



**Editor: OSWALDO A. BORRÁEZ G. (EX-PRESIDENTE).** Boletín electrónico No 58. Septiembre de 2.015

## 1. EDITORIAL

Buenos días apreciados amigos Miembros de la Asociación Colombiana de Cirugía.

Con mucha satisfacción por haber asistido y participado en otro gran Congreso Nacional de Cirugía, el cual por primera vez se hizo con nombre propio, en honor al Profesor JOSÉ FÉLIX PATIÑO, a quien los Cirujanos de Colombia le debemos parte de nuestro desarrollo y gratitud por todas sus enseñanzas. En este evento que tuvimos la oportunidad de escuchar las conferencias y experiencias de profesores nacionales y extranjeros, que nos deja aportes importantes para nuestro desarrollo profesional. Felicitaciones a nuestro Director Ejecutivo, profesor H. Abaunza y a la junta Directiva saliente encabezada por el Doctor W. Sánchez, por el esfuerzo y trabajo realizado para obtener los resultados que disfrutamos en este Congreso.

Quiero darle la bienvenida a la NUEVA JUNTA DIRECTIVA de la Asociación integrada así:

<b>Presidente:</b>	Doctor JESÚS VÁSQUEZ (Medellín)
<b>Vicepresidente:</b>	Doctora MARÍA FERNANDA JIMÉNEZ (Bogotá)
<b>Secretaria:</b>	Doctora LILIAN TORREGROSA (Bogotá)
<b>Secretario Suplente:</b>	Doctor JOSÉ REAL (Barranquilla)
<b>Tesorero:</b>	Doctor ARNOLD BARRIOS (Bogotá)
<b>Tesorero Suplente:</b>	Doctor LUIS GABRIEL GONZÁLEZ (Bogotá)

### VOCALES

Doctor ALEJANDRO MÚNERA (Medellín)  
Doctora ADRIANA CÓRDOBA (Bogotá)  
Doctor GIOVANNI ASCIONE (Cali)  
Doctor RAMIRO GÓMEZ (Cúcuta)  
Doctor FELIPE VARGAS (Bogotá)

### SUPLENTES

Doctor MAIKEL PACHECO (Bogotá)  
Doctor JORGE HERRERA (Popayán)  
Doctor JUAN DAVID HERNÁNDEZ (Bogotá)  
Doctor HÉCTOR LÓPEZ (Pasto)  
Doctor JUAN CARLOS HOYOS (Cartagena)

### Fiscal Médico:

Doctor OSCAR GUEVARA (Bogotá)

Como podemos observar conforman un grupo, académico, preocupado por los aspectos legales y laborales de los Cirujanos. Estamos seguros de la gran labor que desarrollarán en el manejo y orientación del destino de la Asociación Colombiana de Cirugía. Es muy importante que todos los Asociados los rodeemos, los apoyemos y fortalezcamos en torno a ellos la A.C.C.

Algo muy importante es la labor que deberán desarrollar los integrantes de los Comités que seguramente estarán integrados por personas que quieran y promuevan una labor importantísima. Además siempre debemos preguntarnos: “¿QUÉ PUEDO, QUÉ DEBO HACER YO POR LA ASOCIACIÓN?”.

Otro aspecto muy importante presentado en el Congreso fue el simposio sobre Aspectos Gremiales, coordinado por el Doctor Alejandro Múnera. Cada vez son mayores los problemas que nos unen en torno a este tema. Debemos AGRUPARNOS. Quisiera comentarios de los asociados a este respecto bien a mi correo o al de la Asociación, para trabajar en este punto tan crítico.

## 2. DE LA DIRECCIÓN EJECUTIVA

En el 41° Congreso Nacional Avances en Cirugía y 12° International Meeting of ICYLS “José Felix Patiño Restrepo”, se culminó con todo éxito el pasado mes de septiembre en las instalaciones del Centro de Convenciones Gonzalo Jiménez de Quesada en la Ciudad de Bogotá; las figuras destacadas como el doctor Andrew L. Warshaw presidente del American College of Surgeons y Jefe del Departamento de Cirugía de Massachusetts General Hospital, Michel Gagner de Canadá, Guy Bernard Cadiere de Bélgica, Melina Kibbe y Marco Patti y los otros 25 profesores extranjeros que nos acompañaron, le dieron gran realce a nuestro evento y que en opinión de muchos asistentes, nuestro Congreso ya figura indiscutiblemente como uno de los eventos académicos más importante de América.

En la sesión inaugural el Presidente de la Asociación Dr William Sánchez nos habló sobre “Odisea de la Investigación Médica” y el Orador Invitado el Dr Antonio Carrasco de México nos habló sobre “ ¿Hacia dónde va la educación en Cirugía?. Los dos oradores hicieron énfasis especial que este Congreso era en honor al Dr José Félix Patiño. Cito las palabras textuales del Dr Sánchez *“Esta Cuadragésima primera edición del Congreso Nacional Avances en Cirugía tiene un significado muy especial; es la primera vez que nuestra Asociación Colombiana de Cirugía hace este magno evento con el nombre de un ilustre cirujano, leyenda viviente de la cirugía nacional y mundial que con sus innumerables y exitosos aportes y muy oportunas acciones han engrandecido sobre todo la medicina y la cirugía Colombiana. Este ilustre cirujano no puede ser otro que el **Dr. José Félix Patiño Restrepo**”*

En la sesión de honor se recibieron 22 nuevos miembros, como Miembros Honorarios al Dr Marco Patti jefe del departamento de cirugía de la Universidad de Chicago y Presidente de la ISS (International Surgical Surgery) y al Dr Gustavo Plasencia, pionero de cirugía laparoscópica y que desde el año 1991 ha entrenado a cirujanos colombianos en este nuevo campo de la cirugía mínimamente invasiva; y siguiendo el acuerdo con la AAS

(Association for Academic Surgery) tuvimos como profesor visitante al Dr Adam Berger de Baltimore quien también recibió nuestro reconocimiento.

