

Cirujano General

Volumen
Volume **26**

Suplemento
Supplement **1**

Octubre-Diciembre
October-December **2004**

Artículo:

Parte II.

Resumenes páginas: S26 a S38

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C.

Otras secciones de
este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com

TL-019

SENSIBILIDAD, ESPECIFICIDAD, VALOR PREDICTIVO POSITIVO Y VALOR PREDICTIVO NEGATIVO DE LA CIFRA DE HEMOGLOBINA, HEMATÓCRITO Y CUENTA PLAQUETARIA COMO ÍNDICE DE ACTIVIDAD EN COLITIS ULCERATIVA

Cortés FA, Ibarra RJ, Fuentes OC, Rodríguez LX, Santiago LE, Farías LIOA, López RMK, Ruiz ChIE, González OA. Departamento de Gastroenterología. Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica. Hospital de Especialidades CMNO. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guadalajara, Jalisco. México

Objetivo: Determinar sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo de hemoglobina, hematocrito y plaquetas para desarrollar un índice simplificado de actividad de colitis ulcerativa. **Antecedentes:** La colitis ulcerativa es una enfermedad caracterizada por inflamación no infecciosa de la mucosa colorrectal. Existen escalas para valorar la severidad de la enfermedad, pero son complejas. **Material y métodos:** Se estudiaron 60 pacientes (junio 2003-diciembre 2003) con colitis ulcerativa. Determinando valores de hemoglobina, hematocrito y plaquetas. Se realizó sigmoidoscopia con biopsia (Estándar de oro). Estudiando sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo. Se aplicó prueba Kruskall-Wallis para determinar diferencias entre grupos, y correlación de Pearson y Spearman para cada parámetro, con el grado de actividad de la enfermedad. Nivel de confianza de 95% ($p < 0.05$). **Resultados:** Agrupación de pacientes según grado de actividad de colitis ulcerativa en leve (15), moderada (15), severa (15) y normal (15). 34 (57%) mujeres y 26 (43%) hombres. Edad promedio 26 ± 12.8 años. Hemoglobina, hematocrito y plaquetas fueron subdivididas en grupos de leve, moderada y severa. Las pruebas de sensibilidad y especificidad fueron 31 y 100% respectivamente para hemoglobina, 29 y 100% hematocrito, 84 y 100% plaquetas. Valores predictivos: hemoglobina (+)100, (-)33; hematocrito (+)100, (-)32; plaquetas (+)100, (-)68. Correlación de Spearman para hemoglobina $r = 0.866$ ($p < 0.001$), hematocrito $r = 0.864$ ($p < 0.001$) y plaquetas $r = 0.928$ ($p < 0.001$). **Conclusiones:** La hemoglobina y el hematocrito son de utilidad para catalogar grado de actividad de colitis ulcerativa, cuando el histopatológico muestra actividad severa. Las plaquetas pueden ser marcador de la intensidad de la enfermedad, en cualquier etapa histopatológica, dada su alta sensibilidad y especificidad como prueba diagnóstica.

TL-044

IDENTIFICACIÓN Y DISECCIÓN DEL PLEXO HIPOGÁSTRICO POR LAPAROSCOPIA EN CADÁVER PARA EVITAR LESIONES DURANTE RESECCIÓN ABDOMINOPERINEAL

Fregoso AMJ, Farías LLOA, Ruiz SJ, Altamirano LMA, Sandoval PJL, Solano MH, Hernández RR, Candelas ODT, Hermosillo SJM. Departamento de Morfología del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Hospital de Especialidades. Centro Médico Nacional de Occidente. IMSS, Guadalajara Jal. México

Introducción: El tratamiento quirúrgico radical del cáncer del recto, debido a la estrecha proximidad del sistema urogenital y su inervación, presenta una alta tasa de impotencia en los hombres. En la mujer se desconoce, por la falta de definición exacta de lo que se entiende como impotencia femenina. **Objetivo:** Mediante disección en cadáver del plexo nervioso hipogástrico se identificó su distribución, así como los sitios probables de lesión. **Material y métodos:** En cadáver se realizó disección cuidadosa del plexo hipogástrico mediante técnica laparoscópica, identificando sitios de probable lesión durante procedimientos quirúrgicos con resección extensa. Se realizó colocación de puertos; uno de 10 mm a nivel de la cicatriz umbilical, y 2 puertos más de 5 mm a nivel de la línea media axilar en los cuadrantes abdominales inferiores derecho e izquierdo respectivamente. **Resultados:** Fue posible la identificación de la anatomía del plexo hipogástrico, encontrando variaciones anatómicas en diferentes cadáveres lo cual habla de la diversidad de recorridos y relaciones con órganos vecinos. **Discusión:** Aunque se conocen los sitios frecuen-

tes de lesión durante cirugía abomino-perineal o resección anterior baja, aún continúa siendo un problema importante causando un 50% de disfunción sexual. Por lo que es necesario identificar anatómicamente las posibles relaciones con estructuras vecinas y de esta manera transpoliar de manera tridimensional durante procedimientos quirúrgicos para así evitar lesiones trascendentales. En las diversas disecciones en cadáver fue posible identificar un patrón repetitivo ampliando la experiencia lo cual repercutirá de manera positiva en los resultados post-quirúrgicos.

TL-226

RESECCIÓN DE COLON POR VÍA LAPAROSCÓPICA VS. ABIERTA EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DIVERTICULAR NO COMPLICADA: EXPERIENCIA DE UNA INSTITUCIÓN PRIVADA

Tristán PAF, Mansur FJH, González RR, Ballí MJ, Tijerina GLO, Díaz EJA. Servicio de Cirugía General del Hospital San José-Tec de Monterrey. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey. Escuela de Graduados de Medicina ITESM

Antecedentes: El tratamiento quirúrgico electivo de la enfermedad diverticular de colon en pacientes jóvenes (<50 años) con episodios recurrentes de diverticulitis es una indicación absoluta. El abordaje quirúrgico puede ser convencional (abierto) o por vía laparoscópica; ésta última ofrece ventajas sobre todo en el periodo de recuperación postoperatorio. El objetivo del presente trabajo es evaluar los beneficios del abordaje laparoscópico contra el abordaje abierto en nuestra institución. **Métodos:** Se incluyeron en el estudio a pacientes con enfermedad diverticular no complicada con al menos un episodio comprobado de diverticulitis aguda. Se dividió el grupo en dos subgrupos; Grupo A formado por pacientes sometidos a cirugía laparoscópica y Grupo B formado por pacientes sometidos a cirugía abierta. Las variables a estudiar fueron edad, sexo, síntomas, periodo de tiempo entre primer episodio de diverticulitis aguda y cirugía definitiva, estudios de gabinete prequirúrgicos, procedimiento quirúrgico realizado, tipo de anastomosis, sitio de extracción del espécimen, tiempo quirúrgico, conversiones (sólo Grupo A), complicaciones transquirúrgicas, inicio de la vía oral, requerimiento de analgésicos, complicaciones postquirúrgicas y días de estancia intrahospitalaria. Los criterios de inclusión fueron: pacientes en etapa crónica no complicada de la enfermedad, cirugía electiva, anastomosis primaria; los criterios de exclusión fueron: pacientes con cuadro agudo de la enfermedad, enfermedad diverticular complicada (fístulas, abscesos, estenosis), cirugía de emergencia, información incompleta. **Resultados:** Se revisaron retrospectivamente 237 expedientes hospitalarios de pacientes egresados con diagnóstico de enfermedad diverticular de colon. El grupo de estudio se redujo a 75 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. La edad promedio fue 52.4 años con predominancia del sexo masculino con 57.3%, el intervalo de tiempo entre el primer cuadro agudo y la cirugía fue mayor de 30 días en general (89%). La tomografía computada como examen de gabinete angular prequirúrgico se realizó en 45 pacientes (60%). En el Grupo A se incluyeron 48 pacientes y en el Grupo B 27 pacientes. Se compararon entre ambos grupos las diferentes variables encontrando una diferencia marcada en: tiempo quirúrgico (39.5% vs 63% < a 180 min), tolerancia a la vía oral (43.7% vs 11% el 1er día PostQx), requerimiento de analgésicos fuera del esquema habitual (2 vs. 10 pacientes), días de estancia hospitalaria (4.9 vs. 6.3 días) y complicaciones postquirúrgicas (2.7% vs 36.4%). La tasa de conversión de los casos laparoscópicos fue del 8.3 %. El resto de las variables fueron similares en sus resultados para ambos grupos. **Conclusiones:** El abordaje laparoscópico para el tratamiento quirúrgico de la enfermedad diverticular no complicada ofrece mayores beneficios para el paciente en cuanto a su convalecencia postquirúrgica, de igual manera reduce el tiempo de ausentismo laboral. El abordaje por laparotomía o abierto, aunque representa menor tiempo quirúrgico, tiene mayor morbilidad y un periodo de convalecencia más prolongado y tedioso para el paciente. Los tiempos quirúrgicos prolongados en el Grupo A corresponden a los primeros casos realizados en nuestra institución; los últimos casos rea-

Trabajos en Presentación Oral

lizados reportan tiempos quirúrgicos menores de 180 minutos, por consiguiente, la única desventaja del abordaje laparoscópico tiende a desaparecer conforme se alcanza la meseta de la curva de aprendizaje, se mejora la coordinación del equipo paramédico de quirófano y se cuenta con instrumental adecuado para este tipo de cirugía.

TL-137

MORBIMORTALIDAD EN CIERRE DE COLOSTOMÍA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA COLORRECTAL

Zavala EJA, Villanueva SE, Martínez HMP, Pérez AJ, Carranza RJM. Hospital de Especialidades "Bernardo Sepúlveda" CMN. S XXI, IMSS. México, D.F.

