

UCUENCA

Universidad de Cuenca

Facultad de Ciencias Médicas

Especialización en Cirugía general

CASO CLINICO 1: OBSTRUCCION DE LA VIA BILIAR SECUNDARIO A SINDROME DE LEMMEL: REPORTE DE CASO CLINICO; y, CASO CLINICO 2: PANCREATECTOMIA DISTAL POR TRAUMA PANCREATICO GRADO III: REPORTE DE CASO CLINICO


Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Especialista en Cirugía General

Autor:

Cristian Geovanny Medina Sigüenza

Directora:

Nube Lucia Flores Lazo

ORCID:  0009-0006-6352-2457

Cuenca, Ecuador

2023-06-14

Resumen caso 1

El síndrome de Lemmel es una causa infrecuente de obstrucción secundaria de la vía biliar que puede ocasionar casos de colangitis y pancreatitis aguda además de dilatación de la vía biliar en ausencia de coledocolitiasis y neoplasia. Existen pocos reportes de casos a nivel mundial y su etiopatogenia aún no está clara. Presentamos una mujer de 88 años que ingresa con cuadro de dolor abdominal de 48 horas de evolución localizado a nivel de epigastrio acompañado de elevación de enzimas pancreáticas más dilatación de vías biliares y síndrome colestásico tras realizar tomografía simple y contrastada de abdomen se puede evidenciar la ausencia de litos y la presencia de un divertículo peri ampular que comprime la vía biliar. Debido a la edad y a las comorbilidades de la paciente se decide tratamiento conservador, con buena evolución clínica. Concluimos que agregar al conocimiento, diagnósticos diferenciales en el caso de pancreatitis y colangitis ayuda a elevar la sospecha clínica, mejorar el diagnóstico y optimizar el tratamiento.

Palabras clave: divertículo duodenal, pancreatitis, colangitis, síndrome de Lemmel

Abstract 1

Lemmel syndrome is a not well known cause of secondary bile duct obstruction that can cause cases of cholangitis and acute pancreatitis in addition to bile duct dilatation in the absence of choledocholithiasis and neoplasia. There are few case reports worldwide and its etiopathogenesis is still unclear. We present an 88-year-old woman who was admitted with abdominal pain of 48 hours of evolution located at the epigastric level accompanied by elevated pancreatic enzymes, biliary tract dilatation and cholestatic syndrome. After performing a simple and contrasted tomography of the abdomen, the absence of lithiasis and the presence of a peri ampullary diverticulum that compresses the biliary tract can be evidenced. Due to the patient's age and comorbidities, conservative treatment was decided, with good clinical evolution. In conclusion, adding differential diagnoses in the case of pancreatitis and cholangitis helps to raise clinical suspicion, improve diagnosis and optimize treatment.

Keywords: duodenal diverticulum, pancreatitis, cholangitis, Lemme's

Resumen caso 2

El trauma pancreático genera alta morbilidad y mortalidad si no se realiza un adecuado diagnóstico de manera temprana, esto asociado a lesiones de otros órganos que generan distracción al momento de abordar el trauma de abdomen. Presentamos un varón de 16 años que ingresa tras sufrir trauma cerrado de abdomen secundario a golpe contuso con timón de bicicleta posterior a caída, el paciente ingresa estable sin alteración hemodinámica, se decide realizar una tomografía simple y contrastada donde se evidencia lesión pancreática grado III (sección distal o daño parenquimatoso con lesión ductal) según la clasificación de la American Association for Surgery of Trauma (AAST) motivo por el cual se decide tratamiento quirúrgico realizándose una pancreatectomía distal más conservación de bazo. El paciente es dado de alta 78 horas posteriores a la cirugía con evolución favorable. En conclusión, diagnosticar de forma temprana las lesiones pancreáticas posterior a un traumatismo abdominal y conocer el manejo de las mismas puede prevenir sus complicaciones y disminuir su morbilidad y mortalidad.

Palabras clave: trauma pancreático, diagnóstico, tratamiento, incidencia

Abstract 2

Pancreatic trauma is an entity of high morbidity and mortality if its diagnosis is not made early, besides it can lead to injuries of other organs that may go unnoticed if the surgeon does not suspect them at the time of evaluating an abdominal trauma. We present a 16-year-old male who was admitted after suffering a closed abdominal trauma after suffering a contusive blow to the epigastrium when the rudder of his bicycle was introduced after suffering a fall; the patient was admitted stable without hemodynamic alteration, It was decided to perform a simple and contrasted tomography where a grade III pancreatic lesion (distal section or parenchymal damage with ductal lesion) according to the classification of the American Association for Surgery of Trauma (AAST) was evidenced, for which reason it was decided to intervene surgically performing a distal pancreatectomy plus spleen preservation. The patient was discharged 78 hours after surgery with a favorable evolution. In conclusion, early diagnosis of pancreatic lesions after abdominal trauma and their management can prevent complications and reduce morbidity and mortality.

Keywords: pancreatic trauma, diagnosis, treatment, incidence

Índice de contenidos

CASO CLINICO 1: OBSTRUCCION DE LA VIA BILIAR SECUNDARIO A SINDROME DE LEMMEL: REPORTE DE CASO CLINICO	7
Introducción.....	9
Presentación de caso	9
Discusión.....	10
Conclusión	12
Aspectos Bioéticos.....	13
Información de autor.....	13
Contribución de autor	13
Conflicto de interés	13
Fuentes de financiamiento.....	13
CASO CLINICO 2: PANCREATECTOMIA DISTAL POR TRAUMA PANCREATICO GRADO III: REPORTE DE CASO CLINICO	14
Introducción.....	14
Presentación de caso	14
Discusión.....	16
Conclusión	18
Aspectos Bioéticos.....	19
Información de autor.....	19
Contribución de autor	19
Conflicto de interés	19
Fuentes de financiamiento.....	19
Referencias caso 1	20
Referencias caso 2	22
Anexo A.....	24
Anexo B.....	29

Índice de figuras

Imagen 1	10
Imagen 2	15
Imagen 3	15

Índice de tablas

Tabla 1	17
---------------	----

CASO CLINICO 1: OBSTRUCCION DE LA VIA BILIAR SECUNDARIO A SINDROME DE LEMMEL: REPORTE DE CASO CLINICO

Introducción

El síndrome de Lemmel produce obstrucción de la vía biliar intrapancreática, se debe a un divertículo peri-ampular, fue descrito por primera vez en 1934 por Lemmel quien encontró la asociación entre divertículo peri-ampular y enfermedades biliopancreáticas, aunque la mayoría de divertículos duodenales son asintomáticos y pueden localizarse en varias porciones del duodeno estos pueden producir perforación, hemorragia, compresión duodenal y obstrucción del sistema biliopancreático, siendo esta última una causa de ictericia intermitente, pancreatitis y colangitis razón por la cual lo mencionamos.