Nuestros Oradores de Honor durante este congreso fueron:

“Maestros de la Cirugía Colombiana” Doctor Jaime Escobar Triana quien nos habló, de la biomedicina a la medicina del deseo y el mejoramiento.

Conferencia Honorifica “Rafael Casas Morales” Doctor Sergio Hoyos de Medellín y su charla Reflexiones sobre la medicina basada en la evidencia aplicadas a las cirugía.

Para nuestro 42° Congreso Nacional Avances en cirugía que se celebrará en la ciudad de Bogotá en el mes de agosto los Oradores serán:

Conferencia Honorifica “Rafael Casas Morales” doctor Oscar Guevara y Maestros de la Cirugía Colombiana doctor Augusto Castro.

A continuación me permito presentar las respuestas correctas del Concurso **¿Cómo están sus conocimientos? Excelencia en Cirugía 2015**, con la correspondiente referencia bibliográfica:

1. Un paciente masculino de 75 años con antecedente de infarto del miocardio hace 2 años, enfermedad vascular periférica con síntomas de claudicación después de caminar media cuadra, hipertensión y diabetes consulta por una gran hernia ventral. Desea que le reparen la hernia. ¿Cuál de los siguientes pasos es el más apropiado como parte de la valoración preoperatoria?

- a. Se debe solicitar un electrocardiograma (ECG).
- b. Se debe solicitar una prueba de esfuerzo.
- c. Se le debe realizar una cirugía de puentes coronarios antes de la reparación quirúrgica de la hernia ventral.
- d. Se le debe ordenar una prueba de esfuerzo con persantina y talio, y ecocardiografía.
- e. El antecedente de un infarto del miocardio en el período previo de 3 años es contraindicación para cirugía electiva. No se necesitan exámenes adicionales.

Respuesta: D / Ref. (Townsend, pp 252 – 256)

2. Paciente masculino de 68 años hospitalizado en la unidad de cuidado coronario con infarto agudo del miocardio. Durante la evolución posterior al infarto presenta insuficiencia cardíaca congestiva e hipotensión intermitente. Al cuarto día de hospitalización desarrolla dolor abdominal severo. Al examen físico, la presión arterial está en 90/60 mmHg, el pulso es regular y está en 110 latidos por minuto; el abdomen es blando con sensibilidad generalizada y distensión. Los ruidos intestinales son hipoactivos; la prueba de Hematest

en heces es positiva. ¿Cuál de los pasos siguientes es el más apropiado en el manejo de este paciente?

- a. Enema baritado
- b. Imágenes seriadas de la vía gastrointestinal alta
- c. Angiografía
- d. Ecografía
- e. Celiotomía

Respuesta: C / Ref. (Brunicardi, pp730 - 736)

3. Un hombre de 71 años desarrolla disfagia con la ingesta tanto de sólidos como de líquidos y ha perdido 30 kilos de peso durante los últimos seis meses. Una endoscopia revela una lesión en el esófago distal y las biopsias son compatibles con carcinoma escamocelular.

Se lo programa para quimiorradiación neoadyuvante seguida de esofagectomía. Durante el preoperatorio se inicia nutrición parenteral total en vista de un estado de desnutrición severa reflejado en un nivel de albúmina inferior a 1. ¿Cuál de los factores siguientes debe ser motivo de preocupación al comenzar la nutrición parenteral total en este paciente?

- a. Hiperpotasemia
- b. Hipermagnesemia
- c. Hipoglucemia
- d. Hipofosfatemia
- e. Hipocloremia

Respuesta: D / Ref: (Townsend, pp168 – 175)

4. Un hombre de 59 años planea someterse a una cirugía de puentes coronarios. Tiene osteoartritis y toma antiinflamatorios no esteroideos (AINES) para el dolor. ¿Cuál de los siguientes es el tratamiento más apropiado antes de la cirugía a fin de minimizar el riesgo de hemorragia relacionado con el uso de los AINES?

- a. Iniciar vitamina K una (1) semana antes de la cirugía
- b. Administrar plasma fresco congelado unas pocas horas antes de la cirugía
- c. Suspender los AINES una (1) semana antes de la cirugía
- d. Suspender los AINES 3 a 4 días antes de la cirugía
- e. Suspender los AINES el día antes de la cirugía

Respuesta: D / Ref: (Townsend, p122)

5. Paciente masculino de 72 años sometido a colectomía subtotal debido a una perforación del ciego provocada por una obstrucción del colon sigmoide. Su recuperación es larga y lleva dos semanas recibiendo nutrición parenteral total (NPT) durante el postoperatorio. Tras recuperar la función intestinal presentó diarrea significativa. Al examinar la herida abdominal se observa apenas un mínimo de tejido de granulación. El paciente se queja de que no le llama la atención la comida. También ha aumentado la pérdida de cabello y

presenta un sarpullido perioral pustuloso. ¿Cuál de la siguiente deficiencia es la más probable?