Antecedentes: La colostomía es un procedimiento con morbimortalidad importante asociada, sin embargo sigue siendo la alternativa preferida y más segura para cirujanos con poca experiencia en el manejo de patología colónica sobre todo en procedimientos de urgencia. **Objetivo:** Evaluación de la morbimortalidad asociada al cierre de colostomía en el servicio. **Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, en el que se evaluaron los expedientes de pacientes atendidos en el servicio de enero de 1998 a enero del 2004, con diagnóstico de colostomía terminal o en asa. Se registraron datos demográficos, indicación de la colostomía, intentos de cierres previos, técnica de cierre, complicaciones postoperatorias. El seguimiento fue hasta de 3 años. **Resultados:** Se intervinieron 48 pacientes, 26 hombres (54.2%) y 22 mujeres (45.83%), con edad promedio de 55.6 años. 39 (81.25%) fueron enviados de otros hospitales, 43 (89.6%) fueron procedimientos de urgencia. La indicación más frecuente fue diverticulitis complicada en el 52% (25) de los casos. El 6.25% (3) tenían asociado hernia incisional gigante. Se efectuó cierre del estoma con engrapadora en 41 pacientes (85.4%) y manual en 7 pacientes (14.6%). El 47.9% fueron anastomosis término-terminal. El tiempo quirúrgico promedio fue de 3 hr., el sangrado promedio fue de 317 ml. Se presentó dehiscencia de anastomosis en 1 caso (2.8%) y no se realizó la reconexión en 1 caso. Mortalidad de 0%. **Discusión:** Actualmente la tendencia es de usar lo menos posible la colostomía derivativa, en nuestro medio se sigue realizando frecuentemente sobre todo en centros no especializados. La mayoría de nuestros pacientes proceden de otras instituciones y tienen morbilidad asociada. La indicación más frecuente de colostomía derivativa es la enfermedad diverticular complicada. La técnica con engrapadora ofrece los mejores resultados acortando el tiempo quirúrgico y facilita el procedimiento en anastomosis bajas. **Conclusión:** El cierre de colostomía es un procedimiento seguro y eficaz con morbimortalidad baja cuando es realizado por un servicio con especialización.

TL-243

CONSECUENCIAS DEL MANEJO MÉDICO EN APENDICITIS AGUDA EN EL "HOSPITAL VASCO DE QUIROGA". ISSSTE

Soto GJA, García LA, Nájera SL, Constantino HA

En nuestra realidad económica el temor a los altos costos de atención médica y la excesiva propaganda a la automedicación, hacen que el paciente subestimando o desconociendo el origen de la sintomatología que compromete su integridad corporal, se auto recete, llegando a estudios avanzados de su patología inicial. **Objetivos:** Proponer una razonable publicidad en el uso de analgésicos y antiespasmódicos en sintomatología dolorosa abdominal, ya que en muchos casos a pesar de las publicaciones referidas con anterioridad este trabajo nos mostró que se modifica el cuadro secuencial de apendicitis aguda. **Material y métodos:** Se realizó estudio retrospectivo, longitudinal en el que analizamos expedientes de pacientes admitidos al servicio de Urgencias de un hospital asistencial de segundo nivel, con sintomatología dolorosa abdominal, en un periodo comprendido del 1 de enero del 2003 al 31 de diciembre del 2003, revisados en el primer contacto por un médico internista, el cual solicitó los exámenes clínicos y paraclinicos pertinentes (BH, QS, TP, TPT, Rx. de abdomen y USG

abdominal) y posteriormente solicitando valoración por el servicio de Cirugía General, durante el turno de admisión e intervenidos quirúrgicamente. El total de pacientes fue 164, con una edad promedio de 36.7 años. De éstos 70 sin tratamiento previo y 94 con tratamiento que consistió en analgésicos y antibióticos (metamizol, ketorolaco, nalbufina, cefalosporina de 2^a generación y metronidazol) en promedio 2.5 días. De los pacientes con tratamiento se observó que en el 66% la sintomatología había modificado hasta ser mínimo el dolor en el ámbito abdominal, presentaba leucocitos en límites normales y bandas por debajo de 3, en 16% persistía la leucocitosis sin bandemia, siendo de ayuda la imagen radiográfica y ultrasonográfica que apoyaron el diagnóstico inicial, pero no concluyente. Se realizó el tratamiento quirúrgico de estos pacientes en promedio de 3 días posterior a sintomatología inicial encontrando apendicitis gdo. II con peritonitis localizada en el 70% (65 pacientes), gdo II con peritonitis generalizada en el 14% (15 pacientes) y gdo IV 9.4% (10 pacientes). De los pacientes sin tratamiento con reportes de BH variables y con un manejo quirúrgico dentro de 1.5 días posteriores a su ingreso encontramos, apendicitis gdo I en el 24% (35 pacientes), gdo II peritonitis localizada 14% (20 pacientes) y gdo II peritonitis generalizada 5.6% (8 pacientes) y gdo III 4.9% (7 pacientes). **Conclusiones:** La repercusión en la morbilidad resulta significativa en pacientes que han recibido tratamiento médico, modificando los parámetros de evaluación principalmente el dolor.

TL-026

REPERCUSIONES HEPÁTICAS CAUSADAS POR LESIÓN DE LAS VÍAS BILIARES. HALLAZGOS DURANTE LA RECONSTRUCCIÓN

Hermosillo SJM, Haro FJ, Ramírez CV, Hernández HS, Vidal D, Alatorre P, Miranda DA. Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente del IMSS y Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara

Antecedentes: Las lesiones de las vías biliares (LVB), son complicaciones severas que suceden durante la realización de la colecistectomía, procedimiento común con morbilidad y mortalidad baja. La LVB han aumentado desde la utilización del laparoscopio. **Objetivo:** Analizar el tipo de reconstrucción y las repercusiones hepáticas clínicas y moleculares causadas por las LVB. **Métodos:** Se incluyeron 113 pacientes de 1996 a mayo de 2004, a 15 de los que se tomó biopsia hepática, se tiñeron las laminillas con rojo sirio y tricrómico de Masson para medir el Índice de Fibrosis y Colágenas en el tejido hepático. Una fracción para PCR en tiempo real del RNAm de Colágena tipo I y III, TGF β y SMAD-7. **Resultados:** 77% pacientes fueron mujeres con media de edad de 44.3 años. 57.5% de las LVB en cirugía abierta y 42.4% en laparoscópica. El tipo de lesión más frecuente fue Bismuth 3 en 38.4%, y Strasberg E1 en 41.6%. La técnica de reconstrucción fue derivación bilio-entérica en Y de Roux. El índice de fibrosis, el RNAm de TGF β , SMAD-7, Colágena Tipo 1 y 3, aumentó de 5 a 10 veces dependiendo de la presentación clínica de la LVB. La evolución fue satisfactoria en 87% de los pacientes, hubo 2.6% de estenosis y 4 defunciones.

Discusión: Todas las LVB, producen daño hepático dependiendo del tiempo de evolución y las manifestaciones clínicas de su presentación, con aumento de la cascada de expresión de moléculas fibrogénicas y depósito de colágenas en la matriz extracelular que evoluciona a cirrosis biliar secundaria.

TC-236

RESULTADOS DE LA ENCUESTA SOBRE EL ESTADO ACTUAL DE LA COLECISTECTOMÍA TOTAL EN NUESTRO PAÍS, ¿LA UTOPÍA MEXICANA?

Hernández G, Priego G, Fonseca H, Cottena G. Hospital Lomas Providencia, Guadalajara, Jal.

Introducción: En el congreso efectuado el año pasado en Veracruz, realizamos una encuesta sobre el estado actual de la Colecistectomía total, tanto Laparoscópica como Abierta Convencional. En este

trabajo presentamos los resultados. **Objetivo:** Mostrar qué porcentaje de todas las Colecistectomías efectuadas en nuestro país se hacen por vía Laparoscópica y Abierta convencional. Además de identificar años de ejercicio profesional y su relación con el numero de cirugías. **Material y método:** Se diseñó una encuesta abierta, entregándola a mil cirujanos de los cuales contestaron trescientos veinte (320). Las preguntas que se hicieron consistían en años de ejercicio profesional activo, número de vesículas realizadas por mes y año, cuántas por vía laparoscópica y cuántas abierta convencional, qué porcentaje eran en medio privado y público. En cirugía Laparoscópica cuántos puertos se usan, tiempo que tardan en realizarla, porcentaje de conversión y sus razones. En la abierta convencional qué abordaje utilizan, el tamaño de la incisión, tiempo que tardan en realizarla y las razones por preferir ésta. **Resultados:** La relación entre años de ejercicio profesional y numero de Colecistectomías es la siguiente: De 1 a 5 años 41 cirujanos y operan 39 por año. De 6 a 10 años 67 cirujanos y operan 240 por año, de 11 a 15 años 72 cirujanos y operan 552 por año, 16 a 20 años 68 médicos y operan 972 por año, de 21 a 30 años 47 cirujanos y operan 1,444 por año y con más de 30 años 11 cirujanos operan 236 por año. Por vía laparoscópica se operan 2,714 (71.67%) y abierta 769 (28.33%). Cirujanos que trabajan sólo en el medio privado 24%, sólo en el servicio público 8.7% y al 50% tanto privado y público 13.7%, el restante 53.6% con diferentes porcentajes. Por vía Laparoscópica 190 cirujanos lo hacen en forma habitual y utilizan 2 puertos el 22.45%, 3 puertos el 28.86% y 4 puertos el 48.4%. El índice promedio de conversión es del 12.3% y las causas de mayor a menor son: Sangrado (58%), anatomía difícil (36.16%), problemas técnicos (24%). Los tiempos de cirugía son hasta 40 min. en el 25.57%, de 41 a 80 min. en el 62.59% y más de 81 min. sólo el 11.83%. En forma habitual hacen cirugía abierta convencional 130 cirujanos y el tipo de abordaje que prefieren es Kocher en 78.3%, media 21.3% y paramedia en sólo el 0.3%. El tamaño de la incisión varía de 4 a 8 cm. en el 57%, de 9 a 12 cm. en el 28.5% y de 13 hasta 18 cm. en el 14.2%. Los tiempos quirúrgicos fueron de hasta 40 min. el 24.13%, de 41 a 80 min. el 58.62% y más de 81 min. sólo el 17.24%. Los factores por los que prefieren esta vía son: No cuentan con equipo (52.88%), bajo costo (29.8%), sin adiestramiento (6.25%), mayor experiencia (5.7%) y mayor seguridad (5.2%). **Conclusión:** Son muchos los datos que nos muestra este trabajo, por ejemplo; edad profesional más productiva y equitativa es de los 11 a los 20 años, la gran mayoría trabaja tanto en el medio privado como público. Contra lo que se piensa, el 28.33% prefiere la cirugía abierta convencional y tenemos un índice de conversión del 12.3%, lo que significa que de 10 colecistectomías, 4 son en forma abierta tradicional.