Presentación de caso

Paciente femenina de 88 años de edad, procedente de Ingapirca, residente en Cuenca, grupo cultural: mestiza, estado civil: casada, educación básica incompleta, ocupación ama de casa, sin antecedentes personales clínicos ni quirúrgicos. Acude por presentar dolor abdominal náusea y vómito de 48 horas de evolución de tipo continuo difuso al inicio y luego localizado a nivel de epigastrio e irradiado en hemi-cinturón hacia hipocondrio derecho, el mismo se exagera en las últimas horas y se acompaña de náusea que lleva al vómito en varias ocasiones. Al examen físico sus signos vitales: presión arterial 190/60 frecuencia cardíaca: 83 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto, temperatura axilar: 36 grados centígrados, peso: 39 kilogramos, talla: 136cm, llenado capilar 2 segundos, saturación de oxígeno: 94%, Glasgow de 15/15, abdomen blando depresible doloroso a la palpación superficial y profunda en epigastrio e hipocondrio derecho ruidos hidroaéreos presentes. Exámenes complementarios de manera cronológica desde el ingreso hasta el alta fueron: 11/11/2022: bilirrubina total: 2,7mg/dl, bilirrubina directa: 1,9mg/dl, bilirrubina indirecta: 0,8mg /dl, TGO: 291,4 U/I, TGP: 117,6 U/I, GGT: 135 U/I, amilasa: 726U/I, lipasa: 1670U/I, fosfatasa alcalina: 305U/I, 12/11/2022: bilirrubina total: 2,9mg/dl, bilirrubina directa: 2,3mg/dl, bilirrubina indirecta: 0,6mg /dl, TGO: 565,7 U/I, TGP: 279,9 U/I, GGT: 185 U/I, amilasa: 415 U/I, lipasa: 512U/I, fosfatasa alcalina: 371U/I, 16/11/2022: alfa feto proteína: 1,2 U/ml, antígeno carcino embrionario 2.0 ng/ml, Ca-125: 18.3 U/mL, Ca 15-3: 12.4 U/mL, Ca 19-9: 24.3 U/mL, 18/6/2022: bilirrubina total: 0,5mg/dl, bilirrubina directa: 0,3mg/dl, bilirrubina indirecta: 0,2mg /dl, TGO: 19,1 U/I, TGP: 33.8 U/I, GGT: 86 U/I, fosfatasa alcalina: 172U/I. Se realiza tomografía simple y contrastada de abdomen la misma que reporta divertículo peri-ampular. Una vez obtenido el diagnóstico se decide tratamiento conservador, dieta: nada

por vía oral, líquidos intravenosos: lactato de Ringer y dextrosa en solución salina 0,9%, analgesia: ketorolaco y butilescolamina, protector gástrico: omeprazol y antiemético: metoclopramida. La paciente tuvo evolución favorable, con mejoría del cuadro clínico, y alivio del dolor. Se inicia vía oral con buena tolerancia, se interconsulta al servicio de cirugía digestiva para realizar Colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE), los mismos que indicaron seguimiento por la consulta externa. La paciente es dada de alta con evolución favorable.

Imagen 1



Se evidencia divertículo peri ampular

Discusión

La paciente ingresa con cuadro de pancreatitis aguda leve más síndrome colestásico, aunque la ictericia de tipo obstructivo asociado a coledocolitiasis es la causa más frecuente de colestasis (9), no hay evidencia de colelitiasis, sin embargo existen criterios fuertes para sospecha de coledocolitiasis por la dilatación de vías biliares asociado a hiperbilirrubinemia (10), por lo que se decide realizar una tomografía simple y contrastada de abdomen, donde se evidencia un divertículo duodenal peri-ampular que ocasiona compresión de la vía biliar conocido como síndrome de Lemmel (11).

El síndrome de Lemmel fue definido así por su descubridor en 1934, como una causa secundaria de ictericia obstructiva debido a la presencia de un divertículo anexo a la ampolla de Vatter en la segunda porción del duodeno, que podrían cursar con cuadros de colangitis y pancreatitis, en ausencia de coledocolitiasis u otras causas de hiperbilirrubinemia que produzcan elevación de las misma a expensas de la directa (5).

La frecuencia de un divertículo duodenal cursa entre el 5 al 10% de la población general y aumenta con la edad (1). La localización más frecuente es la segunda porción del duodeno, se diagnostican en la edad media de la vida de manera incidental y es rara en personas menores de 30 años, la mayoría son asintomáticos menos del 10% son sintomáticos y cerca del 1% requiere cirugía y tiene igual frecuencia entre hombres y mujeres (2).

Los divertículos que se encuentra en la segunda porción del duodeno casi un 70% de estos son peri-ampulares a 2 y 3cm del ampula y son conocidos como divertículos yuxtapapilares (3).

El duodeno es el segundo en frecuencia donde se localizan los divertículos gastrointestinales después del colon, estos la mayoría se diagnostican de forma incidental hasta un 14,5% y tienen una prevalencia entre el 5 a 10% en estudios de imagen del abdomen. (12)

Estos pueden cursar con sintomatología inespecífica debido a que la gran mayoría de divertículos con y principalmente ictericia de tipo obstructiva de tipo intermitente, dolor abdominal posprandial difuso, y en algunos casos cursan con síntomas crónicos como anemia, entre las principales complicaciones tenemos: dolor abdominal crónico, inflamación, perforación, hemorragia y síndromes de mala absorción (6), (7).