- a. Zinc
- b. Selenio
- c. Molibdeno
- d. Cromo
- e. Tiamina

Respuesta: A / Ref: (Townsend, pp 163 - 165)

6. Un hombre de 64 años con antecedente de enfisema severo se hospitaliza a causa de hematemesis. La hemorragia cesa poco después de la hospitalización, pero el paciente presenta confusión y agitación. Los valores de los gases arteriales son los siguientes: pH 7,23; PO<sub>2</sub> 44 mm HG; PCO<sub>2</sub> 75 mm Hg. ¿Cuál de las siguientes es la mejor terapia inicial para este paciente?

- a. Corregir la hipoxemia mediante oxígeno por cánula nasal de alto flujo
- b. Corregir la acidosis con bicarbonato de sodio
- c. Administrar 10 mg de dexametasona por vía endovenosa
- d. Administrar 2 mg de Ativan endovenoso
- e. Intubar al paciente

Respuesta: E / Ref: (Brunicardi, pp59 - 60)

7. Paciente femenina de 73 años con una historia larga de tabaquismo intenso sometida a revascularización de la arteria femoral-arteria poplítea por dolor de la pierna izquierda en reposo. Debido a una insuficiencia respiratoria severa de base, debe continuar con soporte ventilatorio durante 4 días después de la operación. Tan pronto como le retiran el tubo endotraqueal comienza a quejarse de un vago dolor abdominal alto. Presenta picos diarios de fiebre de 39°C y un recuento leucocitario de 18 000/mL. Una ecografía abdominal alta revela dilatación de la vesícula biliar, pero no hay presencia de cálculos. Se hace un diagnóstico presuntivo de colecistitis acalculosa. ¿Cuál de los pasos siguientes es el mejor para el tratamiento de esta paciente?

- a. Succión nasogástrica y antibióticos de amplio espectro
- b. Colecistectomía inmediata con colangiografía operatoria
- c. Drenaje percutáneo de la vesícula biliar
- d. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CEPRE)
- e. Provocar la liberación de colecistoquinina mediante alimentación cuidadosa

Respuesta: C / Ref: (Brunicardi, pp1147 - 1148)

8. Una mujer de 58 años con multiplicidad de morbilidades y antecedente de cirugía cardíaca sufre un accidente automovilístico a alta velocidad. Se la intuba como medida para proteger la vía aérea. Debido a inestabilidad hemodinámica se coloca un catéter venoso central en la vena subclavia derecha. Mientras el cirujano asegura el catéter se

desaloja la tapa y entra aire dentro del catéter. La paciente desarrolla taquicardia e hipotensión súbitamente. ¿Cuál es la mejor maniobra a realizar en ese momento?

- a. Descomprimir el hemitórax derecho pasando una aguja dentro del segundo espacio intercostal
- b. Colocar un tubo de tórax derecho
- c. Retirar el catéter venoso central varios centímetros
- d. Colocar a la paciente en decúbito lateral izquierdo y posición de Trendelenburg
- e. Toracotomía bilateral en concha de almeja con pinzamiento cruzado de la aorta

Respuesta: D / Ref: (Brunicardi, p 328)

9. Un hombre de 63 años sufre múltiples fracturas costales y una contusión pulmonar, y requiere una intubación prolongada. No se lo puede desconectar del ventilador y está en modo de control de volumen. Tiene una traqueostomía y una gastrostomía percutánea a través de la cual recibe alimentación. El cirujano ordena un cociente respiratorio (CR), es decir, la relación de la tasa de producción de bióxido de carbono sobre el volumen de oxígeno. El CR es 1. Con base en esta información, ¿cuál debe ser el paso siguiente en el manejo de este paciente?

- a. Disminuir la concentración inspirada de oxígeno
- b. Bajar la tasa en el ventilador
- c. Aumentar la tasa en el ventilador
- d. Disminuir los hidratos de carbono de la alimentación enteral
- e. Aumentar el número total de calorías en la alimentación enteral

Respuesta: D / Ref: (Brunicardi, p 332)

10. Poco después de administrar un anestésico volátil y succinilcolina para la intubación a un niño de 10 años para la reparación electiva de una hernia inguinal, el paciente presenta un estado febril significativo y una taquicardia de 60, y la orina cambia de color a rojo oscuro. ¿Cuál de los siguientes tratamientos es el más apropiado en este momento?

- a. Terminar el procedimiento, pero administrar dantroleno como tratamiento previo a cualquier otra cirugía electiva en el futuro
- b. Administrar agentes anestésicos inhalados
- c. Administrar succinilcolina
- d. Hiperventilar con oxígeno al 100%
- e. Acidificar la orina para prevenir la precipitación de mioglobina en los túbulos renales

Respuesta: D / Ref: (Brunicardi, pp 1750 - 1751)

11. Un niño de 3 años llega al departamento de urgencias por un derrame de un agente blanqueador en las extremidades inferiores. Se diagnostica una quemadura química y se retira toda la ropa impregnada. Además de la reanimación, ¿cuál de los siguientes es el manejo inicial más apropiado para este paciente?

- a. Tratar la quemadura con agentes antimicrobianos
- b. Neutralizar la quemadura con ácidos débiles
- c. Lavar la quemadura con grandes volúmenes de agua
- d. Desbridar la herida en sala de cirugía
- e. Tratar la quemadura con gel de gluconato de calcio

Respuesta: C / Ref: (Townsend, pp582 - 583)

12. Un joven de 25 años llega al departamento de urgencias con quemaduras después de un incendio en su apartamento. Tiene ampollas y eritema en el rostro, la extremidad superior izquierda, y el tórax. También presenta carbonización circunferencial manifiesta de la extremidad superior derecha, con disminución del llenado capilar. Está agitado, hipotenso y taquicárdico. ¿Cuál de los siguientes es el manejo inicial más apropiado para estas heridas?