TL-157

EXPERIENCIA EN DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICA CON CPRE EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE LA SECRETARÍA DE SALUD

Zarain A, Prado E, López CA. Servicio de Cirugía y Endoscopia. Hospital General de Puebla, HGP

Introducción: La CPRE es útil en diagnóstico y terapéutica en diversos padecimientos. **Pacientes y métodos:** Revisión retrospectiva y prospectiva de todas las CPRES realizadas en HGP de marzo/99-mayo/04, resultados en promedios y porcentajes. **Resultados:** 142 pacientes, 47 hombres 95 mujeres. Diagnósticos: Sospecha de coledocolitis (CL) 101 (71.2%), CL residual 39 (27.6%), CL + colangitis 6(4.2%), ictericia 20 (14%), pancreatitis biliar 10 (7%), otros 5. Diagnósticos finales CL 75 (52.8%), dilatación VB 15 (10.5%), cáncer 11 (7.7%), otros 23. Además 18 normales (18.65%). Se realizaron: canulación exitosa 140 (98.6%). 26 (18.5%) sólo diagnóstica y 114 (81.4%) diagnóstica y terapéutica. Se realizaron CPRE + extracción 63 (44.3 %), CPRE + esfinterotomía 44 (30.9%), CPRE + endoprótesis 7(4.9%). En 5 aparecieron complicaciones (3.52%), mortalidad 2 (1.42%) (IAM y pancreatitis). Evolución final satisfactoria: 138/

140 (98%). **Discusión:** La CPRE fue indicada en la mayoría de casos por padecimientos benignos (94.4%), en particular por sospecha/ó confirmación de CL. En prácticamente todos los casos se consiguió canular (98.6%). El porcentaje de procedimientos satisfactorios también fue muy elevado, las complicaciones (3.52%) y la mortalidad (1.42%) son aceptables y de acuerdo a la literatura. **Conclusiones:** La CPRE resultó ser un procedimiento útil en diagnóstico y terapéutica de padecimientos benignos/malignos de la vía biliar y pancreática en un hospital de segundo nivel de atención.

TL-169

COLECISTECTOMÍA ABIERTA MICRO-LAPAROTÓMICA (3 CM), CON ANESTESIA LOCAL NO LAPAROSCÓPICA

Priego G, Fonseca H, Cottena G, Zapata R, Bernard O. Servicio de Cirugía General, Hospital Lomas Providencia, Guadalajara, Jal.

Introducción: La Colecistectomía total es la cirugía intra-abdominal programada que más frecuente se realiza. En la actualidad, el "Standard de Oro" es por vía laparoscópica, sin embargo existe un porcentaje de pacientes que, en nuestra serie corresponde al 4.0 %, pero que puede ser desde el 2% hasta el 18%, en que las condiciones críticas del paciente hacen peligroso el uso del laparoscopio y la opción de cirugía abierta, aunque viable, sabemos que conlleva, en ocasiones, más riesgos. Es en estos casos, todos ellos muy graves, que nos ponen "entre la espada y la pared" a la hora de tomar una decisión quirúrgica, ya que la mortalidad reportada en la literatura mundial se acerca al 35%. En este trabajo presentamos nuestra experiencia en Colecistectomía Abierta Micro-laparotómica (de Mínima Incisión de 3 cm.) con Anestesia Local y Sedación, realizada en el periodo de 1º de enero de 1998 al 31 de mayo del 2004 y en la que logramos disminuir en forma considerable este porcentaje de mortalidad. **Objetivo:** Demostrar la utilidad de esta técnica en los pacientes en que se hace imperativo extirpar la vesícula biliar, pero las condiciones de salud están muy deterioradas, ya que combina las ventajas de la anestesia local con la mínima incisión, y que sin ser Laparoscópica, tiene todas las ventajas de ésta, logrando disminuir la mortalidad a un 3.7%. **Material y métodos:** Se estudiaron en forma prospectiva 672 pacientes (557 mujeres y 115 hombres) de ellos, 27 en total que equivalen al 4% fueron sometidos a Colecistectomía Abierta con Anestesia Local y Sedación. La edad promedio fue de 56 años (37 a 97 años). A todos se les realizó incisión transversa subcostal derecha. De 3 cm. En el 60% fueron operados en forma de urgencia programada. La valoración operatoria mostró un ASA III y IV en %. El tiempo quirúrgico fue hasta de 60 min. en 78%. Las enfermedades asociadas más comunes fueron Obesidad extrema, cardiopatía isquémica, EPOC-Insuficiencia respiratoria severa, insuficiencia cardiaca. Las complicaciones fueron; infección de la herida 11.1%, lesión menor de la herida 7.4%. Sólo tuvimos una muerte (3.7%). El dolor post-quirúrgico fue moderado en 14 pacientes (51.8%). Encontramos gangrena vesicular en el 33%. **Resultados:** Comparando nuestros resultados, con los publicados en la literatura nacional y mundial nos queda claro que el tipo de anestesia local utilizada, el poco daño de la pared abdominal, el moderado dolor post-operatorio y las pocas complicaciones postoperatorias superan con creces a las otras dos técnicas con las que habitualmente realizamos esta cirugía. **Conclusión:** Al ver los resultados, creo que el uso de anestesia local aunado a la técnica de Colecistectomía de Mínima Invasión debe de ocupar un lugar en nuestro medio, tanto para los que realizan cirugía Laparoscópica como los que no. Su bajo índice de mortalidad así lo demuestra.

TL-174

IMPLICACIONES PRONÓSTICAS PARA PRESERVAR LA CONFLUENCIA DE LA VÍA BILIAR, DESPUÉS DE UNA LESIÓN IATROGÉNICA

Trabajos en Presentación Oral

Mercado MA, Hinojosa CA, Chan C, Orozco H, Ramos GG, Gálvez TR, Valdés VM. Servicio de Cirugía. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". México, D.F.

Antecedentes: La reconstrucción biliar se diseña según el nivel de lesión, después de una lesión completa el tipo de reconstrucción más utilizado es la hepatoyeyunoanastomosis (en Y de Roux). **Objetivo:** Comparar después de la reconstrucción biliar; los pacientes donde se conservó la unión con aquellos sin ésta. **Metodología:** Se efectuó una revisión retrospectiva de los expedientes de pacientes a quienes se les realizó una reconstrucción biliar después de una lesión iatrogénica entre 1990 y 2002. Se analizó el resultado postoperatorio, el estado funcional de la anastomosis, colangitis recurrente, la necesidad de instrumentación radiológica y/o reoperación. **Resultados:** Se revisaron 204 casos; 130 donde se conservó la unión y 74 en que la lesión afectó la unión; tratados con una hepatoyeyunoanastomosis en Y de Roux. En el primer grupo: 4% requirió reoperación, 4% requirió instrumentación radiológica percutánea, 8% presentó disfunción de la anastomosis, 4% colangitis y 82% presentó las pruebas de función hepática postoperatorias normales. En el segundo grupo: 24% necesitó reoperación y 80% instrumentación radiológica, la disfunción de la anastomosis se observó en 64% y colangitis en 55%, el 20% tenía pruebas de función hepática postoperatorias normales. Cincuenta y dos de los 74 casos tenían una historia de más de dos intentos de reconstrucción. **Conclusión:** La preservación de la unión después de la lesión iatrogénica, tiene una evolución significativamente mejor. Los resultados de reconstrucción biliar en este tipo de pacientes son buenos a largo plazo comparado con aquellos sin la unión, con menos requerimientos de reoperaciones e instrumentaciones radiológicas.

TL-176

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES Y CONVERSIONES DE COLECIESTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL HOSPITAL GENERAL DE TLALNEPANTLA

Urzúa VA, Ramírez OB, Ovando JE, Piña GMA, Aguilar SJ, Aznar AJ, Gómez-Cordero LR, Ortiz ZMA, García NR, González SPA, Pantoja JJA, Vargas VVM, Sandoval GCF, Escalona DMS

Objetivo: Conocer la incidencia de conversiones de colecistectomía laparoscópica en el Hospital General de Tlalnepantla. **Sede:** Hospital General de Tlalnepantla Valle Ceylán ISEM. **Antecedentes:** La colecistectomía laparoscópica se inicia en México en 1992 y la tasa actual de conversiones a nivel mundial es de 4.8%. las principales causas son: Hallazgo, dificultad en la disección y hemorragia transoperatoria en el Hospital General de Tlalnepantla, "Valle Ceylán" del Instituto de salud del estado de México se inician las colecistectomías laparoscópicas en el año de 1992, siendo los primeros en realizarlas a nivel estatal e incluir la técnica en el programa de postgrado de la especialidad. **Resumen:** Se revisaron los casos en 2 cortes, de 1992 a 1995 donde se revisaron al azar 40 colecistectomías laparoscópicas, en dos casos hubo lesión de colédoco con reparación tardía y 4 se convirtieron. la tasa de complicaciones fue de 5% y la tasa de conversiones del 10% por hemorragia en 2 casos y 2 por dificultad a la disección, el segundo corte de 2001 al 2003, se revisaron al azar 52 colecistectomías laparoscópicas con 2 conversiones (3.85%) una por hemorragia y la segunda por dilatación quística del cístico, no hubo lesión a la vía biliar. **Conclusión:** La muestra aunque pequeña, la tasa de complicaciones y conversiones son bajas. la técnica de disección, donde se busca de inicio el nacimiento cístico y no la vía principal puede ser la causa. La curva de aprendizaje es significativa si se toma en cuenta que en el procedimiento interviene personal en adiestramiento de la especialidad en Cirugía General.