Aunque la mayoría son asintomáticos estos pueden cursar con cuadro de perforación, hemorragia y obstrucción ya sea duodenal y de segmentos bilio-pancreáticos, no solo condicionando obstrucción sino también disfunción del esfínter de Oddi produciendo pancreatitis y colangitis (4). Y cerca del 41 % de los pacientes que presentan divertículos no poseen coledocolitiasis (11). Dentro de las manifestaciones clínicas tenemos ictericia, dolor abdominal colangitis y pueden simular tumores peri-ampulares. (5)

En cuanto al diagnóstico de imagen se puede realizar una tomografía simple y contrastada que resultaría el estudio de elección para el diagnóstico de divertículos, la colangiografía resonancia magnética sirve para valorar mejor la anatomía, y la CPRE es un método de estudio y terapéutico útil (13), en nuestro caso se realizó una tomografía computarizada donde se confirmó el diagnóstico de síndrome de Lemmel.

Causa y cols. consideran que la tomografía axial computarizada es un método útil para el diagnóstico y manejo terapéutico de los divertículos del intestino delgado (7).

El tratamiento varía según la sintomatología, las colangitis secundarias a síndrome de Lemmel se pueden tratar de buena forma de manera endoscópica (8).

Otros tipos de tratamiento son: la diverticulectomía simple, así como la aplicación de derivaciones gastroentéricas que son menos mórbidas que la primera. También se han descrito otras técnicas como la inversión diverticular, la esfinteroplastia transduodenal y la duodeno-pancreatectomía ninguna exenta de complicaciones y aun sin un consenso definido por lo que se debería tomar decisiones de forma individual con cada paciente. (9)

Otros autores refieren que los tratamientos quirúrgicos que se podrían realizar como diverticulectomía o derivación biliodigestiva deberán ser reservado para aquellos casos en los que hay perforación o hemorragia posterior a la CPRE o de manera espontánea (13).

Aunque en nuestro caso la pancreatitis se superó sin complicaciones del mismo modo que la colestasis y no hubo necesidad de realiza una CPRE el tratamiento de elección resultaría esta última (5).

Conclusión

En conclusión, en pacientes que presentan colangitis y pancreatitis de origen biliar en ausencia de coledocolitiasis el síndrome de Lemmel debe ser uno de los diagnósticos diferenciales que se deben plantear.

Aspectos Bioéticos

La presentación de este caso clínico tiene la autorización del departamento de Docencia e Investigación de la unidad de salud. Se responderán todas las preguntas e inquietudes a la persona en detalle, con el fin de precautelar su participación. Se comunicará de manera oportuna cualquier información de relevancia que sea encontrada en la historia clínica con el fin de que él paciente sea el único beneficiario. Para la obtención del consentimiento informado se entrevistó a la participante en un lugar que permita la privacidad y que permita contar con su participación libre y voluntaria. Su nombre, su historia clínica y su cedula será cambiado por un código. El acceso al formulario clínico será únicamente del director del estudio e investigador principal. Consentimiento Informado (Anexo 1).

No existen ningún riesgo para la persona y gozará de beneficios indirectos, mientras que los directos serán para las personas que puedan calificar las conclusiones y enseñanzas de este caso. No se obtiene una muestra ya que el tipo de estudio consiste en la presentación de un único caso.

Información de autor

Cristian Geovanny Medina Sigüenza. Medico. Posgradista de Cirugía General. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Cuenca-Azuay-Ecuador.

Contribución de autor

El autor declara haber contribuido en el desarrollo del diseño del trabajo, análisis e interpretación de los datos, redacción, revisión crítica y aprobación de la versión final del documento.

Conflicto de interés

El autor declara no tener conflicto de intereses.

Fuentes de financiamiento

Autofinanciado

CASO CLINICO 2: PANCREATECTOMIA DISTAL POR TRAUMA PANCREATICO GRADO III: REPORTE DE CASO CLINICO

Introducción

El páncreas es un órgano retroperitoneal condición que hace que se lesione de manera infrecuente, sin embargo, no está exento de sufrir traumatismo, su incidencia es baja y varía entre el 0,5 al 8% de entre todos los pacientes que sufren traumatismo abdominal cerrado, debido a su localización su cuadro clínico es variado y resultan lesiones de difícil diagnóstico produciendo consecuencias devastadoras para el paciente. Por lo tanto, analizar el mecanismo del trauma y su asociación con el trauma de páncreas ayuda a mejorar el diagnóstico y su tratamiento.

Presentación de caso

Paciente masculino de 16 años de edad, procedente de Paute, residente en Paute, grupo cultural: mestizo, estado civil soltero, de ocupación estudiante. Sin antecedentes patológicos clínicos personales ni quirúrgicos. Que acude por presentar trauma abdominal, tras presentar pérdida de pista en su bicicleta, con posterior impacto de manubrio a nivel de epigastrio por lo que es trasladado a clínica particular de la ciudad donde se realiza un FAST con resultado positivo, motivo por el cual acude a esta casa de salud. Al examen físico se evidencia: signos vitales presión arterial 107/64 frecuencia cardiaca: 74 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 22 respiraciones por minuto, temperatura axilar: 35,9 grados centígrados, peso: 62 kilogramos, talla: 167cm, llenado capilar 3segundos, saturación de oxígeno: 96%, Glasgow de 15/15. Abdomen blando depresible no doloroso a la palpación superficial y profunda ruidos hidroaéreos presentes. En paraclínicos se evidencia leucocitos: $10,4 \times 10^3/uL$, neutrófilos: 79,4 %, recuento de plaquetas: $256 \times 10^3/uL$, hemoglobina: 11,7g/dl, hematocrito: 34,7%, TP: 13 seg, INR: 1,1, Tiempo parcial de tromboplastina: 24,5 seg, urea: 22,9 creatinina: 0,87 bilirrubina total: 0,7mg/dl, bilirrubina directa: 0,3 mg/dl, bilirrubina indirecta: 0,4mg /dl, TGO: 20,3 U/l, TGP: 12,9 U/l, GGT: 21 U/l, amilasa: 453U/l, lipasa: 7430U/l, fosfatasa alcalina: 195U/l, gasometría: pH sanguíneo: 7.40, PCO₂: 35,7 mmHg, PO₂: 60,1 mmHg, cHCO₃: 21,8 mmol/l, BE: -2,4 Lactato: 1,1 mmol/l. Debido a la estabilidad hemodinámica del paciente se realiza una TAC simple y contrastada de abdomen el mismo que reporta páncreas heterogéneo por la presencia de lesión hiperdensa con un valor de atenuación de 64UH, de bordes definidos, a nivel de cuerpo sección. Se decide realizar