- a. Aplicar antibióticos tópicos sobre las heridas
- b. Resecar las quemaduras del rostro y las manos
- c. Escarotomía de la extremidad superior derecha
- d. Resecar todas las quemaduras de tercer grado
- e. Realizar injertos cutáneos de espesor parcial en las zonas de las quemaduras de tercer grado

Respuesta: C / Ref: (Brunicardi, pp 204 - 205)

13. A una mujer de 40 años se le practica una biopsia por incisión de una lesión pigmentada en el muslo derecho. El examen de patología revela melanoma maligno de 3 mm de espesor. Los hallazgos al examen de la ingle son normales. ¿Cuál de los pasos siguientes es el más apropiado dentro del manejo de esta paciente?

- a. Resección local amplia del melanoma con un margen de 1 cm desde el tumor, seguida de radioterapia inguinal
- b. Resección local amplia del melanoma con un margen de 1 cm desde el tumor con biopsia del ganglio centinela
- c. Resección local amplia del melanoma con un margen de 1 cm desde el tumor y vaciamiento ganglionar de la ingle
- d. Resección local amplia del melanoma con un margen de 2 cm desde el tumor y biopsia del ganglio centinela
- e. Resección local amplia del melanoma con un margen de 2 cm desde el tumor y vaciamiento ganglionar de la ingle

Respuesta: D / Ref: (Brunicardi, pp 415 - 416)



14. Un hombre de 27 años recibe una herida por arma de fuego en el muslo izquierdo. En la sala de urgencias se observa un gran hematoma en la parte interna del muslo. Se queja de parestesias del pie izquierdo. Al examen físico se palpan pulsos débiles distales a la herida y el paciente no puede mover el pie. ¿Cuál de los siguientes es el manejo inicial más apropiado de este paciente?

- a. Angiografía
- b. Exploración y reparación inmediatas en el quirófano**
- c. Fasciotomía del compartimento anterior de la pantorrilla
- d. Observar para ver la resolución del espasmo
- e. Exploración de la herida local al lado de la cama del paciente

Respuesta: B / Ref: (Townsend, pp542 - 544)

15. Un hombre de 45 años llega después de un accidente automovilístico a alta velocidad. Tiene la marca del cinturón de seguridad en el cuello y el tórax, con equimosis en el lado izquierdo del cuello. Su estado hemodinámico es estable y su estado neurológico está intacto. Una angiografía por tomografía revela un aneurisma disecante de la carótida izquierda. En ausencia de otras lesiones significativas, ¿cuál es el paso siguiente en el manejo de este paciente?

- a. Terapia con antiplaquetarios
- b. Anticoagulación sistémica con heparina**
- c. Exploración del cuello y reparación de la arteria carótida izquierda
- d. Exploración del cuello y puente intra-extracraneano izquierdo
- e. Angiografía y colocación de una endoprótesis en la arteria carótida izquierda

Respuesta: B / Ref: (Townsend, pp365; Moore, pp473-475)

16. Paciente masculino de 75 años con historia de enfermedad coronaria, hipertensión y diabetes mellitus sometido a hemicolecotomía derecha debido a un cáncer de colon. El segundo día del postoperatorio se queja de dificultad para respirar y dolor precordial. Desarrolla hipotensión y deterioro de su estado mental, por lo cual se le traslada inmediatamente a la unidad de cuidados intensivos. Una vez intubado y conectado a la ventilación mecánica, la ecocardiografía confirma un shock cardiogénico. Se coloca un catéter venoso central y se obtiene un valor de 18 mm Hg de presión venosa central. ¿Cuál de las siguientes es la estrategia de manejo inicial más apropiada?

- a. Bolos adicionales de líquidos
- b. Soporte con inotrópicos**
- c. Soporte circulatorio mecánico con bomba de balón intraaórtico
- d. Cateterismo
- e. Trasplante de corazón

Respuesta: B / Ref: (Brunicardi, pp105 – 106)



17. Una mujer de 52 años con insuficiencia renal se pone en la lista de candidatos para trasplante. A fin de determinar si el trasplante es la medida adecuada, ¿cuál de las combinaciones siguientes representa la forma de realizar una prueba cruzada de compatibilidad?

- a. Suero del donante con linfocitos y complemento del receptor
- b. Linfocitos del donante con suero y complemento del receptor**
- c. Linfocitos del donante con linfocitos del receptor
- d. Suero del receptor con un panel conocido de linfocitos de múltiples donantes
- e. Suero del receptor con eritrocitos y complemento del donante

Respuesta: B / Ref: (Mulholland, p506)

18. Paciente masculino de 57 años con insuficiencia cardíaca terminal debido a aterosclerosis, remitido por el cardiólogo tratante para una evaluación de trasplante de corazón. ¿Cuál de las siguientes es una contraindicación absoluta para trasplante de corazón?

- a. Cirrosis**
- b. Edad mayor a los 65 años
- c. Diabetes sin daño a órgano blanco
- d. Resistencia vascular pulmonar elevada reversible
- e. Historia de cáncer de colon resecado en el lapso de los 5 años previos, sin evidencia de recidiva

Respuesta: A / Ref: (Mulholland, pp 566 - 567)

19. Un estudiante universitario de 19 años presenta una masa testicular y después del tratamiento acude a sus citas de control. ¿Cuál de los siguientes es el marcador sérico más útil para detectar enfermedad recidivante después del tratamiento de un cáncer testicular no seminomatoso?