TL-024

EL RECONOCER Y RECONSTRUIR EN FORMA TEMPRANA LAS LESIONES DE LAS VÍAS BILIARES EVITA COMPLICACIONES Y MUERTE DE LOS PACIENTES

Gust PH, Hermosillo SJM, Hernández HS, Gálvez GFJ, Vidal D, Miranda DA. Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente, Hospital General Regional 110 del IMSS, y Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara

Antecedentes: La principal causa de lesión de las vías biliares (LVB), es ilusión de percepción visual en 97% de los casos. El no reconocerlas o repararlas tempranamente, ocasiones cirrosis biliar secundaria que puede disminuir la vida de los pacientes con LVB. **Objetivo:** Analizar los resultados técnicos, clínicos, y moleculares de pacientes con LVB al momento de la reconstrucción de las vías biliares. **Pacientes y métodos:** De 45 pacientes sometidos a reconstrucción de vías biliares, de entre 6 y 10 semanas después de la LVB, a 14 que se les realizó biopsia hepática, se tiñeron las laminillas con tinción de Masson para cuantificación de tejido fibrótico, con Rojo Sirio para cuantificación del depósito de colágenas en el espacio de Disse hepático, y por PCR el RNA de colágena tipo 1 y 3 además de TGF β y SMAD-7. **Resultados:** Se encontró que 4 de ellos tuvieron múltiples ingresos al hospital, se re-intervinieron por lo menos en dos ocasiones y murieron de fibrosis biliar secundaria entre 2 y 9 años después. De los 14 pacientes que tuvieron biopsia hepática, la cantidad de fibrosis encontrada en 20 campos fue de 12 veces más fibrosis en comparación con pacientes normales. La cantidad de colágena aumentó de 7 a 10 veces y el RNA permaneció aumentado persistentemente. **Discusión:** El reconocer y reconstruir las LVB evita las complicaciones quirúrgica, la re-estenosis y el daño progresivo del hígado y evita el depósito de macromoléculas de la matriz extracelular en el espacio de Disse y la muerte de los pacientes.

TL-140

EXPRESIÓN ALTERADA DE E-CADERINA COMO PREDICTOR DE SOBREVIVIDA EN PACIENTES JÓVENES CON ADENOCARCINOMA GÁSTRICO POCO DIFERENCIADO

Torres VG,¹ Medina FH,¹ Soto S,¹ Salgado N,¹ Ramos G,¹ Reyes E,¹ Domínguez C,¹ Quintanilla L,² Luber B,³ Becker I,³ Friedrich K,² Höfler H,^{2,3} Fend F,³ Gamboa A.¹ ¹Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", México, D.F. ²Centro de Investigación-GSF para el Medio Ambiente y la Salud, Neuherberg Alemania, ³Universidad Técnica de Munich, Munich Alemania.

Antecedentes: La E-caderina es parte de la familia de las caderinas y es expresada en todas las células epiteliales. La disminución de la expresión de la molécula de E-caderina se ha encontrado en diversos cánceres y se ha reconocido por su valor pronóstico. **Objetivo:** Determinar el valor de la mutación de E-caderina como factor pronóstico en cáncer gástrico. **Material y método:** Se realizó un estudio retrospectivo en pacientes con diagnóstico histológico de adenocarcinoma poco diferenciado. Se analizaron las variables demográficas, clinicopatológicas y de tratamiento así como la mutación de E-caderina en las proteínas de los exones 8 y 9. Realizamos una comparación entre jóvenes, definidos estos como de 40 años o menores y pacientes mayores. La sobrevida global fue la principal variable analizada. El análisis estadístico fue mediante el programa SPSS 10.0. **Resultados:** Se identificaron 150 casos. La alteración en la expresión de E-caderina no fue estadísticamente significativa entre los grupos de edad (16.7% en jóvenes y 6.3% en mayores) ($p = 0.1$). La mediana de sobrevida para toda la cohorte fue de 19 meses: 12 meses en el grupo de jóvenes y 21 meses en el grupo de mayores ($p = 0.049$). **Conclusiones:** La alteración en la expresión de E-caderina fue un predictor de menor sobrevida altamente significativo en pacientes jóvenes (sobrevida media de 2 vs 15 meses; $p = 0.00001$) pero no en pacientes mayores.

TL-165

DETERMINACIÓN DE LIPOPEROXIDACIÓN Y CARBONILACIÓN EN TEJIDO POR INMUNOHISTOQUÍMICA, COMO MARCADORES

DE DAÑO OXIDATIVO EN UN MODELO EXPERIMENTAL DE LESIÓN POR ISQUEMIA-REPERFUSIÓN HEPÁTICA

Montalvo-Javé E, Ortega-Salgado A, Carrasco D, García F, Hernández-Muñoz R, Téllez M, Montalvo-Arenas C, Piña E. Departamentos de Cirugía, Biología Celular y Bioquímica. Facultad de Medicina. UNAM, Unidad de Cirugía General. Servicio de Urgencias Médico Quirúrgicas. Hospital General de México, Servicio de Cirugía Pediátrica y Patología. Instituto Nacional de Pediatría e Instituto de Fisiología Celular. UNAM.

Introducción y objetivo: La lesión por isquemia-reperfusión hepática (IRH) se produce cuando el hígado es despojado transitoriamente del aporte de oxígeno; al restablecerse el aporte de sangre al tejido isquémico aparece la lesión por reperfusión, caracterizada por una elevación de las especies reactivas del oxígeno (ERO). El objetivo del trabajo fue determinar el daño oxidativo, ocasionado por las EOR, estudiando la lipoperoxidación (LP) medida por la cuantificación de especies reactivas del ácido tiobarbitúrico (TBARS), carbonilación de proteínas (CP) y la actividad de enzimas de escape (EE) en un modelo de IRH total. **Material y métodos:** Se utilizaron 180 ratas Wistar machos, distribuidas aleatoriamente en diez grupos de estudio ($n = 18$), siendo el grupo I: control, II: SHAM y los grupos III-X los problemas, el III con isquemia de 30 m, del IV al X con isquemia de 30 m y reperfusión a 30, 60, 90 y 120 m, 4, 12 y 24 horas. Se tomaron biopsias hepáticas para cuantificar los niveles de TBARS y la CP de proteínas por inmunohistoquímica utilizando la 2, 4 dinitrofenilhidrazina y la medición de la actividad de EE (TGO, TGP, OTC, DHL) en suero. Mediante estudio histopatológico con tinción de HE, se evaluó: congestión vascular, infiltrado inflamatorio y necrosis hepática. **Resultados y conclusiones:** En comparación con los grupos I y II se demostró un incremento en los niveles de TBARS, EE y variables histopatológicas a los 60, 90 y 120 minutos postreperfusión. En la CP las células endoteliales venosas, la de Kupffer y hepatocitos fueron más afectados a los tiempos mencionados, correlacionando un mayor daño oxidativo y morfológico.

TL-152**COMPARACIÓN DE MATERIALES DE SUTURA EN ANASTOMOSIS INTESTINALES EN ESTADO DE DESNUTRICIÓN**

Medina-Sánchez S, Cárdenas-Lailson LE, Cervantes DJP. Hospital General "Dr. Manuel Gea González" Ciudad de México. División de Cirugía General

Antecedentes: Las suturas monofilamento presentan varias ventajas sobre las multifilamento. En el tracto gastrointestinal los materiales monofilamento no absorbibles son los que se acercan a la sutura ideal, ya que son hiperalergénicos y producen escasa reacción inflamatoria local. **Objetivo:** Comparar la presión de apertura del polipropileno contra la poliglactina-910 en anastomosis intestinal en un modelo experimental murino de desnutrición. **Material y métodos:** El experimento se realizó en ratas Wistar asignadas aleatoriamente al grupo polipropileno o al grupo poliglactina-910. Las variables independientes fueron uso de polipropileno o poliglactina-910, peso y tiempo quirúrgico. Las dependientes fueron presión de apertura, dehiscencia, estenosis y ulceración de la mucosa. Los datos se compararon con prueba exacta de Fisher y U de Mann-Whitney con un nivel de significancia de 5%. **Resultados:** Los grupos fueron similares en el porcentaje de pérdida ponderal y tiempo quirúrgico. La presión de apertura fue de $190 + 72.11$ mmHg en el grupo poliglactina-910 y de $162 + 58.52$ mmHg en el grupo polipropileno ($P = 0.485$). Existieron mayores porcentajes de defunción, dehiscencia de anastomosis y ulceración de la mucosa en el grupo poliglactina-910, pero sin significado estadístico ($P = 0.545$, $P = 0.545$ y $P = 1.00$, respectivamente). Las anastomosis del grupo polipropileno tendieron a ser más estenóticas, aunque tampoco se alcanzó un significado estadístico ($P = 0.455$). **Conclusiones:** En este modelo experimental murino de desnutrición las anastomosis con polipropileno presentaron resultados similares a los realizadas con poliglactina-910.

TL-151**DISMINUCIÓN DEL CRECIMIENTO VASCULAR EN ANASTOMOSIS INTESTINALES POR EXPOSICIÓN A TABACO**

Cárdenas LE, Figueroa AV, Pérez-Dosal M. Hospital General "Dr. Manuel Gea González". Ciudad de México. División de Cirugía Experimental

Antecedentes: Se han comparado resultados de no fumadores y fumadores con mayor cicatrización insatisfactoria en cirugía de mama, facial y ortopédica. No se ha evaluado el efecto del tabaquismo en cicatrización intestinal. **Objetivo:** Evaluar el efecto del tabaquismo en la cicatrización en anastomosis de intestino delgado-colon en ratas Wistar. **Materiales y método:** Ratones repartidos aleatoriamente a dos grupos (Expuestas a tabaco y control), dos subgrupos (anastomosis intestino delgado y anastomosis colon). El grupo experimental fue expuesto 8 semanas. En ambos grupos se realizó anastomosis en un plano con polipropileno 6-0. Siete días después se evaluó: dehiscencia anastomótica, presión de apertura, e histología. **Resultados:** Ambos grupos fueron comparables en peso y tiempo quirúrgico. Hubo menor crecimiento vascular ($P = 0.003$ /U de Mann-Whitney), menor depósito de colágeno ($P = 0.084$ /U de Mann-Whitney), mayor dilatación de linfáticos mesentéricos en grupo de tabaco ($P = 0.035$ /U de Mann-Whitney). **Discusión:** El tabaco tiene efecto vasoconstrictor que disminuye 30% la PaO_2 a nivel tisular. La propensión de fumadores a presentar complicaciones de herida quirúrgica ha sido observada en pacientes quienes se realizaron colgajos. Nosotros mostramos un efecto similar. **Conclusiones:** El tabaquismo afecta el proceso de cicatrización intestinal, disminuyendo el depósito de colágeno y el crecimiento vascular.

TL-136**HISTERECTOMÍA ABDOMINAL SIN SUTURAS. USO DEL SISTEMA DE SELLADO DE VASOS (LIGASURE). REPORTE DE 20 CASOS EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL**

López LJM, Basurto KEO, Ortega LLH, Zaldívar RR, Montalvo JE. Hospital General de México O.D. México D.F.

