas. El inicio de la vía oral fue más temprano en los pacientes con cierre primario. Los pacientes con gastrosquisis requirieron mayor tiempo en la UCI y en el hospital. La tasa global de mortalidad fue del 29%, mayor en los pacientes con onfalocele.

7. Relación de los hallazgos coronariográficos y ecocardiográficos en pacientes con infarto agudo de miocardio secundario a trauma penetrante cardíaco

Wilfredy Castaño Ruiz¹, William Yesid Benjumea Ramírez¹, Jorge Sánchez Alzate¹, Juan Manuel Senior², Carlos Hernando Morales Uribe³

Después de reparar quirúrgicamente una lesión cardíaca por trauma penetrante se puede presentar como complicación el infarto agudo de miocardio (IAM). Tradicionalmente se explica esta complicación por la herida u oclusión de una arteria coronaria. Sin embargo, esto no siempre se cumple. Se desea enfocar la fisiopatología del IAM traumático para posteriormente plantear estrategias de tratamiento.

HIPÓTESIS: los pacientes con trauma cardíaco penetrante por arma cortopunzante pueden desarrollar IAM traumático sin haber presentado ningún tipo de lesión vascular coronaria.

DISEÑO: estudio observacional prospectivo.

LUGAR: Hospital Universitario San Vicente de Paul, Medellín, Colombia.

PACIENTES: entre abril de 2007 y abril de 2008 se estudiaron 51 pacientes con herida cardíaca por arma cortopunzante.

DESENLACE: el desenlace primario fue la definición de lesión vascular coronaria en los pacientes que desarrollaron infarto traumático agudo de miocardio.

RESULTADOS: de los 51 pacientes fallecieron 3 (5,9%). Treinta y cinco (68,6%) no tuvieron IAM, 6 (11,8%) presentaron

¹ Residentes de Cirugía General, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

² Profesor de Cardiología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia; Cardiólogo del Hospital Universitario San Vicente de Paúl.

³ Profesor de Cirugía General, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia; Cirujano del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, Colombia; Magíster en Epidemiología Clínica, Grupo Trauma y Cirugía.