- a. Antígeno carcinoembrionario (CEA)
- b. Gonadotropina coriónica humana (hCG)**
- c. Antígeno prostático específico (PSA)
- d. CA125
- e. Oncogenp53

Respuesta: B / Ref: (Mulholland, pp 1954 - 1955)

20. Una mujer de 53 años presenta sangrado de color rojo vivo por el recto con aumento de la distensión abdominal. Se encuentra una gran masa fungante a 8 cm del borde anal. No se identifica ninguna otra lesión. La biopsia es compatible con adenocarcinoma rectal invasivo. La ecografía endorrectal muestra invasión tumoral dentro de la grasa perirrectal y múltiples ganglios con adenomegalia. Las tomografías de tórax, abdomen y pelvis no muestran metástasis. La paciente prefiere que, de ser posible, se preserve el esfínter.

¿Cuál de las siguientes es la mejor alternativa de tratamiento para esta paciente, considerando sus preferencias?

- a. Resección abdominoperineal
- b. Neoadyuvancia con quimio y radioterapia seguida de resección anterior baja
- c. Neoadyuvancia con quimio y radioterapia seguida de resección abdominoperineal
- d. Resección transanal seguida de adyuvancia con quimio y radioterapia
- e. Neoadyuvancia con quimio y radioterapia seguida de resección transanal

Respuesta: B / Ref: (Brunicardi, pp1049 - 1052)

21. Una mujer de 22 años tiene historia familiar conocida de cáncer de mama en parientes de primer grado de consanguinidad. Se somete a la prueba genética, la cual revela que es portadora de una mutación BRCA1. Por ahora no desea someterse a la mastectomía profiláctica bilateral. ¿Cuál de las siguientes sería la mejor alternativa para manejar su riesgo de cáncer mamario?

- a. Mamografía cada 6 meses a partir de los 25 años
- b. Mamografía cada 6 meses a partir de los 35 años
- c. Mamografía cada 12 meses a partir de los 25 años
- d. Mamografía cada 12 meses a partir de los 35 años
- e. Tamoxifen para quimiprevención

Respuesta: E / Ref: (Brunicardi, pp 248 – 249, 439 - 440)

22. Paciente masculino de 53 años con estreñimiento y pérdida de 10 kilos de peso en el transcurso de 6 meses. La colonoscopia revela una masa fungante en el colon sigmoide; la biopsia es compatible con adenocarcinoma. Los estudios para metástasis son negativos. Se solicita un CEA y el resultado es 4 veces más alto de lo normal. ¿Cuál de los siguientes es el uso apropiado de esta prueba?

- a. Como indicación para quimioterapia neoadyuvante
- b. Como indicación para radioterapia postoperatoria
- c. Como indicación para un PET previo a la cirugía
- d. Como indicación para una resección más agresiva del colon sigmoide
- e. Como parámetro basal para el monitoreo postoperatorio de la recidiva

Respuesta: E / Ref: (Brunicardi, pp255 - 256)

23. Paciente femenina de 35 años con antecedente de tiroidectomía derecha para un nódulo benigno de tiroides, sometida al procedimiento de completar la tiroidectomía debido a una masa tiroidea sospechosa. Varias horas después de la cirugía presenta tumefacción progresiva debajo de la incisión, estridor y dificultad para respirar. Se logra la intubación orotraqueal exitosamente. ¿Cuál de los pasos siguientes es el más apropiado?

- a. Fibrolaringoscopia para descartar parálisis bilateral de las cuerdas vocales
- b. Administrar calcio endovenoso
- c. Administrar antibióticos de amplio espectro y desbridar la herida
- d. Explorar la herida
- e. Administrar dosis altas de esteroides y antihistamínicos

Respuesta: D / Ref: (Brudicardi, pp1372 - 1374)

24. Una mujer de 52 años consulta a su médico por fatiga, cefalea, dolor en el costado, hematuria y dolor abdominal. Se le practica unagamagrafia con sestamibi, la cual demuestra captación persistente en la glándula paratiroides superior derecha a las dos horas. ¿Cuál de los siguientes valores de laboratorio es el más sugestivo del diagnóstico de esta paciente?

- a. Fosfatasa ácida sérica por encima de 120 UI/L
- b. Fosfatasa alcalina sérica por encima de 120 UI/L
- c. Calcio sérico por encima de 11 mg/dL
- d. Calcio urinario por debajo de 100 mg/día
- e. Niveles de la hormona paratiroidea inferiores a 5 pmol/L

Respuesta: C / Ref: (Brunicardi, pp1376 - 1381)

25. Una mujer de 55 años presenta una masa tiroidea derecha de 6 cm y linfadenopatía cervical palpable. La aspiración con aguja fina de uno de los ganglios linfáticos demuestra la presencia de aglomeraciones calcificadas de células esfaceladas. ¿Cuál de las frases siguientes describe mejor el manejo de este trastorno tiroideo?

- a. Se debe hacer un tamizaje para neoplasias pancreáticas endocrinas e hipercalcemia
- b. La paciente se debe someter a tiroidectomía total con vaciamiento ganglionar radical modificado del cuello
- c. La paciente debe llevarse a tiroidectomía total y biopsia por congelación durante la cirugía, reservando el vaciamiento ganglionar radical modificado del cuello para el caso de invasión extracapsular
- d. La paciente debe someterse a lobectomía tiroidea derecha seguida de terapia con yodo 131 (<sup>131</sup>I).
- e. La paciente debe someterse a lobectomía tiroidea derecha

Respuesta: B / Ref: (Brunicardi, pp1361 - 1363)

26. Un hombre de 50 años presenta enfermedad ulceropéptica intratable, esofagitis severa y dolor abdominal. ¿Cuál de los siguientes factores es más compatible con el diagnóstico del síndrome de Zollinger-Ellison?