La histerectomía abdominal es de las técnicas quirúrgicas más frecuentes en el tratamiento de diversa patología ginecológica, sin embargo en la técnica estándar es necesario el empleo de suturas para ligar salpinges, ligamentos y vasos uterinos, ocasionalmente estos se deslizan predisponiendo a una hemorragia, que si sucede durante el acto operatorio se corrige, si ocurre en el postoperatorio es necesario reintervenir a la paciente, el desarrollo de la tecnología nos permite contar con nuevos dispositivos que ayudan al control y seguridad en la hemostasia facilitando la cirugía, uno de ellos es el sistema de sellado de vasos (Ligasure) que a través de electrodos bipolares que transmiten energía termoeléctrica funde la colágena y elastina tisulares, originando una zona de sellado en los vasos sanguíneos hasta de 7 mm de diámetro, asegurando la hemostasia a través de un mecanismo de retroalimentación; en el Servicio de Cirugía del Hospital General de México O.D. se cuenta con este equipo desde este año, se ha aplicado en diferentes técnicas quirúrgicas, principalmente en la histerectomía abdominal. En el periodo de abril a junio del 2004 se intervinieron 20 pacientes de histerectomía abdominal por miomatosis uterina, se utilizó esta nueva técnica con resultados satisfactorios, se disminuyó el uso de suturas, el tiempo quirúrgico, no hubo reintervenciones ni se requirió de hemotransfusión; sin embargo es prematuro emitir juicios sobre su aplicación extensa hacia otras técnicas, por el momento se considera que es una herramienta más para los cirujanos y que debe utilizarse en forma juiciosa.

TL-040**CIERRE PRIMARIO DE PERFORACIÓN ESOFÁGICA POR VÍA TORACOSCÓPICA EN CADÁVER: DISEÑO EXPERIMENTAL**

Ruiz SJ, Fregoso AJM, Farias LLOA, Evaristo MG, Hernández RR, Solano MH, Altamirano LMA, Candelas ODT, Rojas MMA, Orozco

AMO. Departamento de Morfología del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Departamento de Cirugía General. Hospital de Especialidades. Centro Médico Nacional De Occidente, IMSS. Guadalajara, Jalisco. México

Introducción: La perforación esofágica es una entidad patológica crítica y eventualmente puede llevar a la muerte. El manejo adecuado, dentro de las primeras 24 h, es lo ideal para realizar cierre primario tradicionalmente llevado a cabo mediante toracotomía. Día con día la cirugía de invasión mínima, gana terreno en nuevos abordajes, por lo que el toracoscópico, podría ser una buena alternativa, para realizar la reparación quirúrgica, en los casos de perforación esofágica a nivel torácico. **Material y métodos:** Se utilizaron cinco cadáveres frescos en el Departamento de Morfología del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, de la Universidad de Guadalajara. Se colocaron cuatro trócares de 10 mm: uno para la videocámara de 30 grados, otro para el retractor de pulmón y dos puertos de trabajo. Después de explorar la cavidad torácica correspondiente, se produjeron lesiones a nivel del tercio medio del esófago torácico, las que se repararon con puntos separados de prolene 3 ceros, con nudos intracorpóreos. **Resultados:** Se efectuó el mismo diseño experimental en los cinco cadáveres, realizando sutura esofágica en un promedio de 90 minutos. Se colocó cánula oroesofágica por donde se insufló el esófago, comprobando así la hermeticidad del cierre. **Discusión:** Este abordaje ofrece una buena alternativa, para la reparación de la perforación del esófago torácico, evitando posiblemente los inconvenientes de la toracotomía convencional y agregando las ventajas de la cirugía de invasión mínima. Por otro lado el realizarla en cadáver, constituye adicionalmente una fuente de práctica en técnicas quirúrgicas laparoscópicas.

TL-247

DRENAJE QUIRÚRGICO DEL ABSCESO HEPÁTICO AMIBIANO, ANTE FALLA AL TRATAMIENTO MÉDICO

Zarate FMJ. Hospital General de Zona No. 2, IMSS y Hospital General de la SSA. Salina Cruz, Oaxaca

Antecedentes: El absceso hepático amibiano continúa siendo un problema de salud en países subdesarrollados con condiciones sanitarias deficientes, la mayoría de ellos se resuelve médica mente. Deben operarse aquellos estén rotos, que presenten inminencia de ruptura, y falta de respuesta al tratamiento médico. **Objetivo del estudio:** Informar la experiencia en el manejo de pacientes con absceso hepático amibiano en hospitales generales de segundo nivel de atención medica. **Material y métodos:** Se revisaron los expedientes de enero del 2001 a diciembre del 2003 encontrando 50 casos de absceso hepático amibiano confirmados por ultrasonido, todos fueron tratados desde su ingreso médica mente, en 5 de ellos fue necesaria la intervención quirúrgica debido a falta de respuesta al tratamiento manifestado por la persistencia de la fiebre, dolor, estado de toxinfeción por más de siete días de tratamiento médico intravenoso agregándose datos de irritación peritoneal. **Resultados:** De los 50 pacientes 45 (90%) fueron masculinos y 5 (10%) fueron mujeres, el rango de edad fue de 15 a 70 años, el 80% de los casos presentó en absceso en el lóbulo derecho, el 20% en el lóbulo izquierdo y el 5% presentó absceso bilateral. Las manifestaciones fueron: dolor en hipocondrio derecho, dolor en epigastro, fiebre, náusea, vómitos, hepatomegalia, tumor palpable en epigastro, los hallazgos quirúrgicos fueron abscesos grandes con volumen de 500-2,000 ml de material espeso y natas de fibrina con datos de inflamación vecina importante, 2 de ellos (40%) en el lóbulo izquierdo y 3 (60) en el lóbulo derecho, 4 d los pacientes (80%) mostraron mejoría clínica inmediata posterior al drenaje y en un caso (20%) persistió la sintomatología por 7 días, ninguno murió. **Conclusiones:** A pesar del tratamiento multidisciplinario con medicamentos antiambianos de administración intravenosa, el 10% de los casos tuvo que drenarse quirúrgicamente después de 7 días de tratamiento, según los hallazgos quirúrgicos, la enfermedad estaba muy avanzada, los abscesos contenían líquido muy espeso con fibrina y detritus celulares.

TL-051

CORRELACIÓN ENTRE LA ACTIVIDAD DE LAS GELATINASAS (MMP-2 Y MMP-9) Y LA RESPUESTA A LA RADIOTERAPIA PREOPERATORIA EN PACIENTES CON ADENOCARCINOMA DE RECTO LOCALMENTE AVANZADO

Flores-Álvarez E, Luna-Pérez P, Trejo-Albarrán R, Martínez-García MC. Unidad de Investigación en Enfermedades Oncológicas-Servicio de Tumores Colorrectales, Hospital de Oncología, CMN Siglo XXI, México, D.F.

Antecedentes: El cáncer rectal es habitualmente diagnosticado en una fase avanzada. La radioterapia preoperatorio reduce la recurrencia y aumenta la sobrevida en un grupo de pacientes, la identificación de este grupo permitirá establecer oportunamente esquemas de tratamiento más específicos. **Objetivo:** Determinar la asociación entre la actividad de las gelatinasas y la respuesta a la radioterapia preoperatoria en pacientes con adenocarcinomas de recto localmente avanzado. **Material y métodos:** El estudio incluyó 27 pacientes con adenocarcinomas rectales uT3-4, tratados con radioterapia neo-adyuvante y cirugía con finalidad curativa. La actividad de MMP-2 y MMP-9, en sus formas inactiva y total se realizó por zimografía y bioensayos de actividad específica en tejido tumoral obtenido por biopsia antes del inicio de la radioterapia. La respuesta a la radioterapia se midió en el espécimen quirúrgico, se formaron 3 grupos: grupo 1, espécimen negativo (buena respuesta); grupo 2, tumor limitado a la pared rectal (respuesta parcial); y; grupo 3, tumor que infiltra hasta la grasa perirectal (mala respuesta). **Resultados:** Los grupos fueron similares en edad, sexo, variedad histológica del tumor, etapa clínica y forma de presentación clínica. Los tumores con buena respuesta a la RT tuvieron significativamente una mayor actividad de la MMP-9 total ($p = 0.03$). Observamos además una correlación entre el nivel de actividad de la MM-P total y la respuesta histopatológica en el espécimen quirúrgico ($p = 0.01$). **Conclusiones:** La actividad de MMP-9 total se asocia a la respuesta de la radioterapia en pacientes con adenocarcinomas rectales localmente avanzados. Es la primera evidencia de que MMP-9 es útil como marcador para predecir la respuesta a la radioterapia.

TL-052

UTILIDAD DEL SUBSALICILATO DE BISMUTO EN EL TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA SECUNDARIA A PROCTOPATÍA POST-RADIACIÓN

Coyoli O, Cruz C, Gijón J, Toledo C, Herrejón JM, Sepúlveda R, Martínez A, O'Farril R, Sánchez A. Servicio de Coloproctología. Hospital Regional ALM, ISSSTE

La proctopatía postradiación (PPR) se presenta como una complicación frecuente en pacientes sometidos a radioterapia, el tratamiento de su manifestación más frecuente, la hemorragia, constituye un reto importante. **Objetivo:** Establecer la utilidad del empleo de subsalicilato de bismuto (SSB) en el tratamiento del sangrado en la PPR. **Pacientes y métodos:** Estudio prospectivo con pacientes con el diagnóstico de PPR de al menos 6 meses de evolución con presencia de hemorragia desencadenada ante la presencia de evacuación y falla ante el tratamiento con Mesalazina vía tópica y sistemática, se realizó estudio endoscópico diagnóstico y posteriormente la utilización de 60 ml SSB por vía tópica en forma de enema, diariamente por 7 días y posteriormente cada 48 horas por 7 días, se consideró como éxito en el tratamiento la mejoría en la presencia de sangrado y elevación en las cifras de hemoglobina. Se utilizó estadística paramétrica y no paramétrica para evaluar la eficiencia en la utilización del tratamiento. **Resultados:** Se incluyeron dentro de este estudio a 22 pacientes, 15 del sexo masculino y 7 del sexo femenino, la edad promedio fue de 63 años, los diagnósticos previos fueron CA de próstata en 15 pacientes y CACU en 7 pacientes, el tiempo promedio de duración de la sintomatología fue de 3.4 meses. Se observó disminución en la sintomatología en el 65% de los casos durante la primera semana del tratamiento y ausencia del sangra-

do en el 85% a la segunda semana del tratamiento, se obtuvo mejoría en las cifras de hemoglobina en 7 pacientes de 8.3 g/dl a 11.4 g/dl el tiempo promedio de seguimiento fue de 193 días. Se observó recidiva en el 42% de la totalidad de la muestra, ameritando posterior manejo quirúrgico por cirugía derivativa en 4 pacientes. No se registraron efectos adversos. **Conclusión:** El empleo de subsalicilato de bismuto es efectivo para el control agudo de la hemorragia en la PPR con resultados similares a otros métodos pero con mayor recidiva.