laparotomía exploratoria, en los hallazgos: hemoperitoneo de 1200ml, hematoma retroperitoneal nivel del cuerpo de páncreas de 300cc aproximadamente, páncreas con sección completa a nivel de cuerpo, apéndice NE. Se realiza pancreatectomía distal con preservación de bazo, la pancreatectomía distal se realiza con ligasure, la hemostasia y cierre del conducto pancreático con prolene 2/0 además se realizó apendicetomía incidental, se colocó dos drenes de Jackson Pratt el uno a nivel de lecho quirúrgico y el otro a nivel de la corredera parieto-cólica izquierda. El paciente tuvo una evolución posquirúrgica favorable, con adecuada tolerancia oral, heridas limpias y secas y débitos de drenes con contenido serohemático por lo que se decide alta médica 6 días después de la intervención quirúrgica, se envió con los drenes para control de posibles fistulas pancreáticas los mismos que fueron retirados a la semana.

Imagen 2



Se evidencia división completa del páncreas a nivel del cuerpo

Imagen 3



Se evidencia división completa del páncreas a nivel del cuerpo

Discusión

El trauma pancreático es una entidad no muy común relacionada con los traumatismos abdominales y se pueden producir ya sea por trauma penetrante de abdomen y por traumatismo cerrado del mismo.

A nivel mundial se reporta una prevalencia del trauma pancreático entre el 3 y 12% resultando de este porcentaje dos tercios por trauma penetrante y un tercio por trauma cerrado (1). Sucede más en varones jóvenes con una edad media de 32 años (3).

Los traumatismos penetrantes de abdomen por arma de fuego resultan ser los de mayor frecuencia (1), (4).

Un estudio multicéntrico realizado en Japón entre 2004 y 2017 con un total de 743 pacientes demostró que un 8,3% de los traumatismos pancreáticos fueron grado III (2).

Tenemos el caso de un paciente joven que ingresa a la sala de emergencias posterior a sufrir un trauma cerrado de abdomen, siguiendo los principios del ATLS (Advanced Trauma Life Support) y del manejo de la cirugía de control de daños (8), al ingreso el paciente se encuentra estable hemo dinámicamente tras realizar FAST y resultar positiva se realiza una tomografía simple y contrastada de abdomen al ser esta el estudio de elección en pacientes con sospecha de trauma pancreático que hayan sufrido un trauma cerrado de abdomen con una sensibilidad entre el 47% y 79% (7).

La resonancia magnética resulta ser el estudio de elección y un método no invasivo en el estudio de pacientes con trauma pancreático que se sospeche lesión del conducto pancreático principal y que no se haya evidenciado en la tomografía (5).

Se ha visto que la Colangiopancreatografía por resonancia magnética es el estudio de elección para diagnosticar ruptura del conducto pancreático, este resulta ser un método no invasivo, pero en algunos casos sin realizar una confirmación adicional requiriendo de CPRE para un diagnóstico definitivo (11).

Tras realizar la tomografía se decide clasificar al trauma pancreático según la AAST. El trauma pancreático se clasifica en 5 grados según la AAST. (Tabla 1)

Grado	Descripción de la lesión	
I	hematoma	Contusión mayor sin lesión ductal o pérdida de tejido
	laceración	Laceración mayor sin lesión ductal o pérdida de tejido
II	hematoma	Contusión que afecta >1 porción del páncreas
	laceración	Alteración <50% de la circunferencia
III	laceración	Lesión parenquimatosa con lesión mayor del conducto pancreático o sección distal
IV	laceración	Lesión mayor del conducto pancreático derecho de la VMS (transección proximal del páncreas)
V	laceración	Rotura masiva de la cabeza del páncreas

Tabla 1 Clasificación del trauma pancreático de la AAST (6)

Tras observar la lesión pancreática y clasificarla como grado III se decide tratamiento quirúrgico para pancreatectomía distal debido a que en estudios con pacientes que recibieron tratamiento conservador con preservación de la glándula su mortalidad fue mayor, mientras que las complicaciones más frecuentes relacionadas con la cirugía fueron las fistulas pancreáticas (2), (7), (9).

Según el Ordoñez y cols. en su artículo “el control de daños en el páncreas es simple. No compliques las cosas” el tratamiento en los grados I y II es conservador, para el Grado III hemostasia y pancreatectomía distal con o sin preservación del bazo, cuando la lesión es distal en la cola, en las lesiones proximales y situados a la izquierda de los vasos mesentéricos se les realiza sutura continua cruzada con monofilamento no absorbible 3/0 en los bordes de la herida, con ligadura proximal y distal del conducto, y drenaje quirúrgico cerrado. En algunas series se ha visto que el drenaje transpapilar endoscópico puede ser útil para pacientes con trauma pancreático y discontinuidad del conducto pancreático con el fin de evitar el tratamiento quirúrgico con buena evolución y bajas complicaciones (10). En el trauma pancreático grado IV hemostasia con sutura cruzada de monofilamento no absorbible de los bordes del área pancreática lesionada, ligadura proximal y distal del conducto pancreático y empaquetar el

páncreas para posterior revisión en 48 horas donde se procede al des-empaquetamiento, lavado y drenaje quirúrgico. En el trauma pancreático grado V siempre llevar a cirugía de control de daños aislando el complejo pancreatoduodenal realizando una sutura cruzada con monofilamento no absorbible sobre el parénquima para control del sangrado y ligar cabos proximales y distales del conducto pancreático, posteriormente empaquetar el páncreas y proceder a la ligadura de la primera porción del duodeno con grapas mecánicas, colocar sonda nasogástrica y realizar colecistostomía para control de secreciones biliares en 48 horas realizar nueva revisión pero con el cirujano biliar para realizar Whipple y drenaje quirúrgico cerrado (2),(6),(7).