- a. Hipercalcemia
- b. Nivel de gastrina en ayunas de 10 pg/mL

- c. Nivel de gastrina en ayunas de 100 pg/mL
- d. Aumento del nivel de gastrina (> 200 pg/mL) después de la administración de secretina
- e. Disminución del nivel de gastrina (> 200 pg/mL) después de la administración de secretina

Respuesta: D / Ref: (Townsend, pp986 - 987)

27. Una mujer de 74 años se hospitaliza por sangrado de la vía gastrointestinal alta. Se inician bloqueadores H<sub>2</sub>, pero la paciente sufre otro episodio de sangrado. La endoscopia revela ulceraciones gástricas difusas. Se añade omeprazol a los antagonistas H<sub>2</sub> como enfoque terapéutico para el manejo de las úlceras gástricas y duodenales agudas. ¿Cuál de los siguientes es el mecanismo de acción del omeprazol?

- a. Bloquea la descomposición de los metabolitos de los agentes antiinflamatorios no esteroideos que dañan la mucosa gástrica
- b. Tiene un efecto citoprotector directo
- c. Amortigua los ácidos gástricos
- d. Inhibe la ATPasa (adenosintrifosfatasa) intercambiadora de hidrógeno-potasio en las células parietales
- e. Inhibe la liberación de gastrina y la producción de ácido de las células parietales

Respuesta: D / Ref: (Townsend, pp1232 - 1233)

28. Un hombre de 32 años con colitis ulcerosa de 3 años de evolución se presenta para conversar acerca de la intervención quirúrgica. El paciente está por lo demás sano y no presenta evidencia de displasia rectal. ¿Cuál de los siguientes procedimientos electivos es el más apropiado para este paciente?

- a. Proctocolectomía total con ileostomía terminal
- b. Proctocolectomía total con anastomosis de bolsa ileoanal e ileostomía de derivación
- c. Proctocolectomía total con anastomosis de bolsa ileoanal, mucosectomía anal e ileostomía de derivación
- d. Colectomía abdominal total con anastomosis ileorrectal
- e. Colectomía abdominal total con ileostomía terminal y Hartmann muy bajo

Respuesta: B / Ref: (Townsend, pp1373 - 1384)

29. Una mujer de 39 años sin antecedentes médicos significativos y quien toma solamente anticonceptivos orales llega al departamento de urgencias con dolor en el cuadrante superior derecho. La tomografía revela un adenoma hepático de 6 cm en el lóbulo derecho del hígado. ¿Cuál de los siguientes describe el tratamiento definitivo para esta lesión?

- a. Suspender los anticonceptivos orales y hacer tomografías seriadas

- b. Embolización intraarterial del adenoma hepático
- c. Embolización de la vena porta derecha
- d. Resección del adenoma hepático
- e. Quimioterapia sistémica

Respuesta: D / Ref: (Brunicardi, p1120)

30. Después de extirpar por completo un pólipo sésil de 2.0 cm por 1.5 cm hallado a la distancia de 1 dedo por encima del margen mucocutáneo del ano, el patólogo reporta que se trata de un adenoma vellososo que contiene un carcinoma *in situ*. ¿Cuál de los pasos siguientes es el más apropiado para el manejo de este paciente?

- a. Hacer nueva resección en el sitio de la biopsia dejando márgenes más amplios
- b. Resección abdominoperineal del sigmoide y el recto
- c. Resección anterior del recto
- d. Radioterapia externa al recto
- e. Ninguna terapia adicional

Respuesta: E / Ref: (Brunicardi, p1048)

### **GANADORES DE ESTE CONCURSO**

**Primer puesto:**

Rosero Rosero Germán Antonio: 23/30. Tiempo empleado: 22 min.

**Segundo puesto:**

Uscátegui Henry Alexánder: 23/30. Tiempo empleado 30 min.

**Tercer Puesto:**

Navas Santiago: 22/30. Tiempo empleado 30 min.

### **3. ACTIVIDADES ACADÉMICAS**

#### **PRÓXIMOS CURSOS.**

Los días 17 y 18 de Septiembre en la Fundación Santa Fe de Bogotá se realizará el II Simposio de Abdomen Catastrófico. Entrada gratuita, previa inscripción. Teléfono: 6030303, Ext 5749, 5725. Transmisión vía streaming: link: [www.fsfb.edu.co](http://www.fsfb.edu.co) y cree su usuario (Transmisión gratuita).

Del 04 al 08 de Octubre en la ciudad de Chicago se realizará el 101° Congreso del Colegio Americano de Cirujanos. Informes en [www.facs.org](http://www.facs.org)

Del 31 de Octubre al 05 de Noviembre en Monterrey, Méjico se realizará el XXXIX Congreso Internacional mejicano de Cirugía General. Informes en [amcg@amcg.org.mx](mailto:amcg@amcg.org.mx)

Del 09 al 12 de Noviembre en Buenos Aires, Argentina se realizará el 86º. Congreso Argentino de Cirugía. Informes en [www.caahs.com.ar](http://www.caahs.com.ar)

Del 11 al 14 de Noviembre en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, Bolivia se realizará el Congreso Panamericano de Trauma. Informes en: [info@boliviatrauma2015.com](mailto:info@boliviatrauma2015.com)

Del 19 al 21 de Noviembre en Sao Paulo, Brasil se realizará el Forum Internacional de Cáncer de recto, FICARE 2015. Informes en [www.ficare.com.br](http://www.ficare.com.br)

Del 27 al 29 de Abril de 2016 en la ciudad de Bogotá, se llevará a cabo el XVII Congreso de Ciencias Básicas y Especialidades Clínicas "Salud y Envejecimiento" de la Universidad Nacional de Colombia. Sin excepción todos están invitados a participar de este gran evento, que por primera vez tendrá la oportunidad de presentación de trabajos libres, posters y/o videos. Informes en la Asociación. Coincidirá con actividades de inauguración del Hospital Universitario Nacional de Colombia, Hospital de la Universidad Nacional.