TL-054

LA CIRUGÍA AMBULATORIA COMO ALTERNATIVA ÚTIL EN EL TRATAMIENTO DE LOS PADECIMIENTOS ANORRECTALES

Cruz C, Martínez A, Coyoli O, Herrejón JM, Toledo C, Sepúlveda A, González S, O'Farrill R, Sánchez A. Hospital Regional Adolfo López Mateos ISSSTE

La cirugía ambulatoria constituye una alternativa importante que se emplea con éxito desde principios del siglo XX, su papel en el manejo de los padecimientos ano rectales en aun sujeto de evaluación. **Objetivo:** Conocer la utilidad del tratamiento mediante cirugía ambulatoria de padecimientos ano rectales en nuestro país. **Pacientes y métodos:** Se realizó un estudio prospectivo a nivel nacional en 10 hospitales de tercer nivel y 40 hospitales de segundo nivel mediante el diseño de un programa de cirugía ambulatoria en el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2002 y el 15 de marzo del 2004, se consideraron como variables de interés edad, sexo, tipo de procedimiento realizado, presencia de complicaciones, diferimiento para programación, ahorro en días cama, reincorporación y satisfacción del paciente, se utilizó estadística inferencial, pruebas paramétricas y no paramétricas, análisis univariado y multivariado, se consideró como significancia estadística a $p < 0.05$. **Resultados:** Se incluyeron para la realización de este estudio a 3,286 pacientes de los cuales el 62% (2,037) pertenecían al sexo femenino y el 38% (1,249) al sexo masculino, la edad promedio fue de 37 años ± 28. Los procedimientos realizados fueron, hemorroidectomía en el 78% (2,563), fisurectomía en el 12% (394), fistulectomía en el 7% (230) y otros en el 3% (9). Se registró algún tipo de complicación en 6 pacientes que representan el 0.2% sin que ninguno de los casos ameritara resolución quirúrgica. El tiempo promedio de diferimiento a nivel nacional se redujo de 35 a 8 días, se presentó un ahorro de 6,572 días cama lo que representó economía en \$9'772,000. El tiempo promedio de incapacidad por procedimiento fue de 17.3 días obteniéndose un nivel de satisfacción del 96%. **Conclusión:** La cirugía ambulatoria constituye una alternativa eficaz en el tratamiento de los padecimientos ano rectales, con presencia de mínimas complicaciones, elevado índice de satisfacción y ahorros significativos en costos y tiempo de espera.

TL-045

PROCEDIMIENTO DE RIPSTEIN LAPAROSCÓPICO EN CADÁVER

Ruiz SJ, Fregoso AJM, Farias LLOA, Sandoval PJI, Solano MH, Hernández RR, Evaristo MG, Altamirano LMA, Candelas ODT, Orozco AMO. Departamento de Morfología del Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. Departamento de Cirugía General. Hospital de Especialidades. Centro Médico Nacional de Occidente. Guadalajara, Jalisco. México

Introducción: El procedimiento de Ripstein ampliamente utilizado en el prolapsus rectal, presenta buenos resultados en incontinencia fecal y al mismo prolapsus. Sin embargo, hay complicaciones en un 30%, la más frecuente es la constipación, existen otras como la oclusión intestinal o ligadura de uréteres. Es necesario continuar depurando la técnica y buscar nuevas alternativas, por ello se recurrió a un modelo en cadáver. **Material y métodos:** Se utilizaron 5 cadáveres, realizando el procedimiento por vía laparoscópica, las vías de acceso; un trócar de 12 mm inframamábil (lente de 30°), trócar de 12 mm en fosa ilíaca derecha y otros 2 en ambos flancos.

Se continuó con la disección del recto, movilizando los pliegues peritoneales laterales hasta las arterias hemorroidales medias. Se colocó malla de Marlex de 4 x 6 cm, la que se fijó con puntos simples de prolene 00 a la aponeurosis presacra a 5 cm por abajo del promontorio en ambos lados, finalmente otros dos puntos para fijar la malla a la pared del recto. **Resultados:** El tiempo promedio de la realización de la técnica fue de 150 min, y se pudo realizar de manera completa y satisfactoria en todos los procedimientos. Los tiempos quirúrgicos mejoraron comparando el primer procedimiento con respecto al último que se realizó, logrando disminuir el tiempo quirúrgico prácticamente por mitad de 190 min en el inicial a 110 min en el último caso. **Discusión:** El tratamiento quirúrgico mediante cirugía laparoscópica es una alternativa atractiva. En cadáver se demostró su factibilidad y limitaciones técnicas.

TL-154

EXPERIENCIA DEL HOSPITAL GENERAL “MANUEL GEA GONZÁLEZ” EN CIRUGÍA ANORECTAL AMBULATORIA

Argüelles SE, Blas FM, Covarrubias RJ, Rosales GV, Fulda GS, Palafox R JA. Hospital General “Dr. Manuel Gea González” Ciudad de México. División de Cirugía General

Antecedentes: Se estima que el 4-5% de la población padece alguna patología anorrectal. En algunos países el 90% de la cirugía anorrectal se lleva a cabo de manera ambulatoria, en México esta conducta todavía no es adoptada de manera rutinaria. **Objetivos:** Valorar eficacia y seguridad de cirugía anorrectal ambulatoria. **Material y métodos:** Se realizó un estudio prospectivo, observacional, longitudinal de enero del 2003 a enero del 2004 en los que se protocolizó el manejo de todos los pacientes que ingresaron al servicio con patología anorrectal. Se registraron variables epidemiológicas, diagnóstico, procedimiento, tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria en horas, complicaciones tempranas y tardías, reoperaciones, readmisiones, control del dolor. **Resultados:** Se operaron 99 pacientes con edad media de 46 años, 26 hemorroidectomías, 42 fistulotomías, 31 fisurectomías con esfinteroplastía. El tiempo quirúrgico fue de 34 + 9 min. Estancia hospitalaria de 6 h. Las complicaciones fueron retención urinaria 11 (12%), sangrado tardío 4 (4%), sangrado temprano 3 (3%), infección de herida 2 (2%). Se suspendió egreso temprano en 3 pacientes por sangrado. Reingresaron dos pacientes por dolor. **Conclusiones:** La cirugía anorrectal ambulatoria es un procedimiento eficaz y seguro con baja tasa de complicaciones y satisfacción adecuada de los pacientes, puede recomendarse su uso rutinario en instituciones hospitalarias de países como el nuestro.

TL-193

ESFINTEROPLASTÍA EN INCONTINENCIA ANAL

Medina MJL, Lio SUO. Servicio de Cirugía Centro Médico Nacional del Noreste, Hospital de Especialidades Núm. 25 del IMSS, Monterrey, NL.

Antecedentes: Existen tres categorías de manejo quirúrgico: se puede realizar cerclaje del ano, los músculos elevadores pueden ser imbrincados y la reparación directa de la porción anterior del esfínter anal externo, el músculo dañado puede ser imbricado o reparado. **Objetivo:** Evaluar los resultados de la esfinteroplastía anal en la incontinencia en los pacientes sometidos a este procedimiento en el Centro Médico Nacional del Noreste. **Material y métodos:** Veinticuatro pacientes a los que se les realizó esfinteroplastía fueron sometidos a revisión, ocho pacientes de sexo masculino y diecisésis de sexo femenino, la mayoría con antecedentes de cirugías previas, trauma obstétrico y trauma perineal fueron revisados trauma obstétrico 6 (25%), fistulectomía 11 (45.8%) hemorroidectomía 2 (8.3%) esfinterotomía 1 (4.1%) cirugía urológica 1 (4.1%). **Resultados:** En tres pacientes (12.5%) no se observó mejoría del estado de incontinencia 5 pacientes (20.8%) con retención de evacuaciones e incontinencia ocasional a gases y en 16 pacientes (66.7%) se observó buena evolución. **Conclusiones:** Los resultados del procedimiento son similares a los reportes mundiales, la esfinteroplastía continúa siendo una técnica aceptable para el manejo de la incontinencia.

TL-248

COMPARACIÓN DE LA APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA VS APENDICECTOMÍA ABIERTA EN LA APENDICITIS AGUDA COMPLICADA

Fernández J, Daza JL, Martínez-Ulloa J, Baqueiro A, Dorantes M. Servicio de Gastrocirugía. Hospital Español de México. México, D.F.

