

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 Ruiz<sup>1</sup>, William Yesid Benjumea Ramírez<sup>1</sup>, Jorge Sánchez Alzate<sup>1</sup>, Juan Manuel Senior<sup>2</sup>, Carlos Hernando Morales Uribe<sup>3</sup>

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

<sup>1</sup> Residentes de Cirugía General, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

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

<sup>3</sup> 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.

IAM secundario a lesión coronaria y 10 (19,6%) tuvieron IAM sin lesión coronaria. Entre los factores de riesgo explorados para IAM postraumático sin lesión coronaria el único que presentó asociación fue el RTS (Revised Trauma Score) menor de 8 (RR = 5,09. IC: 95% 1,1-23,49). No se presentó relación entre el IAM postraumático y el consumo de sustancias psicoactivas ni con los factores de riesgo para aterosclerosis como hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemia.

**CONCLUSIÓN:** el principal factor de riesgo para desarrollar infarto agudo de miocardio secundario a trauma penetrante por arma cortopunzante es el RTS menor de 8. Se debe hacer una búsqueda activa del IAM traumático en todos los pacientes aunque no presenten lesión de las coronarias ni síntomas sugestivos de isquemia.

## 8. Determinación del perfil metabólico mediante la cuantificación de parámetros clínicos y de laboratorio antes del procedimiento, en las primeras 24 horas y durante los tres meses posoperatorios en pacientes sometidos a liposucción de moderado volumen

Germán A. Wolff Hidárraga<sup>1</sup>, Lina María Restrepo<sup>2</sup>,  
Julio César Eusse<sup>2</sup>, Francisco Fabián Eraso<sup>2</sup>

**ANTECEDENTES:** el incremento de la grasa abdominal, tanto visceral como subcutánea, está asociado al desarrollo del síndrome metabólico que conlleva un riesgo aumentado de desarrollar diabetes, hipertensión y dislipidemia aterogénica. Con esta premisa, la liposucción podría teóricamente producir beneficios en el perfil metabólico y clínico, tendientes a disminuir dichos riesgos. Diseñamos este estudio para determinar los cambios en el perfil metabólico y los parámetros clínicos producidos en individuos no obesos.

<sup>1</sup> Jefe de la Sección de Cirugía Plástica, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

<sup>2</sup> Residentes de Cirugía Plástica, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

**MÉTODOS:** este es un estudio prospectivo descriptivo, llevado a cabo en 19 pacientes sometidos a liposucciones inferiores a 5.000 mL. Se hicieron mediciones del índice de masa corporal (IMC), perímetro abdominal, frecuencia cardíaca (FC) y tensión arterial (TA) y mediciones de laboratorio (perfil lipídico, ionograma, glicemia, hemoglobina, creatinina, albúmina, tiempo de protrombina) antes de la cirugía, tres veces durante las primeras 24 horas, al mes y por último a los tres meses.

**RESULTADOS:** las modificaciones de las variables se presentaron en diferentes momentos durante el seguimiento. Las variables clínicas perímetro abdominal e IMC mostraron una disminución estadísticamente significativa de 6,26 cm ( $p = 0,00$ ) y 1,19 ( $p = 0,0052$ ), respectivamente, que persistió hasta el final del estudio. En el posoperatorio temprano se presentó una disminución significativa de la albúmina (0,67mg/dL) y de la hemoglobina con recuperación de los valores previos al mes. Los electrolitos medidos no tuvieron ninguna variación con significancia clínica aunque el potasio mostró una disminución con significancia estadística en el posoperatorio inmediato (0,31 y 0,23 meq/L,  $p = 0,02$ ). El perfil lipídico no sufrió cambios significativos a largo plazo en este estudio y las variables clínicas de FC y TA, así como la creatinina y el tiempo de protrombina no mostraron ninguna variación.

**CONCLUSIÓN:** de este estudio se concluye que la liposucción de volúmenes inferiores a 5.000 mL es un procedimiento clínicamente seguro, que no produce trastornos hidroelectrolíticos ni alteración de las funciones hepática y renal. También se concluye que este procedimiento tiene un impacto positivo sobre el IMC sin repercusión significativa en el perfil lipídico.

**PALABRAS CLAVE:** *Dislipidemia aterogénica, Electrolitos, Lipoproteínas, Liposucción, Síndrome metabólico*