Me permito informarles de los próximos Congresos y Eventos académicos desde ya y con la debida anticipación, para que cada uno de nosotros pueda ajustar las fechas con el debido tiempo. Igualmente les hago llegar información de eventos internacionales que pueden ser de interés para algunos de nosotros. Al final del boletín encuentra los números telefónicos, dirección electrónica, página web, etc... donde obtener la información respectiva.

**PÁGINAS A CONSULTAR: Podrá encontrar libros y otros temas de utilidad (algunos gratuitamente):**

<http://muchos-e-books.blogspot.com>

<http://librosdemedicinamexico.blogspot.com>

#### **4. DEL EDITOR DE LA REVISTA**

Invitamos a todos los Asociados a enviar sus artículos originales para ser publicados en la Revista. Como recomendación se sugiere a los autores que la revisión de casos puede hacerse como Revisión de Tema y se incluyen los casos a discutir. Este punto es muy importante para persistir en la idea de indexar la Revista.

Si Usted(es) apreciado(s) Asociado(s) ha(n) presentado y publicado un artículo en alguna revista internacional, podría(n) con algunas modificaciones hacerlo en nuestra Revista.

## 5. VARIOS

Me causó gran sorpresa, desagradable, que a pesar de la A.C.C. haber hecho el esfuerzo por dotar a las Universidades con programas de post-grado en Cirugía general, del programa mediante el cual pueden conocer de todas las actividades que realizan sus Residentes, en el Congreso pude escuchar y conocer que varias de las Universidades que recibieron el programa no lo aplican y más aún, sus residentes lo desconocen !!!

Una vez más quiero insistir en recordarles que la A.C.C. ofrece el programa mediante el cual les permite a las Universidades con programas de post-grado, a los Directores de las unidades de Cirugía, a cada Residente llevar su record de cirugías, pero más allá, a las mismas Universidades conocer qué hacen sus residentes y desde allí formular cambios en la política de formación actual de nuestros futuros cirujanos. Este programa es de vital importancia para que las Universidades a través de sus Departamentos quirúrgicos puedan establecer los procedimientos que realizan los residentes y con qué asesoría, en cada una de sus rotaciones y así podremos establecer los promedios de procedimientos realizados, que será monitorizado desde la Asociación. Es de anotar que este programa no puede ser modificado ni cedido parcial o totalmente - **es propiedad exclusiva**- sin la autorización de la Asociación Colombiana de Cirugía.

**IMPORTANTE:** me permito invitarlos a participar en las teleconferencias que son de interés para nosotros y podemos hacerlo sin costo alguno. Les envío los enlaces para acceder a ellos.

Para participar en la **TELECONFERENCIA QUIRÚRGICA LATINOAMERICANA:**

Podemos participar activamente en las Teleconferencias Quirúrgicas Latinoamericanas, que se lleva a cabo los primeros viernes de cada mes a través de videoconferencias coordinadas en <http://www.gotomeeting.com/>.

Los cirujanos interesados en participar con sus casos clínicos, lo pueden hacer avisando a este e-mail, proponiendo el tema y la fecha en la cual les interesaría participar. Los temas son de cirugía general, laparoscópica o abierta. La presentación consiste en 15 minutos (video, fotografías, etc, junto con una revisión de la literatura como puesta al día), seguido de 15 minutos de discusión y preguntas moderadas por el Dr. Zundel, Dr Rosenthal o Dr. Szomstein.

Están cordialmente invitados a compartir sus experiencias. Sin duda esto será de gran provecho tanto para Residentes, Fellows y Cirujanos ya formados.

Esperamos su participación y/o colaboración. Si tienen alguna pregunta no duden en realizarla al e-mail [marinp2@ccf.org](mailto:marinp2@ccf.org)



Para participar en **TELECONFERENCIAS QUE ORGANIZA LA SOCIEDAD PANAMERICANA DE TRAUMA**, tenga en cuenta lo siguiente:

- La conferencia se lleva a cabo todos los viernes (**vea el horario mas abajo**).
- El primer, tercer, y quinto (si hay un quinto) viernes de cada mes se lleva a cabo a las 8:00 pm (ET)
- El segundo y cuarto viernes se lleva a cabo las 12:00 pm (ET)
- Si algún viernes no hay conferencia una notificación será enviada por correo electrónico con antelación.
- El nombre del presentador y el título del tema será enviado a usted un día (o dos) antes de la conferencia.
- Para su comodidad, este programa se encuentra en línea en <http://www.panamtrauma.org/Default.aspx?pageld=1296015>