Introducción: Las indicaciones de apendicectomía laparoscópica todavía son motivo de controversia e incluyen al paciente obeso y a la mujer en edad reproductiva. El abordaje de la apendicitis complicada por laparoscopia es hoy en día motivo de estudio. **Diseño:** Estudio longitudinal, retrospectivo, descriptivo y observacional, en un periodo de 42 meses. **Objetivo:** Analizar la factibilidad del manejo laparoscópico de la apendicitis aguda complicada. **Material y métodos:** Se analizaron 804 pacientes sometidos a apendicectomía abierta (AA) o apendicectomía laparoscópica (AL) con diagnósticos preoperatorios de apendicitis aguda, laparotomía exploradora o como laparoscopia diagnóstica, de enero del 2000 a junio del 2003. Se incluyeron 84 pacientes que tuvieron apendicitis aguda complicada, definida por la presencia de absceso o peritonitis generalizada. **Resultados:** Se trataron a 46 pacientes mediante AL y 38 pacientes con AA. No existe diferencia en lo que se refiere a edad y sexo. Ambos grupos fueron similares en cuanto a sus antecedentes y estudios de gabinete. En cuanto a los días de evolución preoperatoria, el grupo de AL tuvo una media de 2.78 días comparados con 3.59 días en el de AA ($p = 0.0037$). El número de días postoperatorios en el grupo de AL fue de 2.92 días contra 5.8 días en el de AA. El total de días de estancia intrahospitalaria fueron de 5.7 días en el grupo de AL contra 9.39 días en el AA ($p = 0.00013$). El tiempo quirúrgico en el grupo sometido a AL fue de 155 minutos y el tratado con AA fue de 94 minutos. ($p = 0.0000088$). Se manejo esquema doble de analgesia, consistente en la administración de AINE's (ketorolaco, metamizol) por vía intravenosa cada 8 horas; más en caso de dolor cada 12 h. No se encontró diferencia significativa en la administración de analgésicos en forma horaria. Sin embargo, se administró analgésicos en caso de dolor a 15 pacientes (32.6%) del grupo laparoscópico contra 18 pacientes (47.3%) en el grupo abierto ($p = 0.169$). El inicio de la dieta fue similar en ambos grupos, en el grupo AL a los 2.09 días y a los 1.7 días en el grupo de AA ($p = 0.38$). Se convirtieron 6 pacientes del grupo de AL (14.7%). Las complicaciones se dividieron en menores y mayores. En el grupo AL se presentaron 16 complicaciones menores contra 9 en el grupo AA ($p = 0.269$). Entre las complicaciones mayores se presentaron 3 complicaciones mayores en el AA y ninguna en el AL; se reintervino a un paciente del grupo AA por oclusión intestinal secundaria a adherencias. La mortalidad del grupo AL fue de 0 contra 2 pacientes en el AA, los cuales eran pacientes seniles. **Conclusiones:** El tratamiento de la apendicitis complicada por laparoscopia es un abordaje factible, estos pacientes tienen una evolución post operatoria más corta y con menos dolor. Permanecen menos días admitidos en el hospital. El retorno a la vida normal activa es más rápido. Presenta bajos índices de conversión y baja morbi-mortalidad.

TL-095

CATETERISMO DE LA ARTERIA HEPÁTICA POR VÍA LAPAROSCÓPICA PARA TRATAMIENTO DE METÁSTASIS HEPÁTICAS. ¿ES LA MEJOR OPCIÓN?

Treviño CJM, Franklin ME Jr. Texas Endosurgery Institute

Introducción: La enfermedad metastásica del hígado está presente en 20-30% de los pacientes al momento del diagnóstico de cáncer de colon. El único método curativo para este tipo de pacientes es la resección hepática, con una supervivencia a 5 años del 30%, sin embargo sólo un 10% de estos pacientes son candidatos a la resección, esto por el tamaño de los tumores, malignidad bilobar, invasión vascular, pobre reserva hepática o malas condiciones del paciente. Pero a pesar de que no existe uniformidad en el abordaje para este tipo de pacientes, la quimioterapia sistémica continúa siendo el tratamiento de elección, con una supervivencia de aprox. 11.3 meses después del diagnóstico. Estos pobres resultados nos obligan a buscar abordajes terapéuticos efectivos para incrementar la calidad de vida y la supervivencia de estos

pacientes. **Material y métodos:** De 1993 al 2004 veintisiete pacientes (16 hombres y 11 mujeres) fueron sometidos al cateterismo de la arteria hepática laparoscópica (CAHL). La edad media fue de 64.9 años (46-82 años). 24 pacientes (88.8%) tenían enfermedad bilobar. El diagnóstico primario fue cáncer de colon metastásico que contraindicaba la resección hepática. Hubo 3 casos de cáncer no colónico (un cáncer duodenal, un cáncer de próstata y un colangiocarcinoma). Se realizaron 40 procedimientos mayores laparoscópicos en el mismo tiempo quirúrgico: 12 colectomías, 2 resecciones hepáticas, 25 colecistectomías y una gastro-yejuno anastomosis con exclusión duodenal. **Resultados:** El tiempo quirúrgico promedio fue de 186 minutos (125-290 min), el sangrado aproximado fue de 151 cc (20-300 cc). El cateterismo de la arteria hepática por sí solo promedió 45-55 minutos, 16 pacientes (59.2%) iniciaron la infusión intra-arterial del tratamiento quimioterapéutico inmediatamente después de la cirugía, en recuperación, como un protocolo preestablecido. La estancia hospitalaria fue de 8.4 días en promedio. El seguimiento es de 1 a 36 meses con una media de 8.1 meses. 20 pacientes mostraron regresión en las metástasis por criterio tomográfico y en 18 pacientes el ACE se incrementó al primer mes de seguimiento. **Conclusiones:** El cateterismo de la arteria hepática por vía laparoscópica (CAHL) para el tratamiento de metástasis hepáticas es una técnica segura, que se puede llevar a cabo con complicaciones mínimas. El CAHL parece ser la mejor opción para la quimioterapia loco-regional en pacientes con metástasis hepáticas irrecesables en el momento del diagnóstico y puede ser realizada en el mismo tiempo quirúrgico que la resección primaria del cáncer.

TL-205

RESECCIÓN HEPÁTICA. EXPERIENCIA EN 10 AÑOS

Gómez-Gómez E, Mondragón-Sánchez R, Bernal-Maldonado R, Mondragón-Sánchez A, Martínez-González MN. Coordinación Quirúrgica, Centro Médico ISSEMYM. Metepec, México, D.F.

Antecedentes: La resección hepática es un procedimiento delicado. Es la forma ideal de tratamiento de las lesiones malignas de hígado y de las lesiones benignas sintomáticas. **Objetivo:** Revisar los expedientes clínicos de los pacientes a quienes se les realizó resección hepática en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) y en el Centro Médico ISSEMYM (CMI) en el periodo de septiembre de 1992 a enero de 2004. **Material y métodos:** Se analizaron variables epidemiológicas, el tipo de lesiones resecadas, el tipo de resección hepática, variables quirúrgicas, así como la morbilidad y la mortalidad operatoria de todos los pacientes a quienes se les realizó resección hepática en el Departamento de Gastroenterología del INCan y de la Coordinación quirúrgica del CMI un periodo de 10 años. **Resultados:** Se realizaron de 168 resecciones hepáticas en 163 pacientes, de los cuales 110 pacientes fueron mujeres y 52 hombres, con un promedio de edad de 49.4 años (rango 15 a 88 años). El tipo de lesión resecada era metástasis hepáticas en 62 (36.9) resecciones, resecciones por cáncer de vesícula biliar en 26 (15.4%), hemangioma en 24 (14.2), hepatocarcinoma en 22 (13%) y otras lesiones en 23 (13.6%). El tipo de resección hepática realizada fue hepatectomía derecha en 35 (20.8%), hepatectomía izquierda en 28 (16.6%), segmentectomía en 28 (16.6%), segmentectomía lateral izquierda en 19 (11.3%), trisegmentectomía derecha en 17 (10.1%), resección no anatómica en 11 (6.5%) colecistectomías ampliadas en 11 (6.5%), enucleación en 10 (5.9%) y trisegmentectomía lateral izquierda en 9 (5.3%). Se utilizó ultrasonido intraoperatorio en 30 pacientes (17.8%). El tiempo de isquemia promedio fue de 35 minutos (rango: 0 a 120 minutos), el sangrado trasoperatorio promedio fue de 1,359 ml (rango: 20 a 10,000 ml), el tiempo quirúrgico promedio fue de 225 minutos (rango: 50 a 600 minutos), los días de estancia intra hospitalaria promedio fueron de 6.5 días (rango: 1 a 39 días). Se presentaron complicaciones en 47 pacientes (27.9%), siendo la más frecuente hemorragia en 18 pacientes (10.7%), seguido de insuficiencia hepática en 6 (3.5%). Se presentó mortalidad operatoria en 13 pacientes (7.7%). **Discusión:** La resección hepática es un procedimiento seguro con morbilidad y mortalidad aceptable. **Conclusiones:** El paciente mayor de 70 años con enfermedad hepática preexistente debe ser evaluado cuidadosamente, ya que representa los grupos de mayor riesgo.

TL-186

TRAUMA HEPÁTICO Y LESIONES ASOCIADAS

Cárdenas-Martínez G, Rodríguez-Ortega MF, Villafan QRE, Hiromoto CM, Delgadillo GS. Hospital Central de la Cruz Roja Mexicana "Guillermo Barroso Corichi"

Objetivo: Describir las características quirúrgicas de las lesiones hepáticas, tratamiento realizado, lesiones asociadas y morbi-mortalidad. Sede: Hospital Central de la Cruz Roja Mexicana "Guillermo Barroso Corichi". Diseño: Retrospectivo y observacional. **Pacientes y métodos:** Fueron revisados los expedientes clínicos de 87 pacientes con antecedente de trauma abdominal contuso y lesión hepática registrados de marzo del 2000 a marzo de 2004. se analizaron las siguientes variables: mecanismo de lesión, género y edad, grado de lesión, segmento hepático afectado, tipo de tratamiento quirúrgico, lesiones asociadas, estancia hospitalaria y mortalidad. **Resultados:** El 74.7% (65) fueron hombres, 22 (25.2%) mujeres, la lesión más frecuente fue la grado III (32.2%) seguido de las grado II, y el segmento más afectado fue el VI (25.4%) y VII (25.4%). Las lesiones asociadas más frecuentes fueron intraabdominales (bazo y retroperitoneo) y traumatismo craneoencefálico. Hubo 33 (37.9%) defunciones. **Conclusión:** Una correcta evaluación clínica, empleo de lavado peritoneal diagnóstico y una decisión temprana de empaquetamiento peri hepático; han contribuido a una disminución de la morbi-mortalidad.