Conclusión

Este reporte de caso clínico nos indica que el tener presente el mecanismo del trauma en el trauma cerrado de abdomen es crucial para sospechar y diagnosticar a los pacientes, así como para realizar un tratamiento correcto.

Aspectos Bioéticos

La presentación de este caso clínico tiene la autorización del departamento de Docencia e Investigación de la unidad de salud. Se responderán todas las preguntas e inquietudes a la persona en detalle, con el fin de precautelar su participación. Se comunicará de manera oportuna cualquier información de relevancia que sea encontrada en la historia clínica con el fin de que él paciente sea el único beneficiario. Para la obtención del consentimiento informado se entrevistó a la participante en un lugar que permita la privacidad y que permita contar con su participación libre y voluntaria. Su nombre, su historia clínica y su cedula será cambiado por un código. El acceso al formularioclínico será únicamente del director del estudio e investigador principal. Consentimiento Informado (Anexo 1).

No existen ningún riesgo para la persona y gozara de beneficios indirectos, mientras que los directos serán para las personas que puedan calificar las conclusiones y enseñanzas de este caso. No se obtiene una muestra ya que el tipo de estudio consiste en la presentación de un único caso.

Información de autor

Cristian Geovanny Medina Sigüenza. Medico. Posgradista de Cirugía General. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Cuenca-Azuay-Ecuador.

Contribución de autor

El autor declara haber contribuido en el desarrollo del diseño del trabajo, análisis e interpretación de los datos, redacción, revisión crítica y aprobación de la versión final del documento.

Conflicto de interés

El autor declara no tener conflicto de intereses.

Fuentes de financiamiento

Autofinanciado

Referencias caso 1

1. Hiong-Quesada Martín, Rabassa-Pérez René, Rojas-Peláez Yosvany, Barreto-Suárez Eduardo. Síndrome de Lemmel: presentación de un caso. AMC [Internet]. 2020 jun [citado 2023Ene30];24(3):e6798. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552020000300012&lng=es. Epub 01-Jun-2020.
2. Motta RGA, Canché AAP, De la Luz JE. Enfermedad diverticular duodenal: Tres casos ilustrativos del hallazgo incidental por medio de la TCMD. Acta Med. 2010;8(3):177-179.
3. León Moreno JF, Wong Nano CD, Dominguez Vega SJF. Síndrome de Lemmel: una causa infrecuente de colangitis aguda. Acta Gastroenterol Latinoam [Internet]. 2022;52(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.52787/agl.v52i1.170>
4. Sosa FLR, Díaz HPI, Peñaloza PMA. Síndrome de Lemmel como etiología de pancreatitis aguda. Rev Mex Cir Endoscop. 2020;21(3):163-165. doi:10.35366/99842.
5. Melo MDK, Sánchez SVM, Dávila JGÁ. Ictericia obstructiva secundaria a síndrome de Lemmel. Reporte de caso. Rev Mex Cir Endoscop. 2018;19(3):110-112.
6. Quiroz Leyva Juan José, Morales Rodríguez Cesar Augusto, Villena Mosqueira Ovidio. Síndrome de Lemmel: reporte de un caso. Rev. gastroenterol. Perú [Internet]. 2019 Ene [citado 2023Ene 30]; 39(1):8183. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102251292019000100013&lng=es.
7. Estrada Guerra Y, López Moya Y, Rojas Méndez Y. Divertículo duodenal. MediCiego [Internet]. 2019 [citado 30 Ene 2023];25(4). Disponible en: <https://revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/1183>

8. Carmona Agúndez M, López Guerra D, Fernández Pérez J, Blanco Fernández G. Síndrome de Lemmel: ictericia obstructiva secundaria a divertículo duodenal. *Cir Esp* [Internet]. 2017 [citado el 30 de enero de 2023];95(9):550–1. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-sindrome-lemmelictericia-obstructiva-secundaria-S0009739X17300349>
9. del Valle Díaz Sergio, Piñera Martínez Marjoris, Medina González Novelia, Sánchez Vega Juan. Colestasis: un enfoque actualizado. *MEDISAN* [Internet]. 2017 Jul [citado 2023 Ene 30]; 21(7):876900. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192017000700014&lng=es.
10. Gomez Hinojosa Paúl, Espinoza-Ríos Jorge, Bellido Caparo Alvaro, Pinto Valdivia José Luis, Rosado Cipriano Mavel, Prochazka Zarate Ricardo et al. Precisión de los predictores de la ASGE en el diagnóstico de coledocolitiasis en un hospital público de Lima, Perú. *Rev. gastroenterol. Perú* [Internet]. 2018 ene [citado 2023 Ene 30]; 38(1):22-28. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292018000100003&lng=es.
11. Dávila-Ruiz Ediel O., García-Manzano Roberto A., Barker-Antonio Alan, Martínez-Santiago Nallely Y., Isidoro-Hernández Dolores, Sánchez-Guerrero Rolando I. Ictericia obstructiva intermitente o síndrome de Lemmel: reporte de caso y revisión de la literatura. *Cir. cir.* [revista en la Internet]. 2020 [citado 2023 Ene 30]; 88(Suppl 2): 60-65. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444054X2020000800060&lng=es. Epub 08Feb2022. <https://doi.org/10.24875/ciru.20000332>.
12. Mayo O. M. de los Ángeles, Pacheco G. José Manuel, Roldán O. Susana, Fernández S. José Luis. Divertículo duodenal simulando neoplasia quística de páncreas. *Rev Chil Cir* [Internet]. 2018 [citado 2023 Ene 30]; 70(2): 164-167. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071840262018000200164&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchic.2017.01.011>.
13. Quiroz Leyva Juan José, Morales Rodríguez Cesar Augusto, Villena Mosqueira Ovidio. Lemmel's syndrome: report of a case. *Rev. gastroenterol. Perú* [Internet]. 2019 ene [citado 2023 Ene 30]; 39(1): 81-83. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102251292019000100013&lng=es.