**NUEVOS MIEMBROS que ingresaron a la A.C.C. en el año 2015:**

1. Juan Felipe Acosta López
2. Luis Gabriel Araujo Foltalvo
3. Luis Manuel Barrera Lozano
4. Juan Carlos Barriga Pardo
5. Marcos Henry Cardozo Mangones
6. Juan Camilo Correa Cote
7. Fenaure Ernesto Fajardo Chavarro
8. Claudia Jimena Millán Matta
9. Juan David Martinez Maya
10. Salin Pereira Warr
11. Natalia Reinoso Giraldo
12. Julio César Rodríguez Perea
13. Juan Pablo Ruiz Pineda
14. Víctor Andrés Ruiz López
15. John Sandoval Rosero
16. Ivo Siljic Bilicic
17. Marcela Lucia Tascón Mosquera
18. Mónica Patricia Torres Delgado
19. Pilar Adriana Torres Mesa
20. Saúl Enrique Vargas Rubiano
21. Juan Carlos Valencia Salazar
22. Mauricio Zuluaga Zuluaga

Orador Conferencia RAFAEL CASAS MORALES 2015: Doctor Sergio Hoyos

MIEMBROS HONORARIOS 2015: Profesores: Marco Patti y Gustavo Plasencia

PROFESOR INTERNACIONAL, INVITADO DE LA AAS: Adam C. Berger

El Doctor José Carlos Posada Viana nos solicita informar del fallecimiento del Doctor **ARMANDO DE JESÚS BORRÉ HERNÁNDEZ**, en la ciudad de Cartagena. Cirujano General, profesor de la Universidad de Cartagena. Un saludo de solidaridad a sus familiares, amigos y alumnos.

## 6. GALERÍA FOTOGRÁFICA

1.



2.



1. Profesor **JOSÉ FÉLIX PATIÑO RESTREPO**, en quien como reconocimiento por sus logros en todos los campos de la medicina y Cirugía colombianas, se realizó el 41° Congreso de Cirugía.

2. Algunos expresidentes de la A.C.C. (doctores Erix E. Bozón M., Humberto Aristizábal, Hernando Abaunza, O., y Oswaldo A. Borrárez G.), en compañía del profesor José Félix Patiño R., en momentos previos a la sesión de honor.

3.



4.



3. Profesor Andrew L. Warshaw, presidente actual del Colegio Americano de Cirujanos, durante una de sus intervenciones en el Congreso nacional de Cirugía.

4. Profesor Marcos Patti durante una de sus conferencias sobre temas de enfermedades digestivas.



5. Profesor Marcos Patti durante su reconocimiento por los Doctores William Sánchez (presidente) y Hernando Abaunza (Director Ejecutivo) como nuevo miembro Honorario de nuestra Asociación. Homenaje muy merecido por su apoyo a nuestras actividades científicas.

6. Profesor Gustavo Plascencia en compañía de los Doctores William Sánchez y Natan Zundel, durante su reconocimiento como Miembro honorario de la A.C.C.



7. Profesor Jaime Escobar Triana, quien fue reconocido como Maestro de la Cirugía Colombiana. Fue profesor de Cirugía en las Universidades Nacional de Colombia y del Bosque. Ha sido además rector de la Universidad del Bosque y fundador del programa de Bioética de la misma Universidad. En compañía del profesor Érix E. Bozón Martínez, expresidente de la A.C.C.

8. Profesor Adam C. Berger durante su reconocimiento como Profesor Internacional invitado, quien aparece en compañía de la Doctora Lilian Torregrosa (Secretaria de la A.C.C.) y del Doctor William Sánchez (Presidente de la A.C.C.)



9.



10.

9. Profesora Melina Kibbe, durante una de sus conferencias durante nuestro Congreso. Además de ser profesora de Cirugía Vasculár es una persona destacada en la Asociación de Cirujanos Académicos de Estados Unidos.

10. Nuevos Miembros durante la ceremonia de su admisión a la A.C.C. Les damos la bienvenida.

-----

Para mantener una comunicación permanente y fácil los invito a actualizar sus datos comunicándose a los teléfonos de la Asociación.

Siendo este boletín una publicación para todos los miembros de la asociación los invito una vez más, a hacerme llegar todas las inquietudes que tengan, las cuales serán bienvenidas y me comprometo a hacerlas conocer de la Junta Directiva de la Asociación, y posteriormente les daré una respuesta ( pueden escribirme a través de: [info@ascolcirugia.org](mailto:info@ascolcirugia.org))

Igualmente si alguno de los asociados tiene algún tema de interés general y desee que sea publicado, favor enviarlo para el análisis y su inclusión en el boletín.

En la Asociación Colombiana de Cirugía, estamos trabajando sin ahorrar esfuerzos para lograr un mejor bienestar de todos y el mejoramiento de nuestra Asociación.

**IMPORTANTE:** Los Miembros de la Asociación podemos realizar el pago de nuestras anualidades a través de nuestra página web: [www.ascolcirugia.org](http://www.ascolcirugia.org) y mediante el botón PSE, podrá realizar su pago en línea.

El instructivo lo encuentra en el Home de la página web y la ruta de ingreso para realizar los pagos por el PSE o actualizar su información es:

-Acceso a miembros

Login

-Usuario: el Número de su Cédula de Ciudadanía

-Contraseña: ascolcirugia (la cual puede ser modificada en el momento de ingresar).

**OSWALDO A. BORRÁEZ G.**  
EX-PRESIDENTE A.C.C.

**ASOCIACION COLOMBIANA DE CIRUGIA**

Bogotá, Calle 100 # 14 - 63 of. 502

Teléfonos 571 2574560 – 571 2574501

Celulares: 57 3105546201 – 57 3105546188

[www.ascolcirugia.org](http://www.ascolcirugia.org)

Correo electrónico: [info@ascolcirugia.org](mailto:info@ascolcirugia.org)