Referencias caso 2

1. Cantú-Alejo Daniel R., Cantú-Kawas Arturo, Guevara-Charles Asdrúbal, Hernández-Guedea Marco A., Muñoz-Maldonado Gerardo E., Pérez-Rodríguez Edelmiro et al. Pronóstico de mortalidad y evolución en trauma pancreatoduodenal en pacientes con herida por proyectil de arma de fuego. *Cir. cir.* [revista en la Internet]. 2020 Feb [citado 2023 Feb 02]; 88(1): 82-87. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444054X2020000100082&lng=es. Epub 22-Nov2021. <https://doi.org/10.24875/ciru.19001005>.
2. Ordoñez CA, Parra M, Millan M, Caicedo Y, Padilla N, Garcia A, Gonzalez Hadad A, Pino L, Rodríguez-Holguín F, Serna J, Salcedo A, Ferrada R, Miñan-Arana F, Ivatury R, Guzmán M. Pancreatic Damage Control: The Pancreas is Simple Don't Complicate It. *cm* [Internet]. 7Dec.2020 [cited 31Jan.2023];51(4): e4164361. Available from: <https://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/4361>
3. Petrone P, Moral Álvarez S, González Pérez M, Ceballos Esparragón J, Marini CP. Orientación terapéutica del traumatismo pancreático: revisión de la literatura. *Cir Esp* [Internet]. 2017;95(3):123–30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2016.05.011>
4. Parra-Romero G, Contreras-Cantero G, Orozco-Guinaldo D, et al. Trauma abdominal: experiencia de 4961 casos en el occidente de México. *Cir Cir.* 2019;87(2):183-189.
5. Søreide K, Weiser TG, Parks RW. Clinical update on management of pancreatic trauma. *HPB (Oxford)* [Internet]. 2018;20(12):1099–108. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hpb.2018.05.009>

6. Agarwal H, Gupta A, Kumar S. An overview of pancreatic trauma. *J Pancreatol* [Internet]. 2020;3(3):139–46. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/jp9.0000000000000044>
7. Ho VP, Patel NJ, Bokhari F, Madbak FG, Hambley JE, Yon JR, et al. Management of adult pancreatic injuries: A practice management guideline from the Eastern Association for the Surgery of Trauma. *J Trauma Acute Care Surg* [Internet].
8. Quintero Laureano, Meléndez-Lugo Juan José, Palacios-Rodríguez Helmer Emilio, Caicedo Yaset, Padilla Natalia, Gallego Linda M. et al. Control de daños en la sala de emergencias: un puente hacia la vida. *Colomb. Med.* [Internet]. 2021 June [cited 2023 Feb 02]; 52(2): e4004801. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165795342021000200400&lng=en. Epub May 30, 2021. <https://doi.org/10.25100/cm.v52i2.4801>.
9. Kuza CM, Hirji SA, Englum BR, Ganapathi AM, Speicher PJ, Scarborough JE. Pancreatic injuries in abdominal trauma in US adults: Analysis of the National Trauma Data Bank on management, outcomes, and predictors of mortality. *Scand J Surg* [Internet]. 2020;109(3):193–204. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/1457496919851608>
10. Chen Y, Jiang Y, Qian W, Yu Q, Dong Y, Zhu H, et al. Endoscopic transpapillary drainage in disconnected pancreatic duct syndrome after acute pancreatitis and trauma: long-term outcomes in 31 patients. *BMC Gastroenterol* [Internet]. 2019;19(1):54. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12876-019-0977-1>
11. Rosenfeld EH, Vogel A, Russell RT, Maizlin I, Klinkner DB, Polites S, et al. Comparison of diagnostic imaging modalities for the evaluation of pancreatic duct injury in children: a multi-institutional analysis from the Pancreatic Trauma Study Group. *Pediatr Surg Int* [Internet]. 2018;34(9):961–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00383-018-4309-2>

Anexo A

ANEXO I

Consentimiento informado para el uso de datos, fotografías o imágenes clínicas para reportes de caso o series de caso

Título tentativo del manuscrito del reporte de caso o serie de casos

Nombre del Investigador Principal	Cristian Geovanny Medina Sigüenza
Institución (es) de filiación	Hospital Vicente Corral Moscoso
Cargo (s)	Fotógrafo
Correo electrónico	crio_2276@hotmail.com
Dirección de sitio de trabajo	Pje del Turiso
Teléfono del sitio de trabajo	(02)405-6000

Respetado Señor (a), este documento se compone por dos partes, a saber:

1. Información para usted sobre la intención del estudio, en forma de preguntas.
2. Formulario de consentimiento informado para obtener su firma si usted está de acuerdo con participar en el reporte de su caso o estudio. Firmarán también un testigo y el profesional de salud encargado de asistirlo o investigador. Usted/el paciente recibirá una copia de este formato de consentimiento si acepta participar.

Es posible que el siguiente texto contenga algunas palabras que usted no entienda. Le pedimos que por favor le solicite a su médico o profesional tratante que le explique el significado de éstas. Siéntase en libertad para realizar las preguntas que considere necesarias. Disponga de tiempo para pensar y tomar una decisión y para consultar con amigos, familiares, allegados o con quienes usted considere apropiados para ayudarle a comprender las razones para participar en este estudio.

Parte I:

¿Qué pasa si usted decide participar? y ¿Qué pasa si cambia de opinión?

Su participación es voluntaria y en nada cambiará la atención que usted/el paciente reciba en la institución. Inclusive si usted/el paciente decide participar ahora y cambia de opinión más tarde, puede revocar su consentimiento en cualquier momento sin que medie explicación antes de la publicación, pero una vez entregado el artículo para publicar ("está en prensa"), no será posible revocar el consentimiento.

¿Qué información se publicará? y ¿Quiénes podrán acceder a la información?

1. El material (fotografía, imagen, texto) se publicará sin su nombre/el nombre del paciente. No obstante, no puede garantizarse el anonimato completo. Es posible que alguien, en algún lugar (por ejemplo, alguien que cuidó de mí/del paciente o un pariente) pueda reconocernos/reconocer el paciente.

2. El material del estudio puede mostrar o incluir detalles de mi enfermedad o lesión/la enfermedad o lesión del paciente y cualquier tratamiento o cirugía que yo/el paciente haya tenido, tuviera o pueda tener en el futuro.
3. El material del estudio se puede publicar en una revista que se distribuya en todo el mundo. Aunque la mayoría de las veces éstas revistas van dirigidas a médicos y otros profesionales de la salud, principalmente, también pueden verla muchas otras personas, como académicos, estudiantes y periodistas.
4. El artículo, incluidas las fotografías, imagen o texto, pueden ser objeto de un comunicado de prensa y podría accederse a él a partir de enlaces en redes sociales y/o utilizarse en otras actividades.

¿Hay beneficios o gastos?

Usted, el paciente y su familia no recibirán ningún beneficio económico derivado de la participación en este estudio. Tampoco incurrirán en algún gasto económico. Otros pacientes con una condición similar a la suya/del paciente y los profesionales que los traten se beneficiarán del conocimiento del caso al tenerlo como precedente y poder identificar rápidamente la condición.

¿Cuáles son las obligaciones de los investigadores?

Como investigadores estamos obligados a preservar la confidencialidad y el secreto de su identificación/la del paciente. Ninguna persona sabrá que el material de estudio (texto, imágenes, fotografías) trata de usted/el paciente.

¿A quién puede hablar o preguntar?

Usted/el paciente puede plantear sus inquietudes sobre su participación en este estudio en cualquier momento. En la parte superior de este documento encontrará(n) la dirección y número telefónico de trabajo donde usted/el paciente puede buscarnos. También puede consultarlo con las personas que considere adecuadas.

Parte 2:

CONSENTIMIENTO

Yo Dijela Romero Silva Amela [NOMBRE COMPLETO Y LEGIBLE DE QUIEN AUTORIZA], identificado con cédula [Tipo del documento de identidad] No. 0300604352 [Número legible del documento], declaro que Madre Santa Teresita Guzmán [NOMBRE COMPLETO Y LEGIBLE DE LA PERSONA QUE EXPLICADO Y ADMINISTRADO EL FORMULARIO AL PACIENTE O A SU REPRESENTANTE (p. ej., el autor correspondiente u otra persona que tenga autoridad para obtener el consentimiento)], identificado con cédula [Tipo del documento de identidad] No. 0104384624 [Número legible del documento], me ha informado sobre su intención de divulgar y hacer público el caso clínico correspondiente a (marque 'X' sobre las líneas para confirmar):

- Mi persona X
- Mi hijo _____
Nombre: _____
Identificado con _____ No. _____
- Otro familiar _____
Nombre: _____
Identificado con _____ No. _____

Confirmando que: (marque 'X' sobre las líneas para confirmar)

- He visto la foto, imagen, texto u otro material sobre mi/el paciente. X
- Estoy legalmente autorizado para dar este consentimiento. X
- No he recibido presiones de cualquier tipo para participar en el estudio y la decisión de participar la tomo en pleno uso de mis facultades mentales, consciente y libremente. X
- He leído o me han leído la información proporcionada.
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas para entender a cabalidad el propósito y condiciones del estudio. X
- Entiendo que tengo derecho a retirarme de la participación en este estudio sin que esto afecte mi atención en salud. X
- Entiendo que mis datos e imágenes serán manejados con total confidencialidad y reserva. X
- Entiendo que no recibiré ningún estímulo económico por la participación en este estudio. X

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN DE POSTGRADO

Por tanto, doy mi consentimiento a Cristian Geovanny Medina Sigüenza
[NOMBRE COMPLETO Y LEGIBLE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL], para que el
Material (texto, fotografías, imágenes) sobre mí/el paciente sea publicado.

Firma del participante	
Nombre del participante	Julia Romero Julia Amela
Documento de identidad	070004352
Dirección de residencia	Choca
Correo electrónico	
Teléfono	
Fecha: 18/02/2023	Hora: 10:00

Si firma en nombre del paciente, especifique el motivo por el que el paciente no puede dar su consentimiento por sí mismo (p. ej. El paciente ha fallecido, es menor de 18 años o tiene un deterioro cognitivo o intelectual).

Firma del testigo	
Nombre del testigo	Horlando Flores Flores
Documento de identidad	010274941
Dirección de residencia	Torre 70000 s/n
Correo electrónico	Horlando@hotnail.com
Teléfono	09992511514
Fecha: 18/02/2023	Hora: 10:00

Firma del administrador del formulario (o investigador)	
Nombre del administrador	Cristian Geovanny Medina Sigüenza
Cargo	Postgraduista
Documento de identidad	0104784624
Dirección de residencia	Camino del Trajar y J. Ferrnandez de Córdova
Correo electrónico	cris_22101@hotmail.com
Teléfono	0998770049
Fecha: 20/02/2023	Hora: 10:00

Anexo B

ANEXO 1

Consentimiento informado para el uso de datos, fotografías o imágenes clínicas para reportes de caso o series de caso

Título tentativo del manuscrito del reporte de caso o serie de casos

Nombre del Investigador Principal	Cristian Geovanny Medina Sigüenza
Institución (es) de filiación	Hospital Vicente Corral Henao
Cargo (s)	Resguardista
Correo electrónico	cris_2276@hotmail.com
Dirección de sitio de trabajo	Pje. del Grajo
Teléfono del sitio de trabajo	(07) 409-6000

Respetado Señor (a), este documento se compone por dos partes, a saber:

1. Información para usted sobre la intención del estudio, en forma de preguntas.
2. Formulario de consentimiento informado para obtener su firma si usted está de acuerdo con participar en el reporte de su caso o estudio. Firmarán también un testigo y el profesional de salud encargado de asistirlo o investigador. Usted/el paciente recibirá una copia de este formato de consentimiento si acepta participar.

Es posible que el siguiente texto contenga algunas palabras que usted no entienda. Le pedimos que por favor le solicite a su médico o profesional tratante que le explique el significado de éstas. Siéntase en libertad para realizar las preguntas que considere necesarias. Disponga de tiempo para pensar y tomar una decisión y para consultar con amigos, familiares, allegados o con quienes usted considere apropiados para ayudarle a comprender las razones para participar en este estudio.

Parte I:

¿Qué pasa si usted decide participar? y ¿Qué pasa si cambia de opinión?

Su participación es voluntaria y en nada cambiará la atención que usted/el paciente reciba en la institución. Inclusive si usted/el paciente decide participar ahora y cambia de opinión más tarde, puede revocar su consentimiento en cualquier momento sin que medie explicación antes de la publicación, pero una vez entregado el artículo para publicar ("esté en prensa"), no será posible revocar el consentimiento.

¿Qué información se publicará? y ¿Quiénes podrán acceder a la información?

1. El material (fotografía, imagen, texto) se publicará sin su nombre/el nombre del paciente. No obstante, no puede garantizarse el anonimato completo. Es posible que alguien, en algún lugar (por ejemplo, alguien que cuidó de mí/del paciente o un pariente) pueda reconocernos/reconocer

- el paciente.
2. El material del estudio puede mostrar o incluir detalles de mi enfermedad o lesión/la enfermedad o lesión del paciente y cualquier tratamiento o cirugía que yo/el paciente haya tenido, tuviera o pueda tener en el futuro.
 3. El material del estudio se puede publicar en una revista que se distribuya en todo el mundo. Aunque la mayoría de las veces éstas revistas van dirigidas a médicos y otros profesionales de la salud, principalmente, también pueden verla muchas otras personas, como académicos, estudiantes y periodistas.
 4. El artículo, incluidas las fotografías, imagen o texto, pueden ser objeto de un comunicado de prensa y podría accederse a él a partir de enlaces en redes sociales y/o utilizarse en otras actividades.

¿Hay beneficios o gastos?

Usted, el paciente y su familia no recibirán ningún beneficio económico derivado de la participación en este estudio. Tampoco incurrirán en algún gasto económico. Otros pacientes con una condición similar a la suya/del paciente y los profesionales que los traten se beneficiarán del conocimiento del caso al tenerlo como precedente y poder identificar rápidamente la condición.

¿Cuáles son las obligaciones de los investigadores?

Como investigadores estamos obligados a preservar la confidencialidad y el secreto de su identificación/la del paciente. Ninguna persona sabrá que el material de estudio (texto, imágenes, fotografías) trata de usted/el paciente.

¿A quién puede hablar o preguntar?

Usted/el paciente puede plantear sus inquietudes sobre su participación en este estudio en cualquier momento. En la parte superior de este documento encontrará(n) la dirección y número telefónico de trabajo donde usted/el paciente puede buscarnos. También puede consultarlo con las personas que considere adecuadas.

Parte 2:

CONSENTIMIENTO

Yo Manuel Hosias Abad Pacheco [NOMBRE COMPLETO Y LEGIBLE DE QUIEN AUTORIZA], identificado con Cédula [Tipo del documento de identidad] No. 040519660 [Número legible del documento], declaro que Medina Sigüenza Cristian Geovanny [NOMBRE COMPLETO Y LEGIBLE DE LA PERSONA QUE EXPLICADO Y ADMINISTRADO EL FORMULARIO AL PACIENTE O A SU REPRESENTANTE (p. ej., el autor correspondiente u otra persona que tenga autoridad para obtener el consentimiento)] , identificado con Cédula [Tipo del documento de identidad] No. 0404734624 [Número legible del documento], me ha informado sobre su intención de divulgar y hacer público el caso clínico correspondiente a (marque 'X' sobre las líneas para confirmar):

- Mi persona _____
- Mi hijo X
Nombre: Abad Yupanqui Fernán Domian
Identificado con Cédula No. 0406919844
- Otro familiar _____
Nombre: _____
Identificado con _____ No. _____

Confirmo que: (marque 'X' sobre las líneas para confirmar)

- He visto la foto, imagen, texto u otro material sobre mí/el paciente. X
- Estoy legalmente autorizado para dar este consentimiento. X
- No he recibido presiones de cualquier tipo para participar en el estudio y la decisión de participar la tomo en pleno uso de mis facultades mentales, consciente y libremente. X
- He leído o me han leído la información proporcionada.
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas para entender a cabalidad el propósito y condiciones del estudio. X
- Entiendo que tengo derecho a retirarme de la participación en este estudio sin que esto afecte mi atención en salud. X
- Entiendo que mis datos e imágenes serán manejados con total confidencialidad y reserva. X
- Entiendo que no recibiré ningún estímulo económico por la participación en este estudio. X

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN DE POSTGRADO

Por tanto, doy mi consentimiento a Cristian Geovanny Medina Sigüenza
[NOMBRE COMPLETO Y LEGIBLE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL], para que el
Material (texto, fotografías, imágenes) sobre mi/el paciente sea publicado.

Firma del participante	
Nombre del participante	Harold Alvarado Pacheco
Documento de identidad	0105345600
Dirección de residencia	Punto
Correo electrónico	matr0521@gmail.com
Teléfono	0580867035
Fecha: 29/02/2023	Hora: 10:30

Si firma en nombre del paciente, especifique el motivo por el que el paciente no puede dar su consentimiento por sí mismo (p. ej. El paciente ha fallecido, es menor de 18 años o tiene un deterioro cognitivo e intelectual).
Paciente menor de 18 años

Firma del testigo	
Nombre del testigo	Verónica Castro
Documento de identidad	0302278352
Dirección de residencia	Paseo del parque 2-07
Correo electrónico	Vgcastro23@gmail.com
Teléfono	0467690420
Fecha: 28/02/2023	Hora: [illegible]

Firma del administrador del formulario (o investigador)	
Nombre del administrador	Cristian Geovanny Medina Sigüenza
Cargo	Postgraduado
Documento de identidad	024704624
Dirección de residencia	Camino de la Cruz y J. Fernández de Córdova
Correo electrónico	cris_22tbh@hotmail.com
Teléfono	0989770949
Fecha: 29/02/2023	Hora: 10:30