TL-187

ABSCESO HEPÁTICO, COMPARACIÓN DE TRATAMIENTO INVASIVO VS MÉDICO, EXPERIENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALTILLO

Gámez R, Alustiza JI, Zambrano P, Zambrano J. Hospital Universitario de Saltillo, Universidad Autónoma de Coahuila

Antecedentes: El absceso hepático es infrecuente en países desarrollados, se reporta 6 a 7 casos por 100,000 ingresos en USA, en México dista mucho de considerarse erradicado a pesar de los tratamientos existentes. El objetivo es describir la experiencia de tratamiento en absceso hepático, descripción de la serie y sus variantes, así como análisis costo beneficio de las diversas modalidades terapéuticas, incluyendo una revisión de la literatura. **Material y métodos:** Se analizan de forma prospectiva y descriptiva la serie de 23 casos con absceso hepático de diversa etiología durante febrero 2002 a mayo 2004 en el Hospital Universitario de Saltillo, considerando el método de diagnóstico, ultrasonido, tomografía, serología, cultivo, biopsia se hizo énfasis en la decisión definitiva de tratamiento basándose en la respuesta clínica del absceso ante el manejo conservador, considerando como alternativas la punción percutánea y el drenaje abierto. **Resultados:** Se incluyen 23 pacientes, todos se detectaron con ultrasonido, procediendo a manejo conservador con resolución del cuadro sin necesidad de drenaje en 9 de ellos, 11 requirieron drenaje percutáneo guiado por TAC y 2 laparatomía y 1 toracoscopia. Como etiología del absceso se encontraron: 12 por *Entamoeba histolytica*, 7 de etiología mixta y 3 indeterminados. **Análisis y conclusiones:** Se encuentra una factibilidad para realizar drenaje percutáneo del mismo al no haber respuesta al tratamiento conservador, con ventajas indiscutibles sobre el drenaje abierto, la evolución clínica, necesidad de medicamentos, costo económico y estancia intrahospitalaria.

TL-254

LA DISMINUCIÓN DE LA LESIÓN HEPÁTICA INDUCIDA POR HEMORRAGIA CON EL USO DE ÓXIDO NÍTRICO EXÓGENO, L-ARGININA, E INHIBICIÓN DE LA SINTASA INDUCIBLE DEL ÓXIDO NÍTRICO

Anaya-Prado R, Toledo-Pereyra LH, Walsh J, Guo RF, Reuben J, Ward PA. Borgess Research Institute, Trauma, Surgery Research Sciences and Molecular Biology; Departments of Surgery and Research, Michigan State University/Kalamazoo Center for Medical

Studies, Kalamazoo, Michigan; Department of Surgery, Michigan State University, East Lansing, Michigan; Department of Pathology, University of Michigan Medical School, Ann Arbor, Michigan

Objetivo: Investigar el papel del Óxido Nítrico y su capacidad de reducir la lesión hepática en un modelo de choque hemorrágico (CH). **Métodos:** Noventa y seis ratas Sprague-Dawley de entre 250 y 300 gramos fueron sometidas a un modelo de CH no controlado. Fueron incluidos seis grupos de animales ($n = 16$ por grupo). El diseño experimental consistió en el desarrollo de choque hemorrágico (3 ml/100g) en un periodo de 15 minutos; corte de cola (75%) y administración de la droga a los 30 minutos; reanimación hídrica (RH) con solución de Ringer Lactado (RL) para alcanzar una presión arterial media (PAM) de 40 mmHg; una fase hospitalaria de 60 minutos con hemostasia y RH con solución de RL para alcanzar una PAM de 70 mmHg; y un periodo de observación de 3 días. El tratamiento al inicio de la reanimación consistió en solución salina (grupos 1, 3); nitroprusiato de sodio (NP, 0.5 mg/kg) (grupos 2, 4); L-Arginina (300 mg/kg) (grupo 5); y L-N⁶-(L-Iminoethyl)lysina (L-NIL, 50 mg/kg) (grupo 6). Se evaluaron los siguientes índices: requerimientos hídricos para reanimación; presión arterial media (PAM); pruebas de función e histología hepática; expresión del RNAm de citocinas (IL-1 α , IL-1 β , TNF β , IL-3, IL-4, IL-5, IL-6, IL-10, TNF α , IL-2, IFN γ) en el hígado mediante Prueba de Protección de Ribonucleasa con Multisonda y; sobrevivencia a los tres días. **Resultados:** El NP, la L-Arginina y el L-NIL incrementaron significativamente la PAM y redujeron los requerimientos hídricos durante la reanimación después de hemorragia. Hubo una mejoría estadísticamente significativa en los estudios que demuestran lesión hepática y daño histológico. La sobrevivencia mejoró de un 40% en los controles a un 60% con el tratamiento con NP. Además, la expresión del RNAm de citocinas se redujo con el tratamiento con NP, L-Arginina y L-NIL. **Conclusión:** Estos datos sugieren que el limitar la disponibilidad de iNOS-NO con el donador exógeno de NO, nitroprusiato de sodio; y el inhibidor de iNOS, L-NIL, puede reducir la lesión hepática después de hemorragia severa, posiblemente entre otros efectos, por el barrido del radical superóxido (O_2^-) o bloqueando los efectos lesivos del TNF y otras citocinas inflamatorias. La L-Arginina también tuvo un efecto benéfico en la función y estructura hepática.

TL-088

ABSCESO HEPÁTICO EN HOSPITAL GENERAL NAUCALPAN
Zendejas HJC. Servicio de Cirugía General, Naucalpan

El absceso hepático presenta etiologías variadas como bacteriano, parasitario, o debido a hongos. secundarios a infestación por amibas, en zonas endémicas, o con hábitos higiénico dietéticos deficientes, y los bacterianos por sepsis intestinal, biliar, o generalizada etc., se revisan los casos de abscesos hepáticos del mes de marzo del 2000, al mes de enero del 2004, en el Servicio de Cirugía del Hospital General Naucalpan. Tipo de estudio prospectivo, observacional, tangencial. Se captan un total de 54 casos, de los cuales el 44.4% pertenecen al sexo femenino, y el 55.5 % del sexo masculino, las edades oscilaron de 17 años a 65 años. La etiología fue: amebiano el 40.7%, bacteriano 16.6% y mixto del 42.5%. La sintomatología: dolor en hipocondrio derecho 90%, náuseas: 65%, vómito: 40%, escalofrío: 30%, fiebre 45%. ictericia, 20%. USG: 100%, TAC: 60%, laboratorio: 100%, que incluye BH, QS, TP, TPT, serología, EGO, y coproparacitoscópico en algunos pacientes. Manejo médico en el 100%, quirúrgico: en el 70%, con una mortalidad del 3.7% secundaria a sepsis generalizada. La cirugía consistió en drenaje abierto con colocación de drenajes pasivos. Los días de estancia fueron de 4 días como mínimo hasta 28 días como máximo, las complicaciones además de la mortalidad, fueron dehiscencia de herida quirúrgica, abscesos residuales, ictericia postoperatoria en un paciente. **Comentario:** el absceso hepático sigue siendo un reto para el cirujano, ya que es necesario realizar múltiples estudios de laboratorio y de gabinete tanto para el diagnóstico como para la monitorización, lo cual en instituciones de segundo nivel complica la toma de decisiones, además de las características higiénico dietéticas de los pacientes y situación económica que complica en gran medida su evolución.

TL-001

PUNCIÓN TEMPRANA DE ABSCESOS HEPÁTICOS AMEBIANOS

Avendaño AAA, Gil GG. Hospital Metropolitano "Bernardo Sepúlveda". San Nicolás de los Garza N.L.

Antecedentes: En México la amibirosis es endémica. La forma extraintestinal más frecuente, es el absceso hepático. El tratamiento de dicha patología, se encuentra aún en debate, se divide en médico y quirúrgico. En México tenemos una incidencia importante de dicha patología y tenemos un excelente campo de estudio. **Objetivo:** Evaluar los resultados terapéuticos con tratamiento médico y compararlo con el tratamiento con punción percutánea temprana. **Material y métodos:** Se evaluarán expedientes midiendo las variables de sintomatología, días de estancia intrahospitalaria, días que tarda en desaparecer la sintomatología y tratamiento empleado; comparado con el tratamiento con punción temprana percutánea, que se realizará a los pacientes que ingresen durante el periodo de abril del 2004 a diciembre del 2005. **Resultados:** Se analizaron 29 casos. El volumen de los abscesos fue de 419 ml. El tratamiento fue médico en 41.37%, laparotomía 44.82% y punción con yelco. El drenaje con yelco evacuó un volumen del 54% en promedio. Los días de estancia intrahospitalaria de 11.96. La sintomatología desapareció después de una semana. Tenemos 3 casos de punción percutánea con kit de drenaje, los días de estancia intrahospitalaria de 5 días, drenando el 100% del volumen y desapareciendo los síntomas 3 días después. **Conclusiones:** El índice de laparotomías por esta patología es muy alto y los días de estancia intrahospitalaria muy prolongados, la punción percutánea es una importante opción terapéutica.

TL-018

TERAPIA DE ANGIOGÉNESIS EN PACIENTES CON ISQUEMIA CRÍTICA EN EXTREMIDADES INFERIORES CON AUTOTRASPLANTE DE CÉLULAS MONONUCLEARES DE SANGRE PERIFÉRICA

González OA, Ramón LGG, Fuentes OC, López RMK, Cortés FA, Farías LIOA, Ruiz Chl, Brachet IO, Llamas MFJ, Montes de Oca NJ, Hernández LMI, Delgado LJL. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Unidad de Investigación Médica en Epidemiología, Banco Central de Sangre, Departamento de Hematología. Hospital de Especialidades CMNO, Guadalajara, Jalisco. México

Objetivo: Evaluar el efecto de las células mononucleares de sangre periférica (CMSP) para promover angiogénesis al autotransplantarse en músculos gemelos de extremidades inferiores con isquemia crítica. **Material y métodos:** Pacientes con enfermedad arterial periférica con isquemia crítica, no candidatos a manejo quirúrgico. Se realizó autotrasplante de CMSP obtenida mediante aférésis previa administración de factor estimulante de colonias de granulocitos (Filgastrim, 300 μ g/12hr, 4-6 aplicaciones intramusculares) hasta inducir leucocitosis ($>30,000$ cel/cc) aplicando en músculo gemelo de la extremidad afectada ($5.5\text{--}6.5 \times 10^9$ CMSP), tomando como control la extremidad contralateral, aplicando solución fisiológica. Las variables fueron: índice tobillo brazo (ITB), distancia de claudicación, ácido láctico sérico, basal y a las cuatro, ocho y doce semanas. **Resultados:** Se estudiaron tres pacientes cuyos valores promedio encontrados fueron: ITB (valor normal 1-1.2) basal 0.30, cuatro semanas 0.57, ocho semanas 0.61, 12 semanas 0.52; concentraciones de lactato sérico (valor normal 0.700-2.100 mmol/l), 3.466 basal, 2.733 cuatro semanas, 2.450 ocho y 12 semanas. Distancia de claudicación, basal de 69 metros, incremento a 72 a la semana 4, 94 en la octava y 102 en la doceava. **Conclusiones:** De los resultados obtenidos, la modificación de los parámetros clínicos y bioquímicos obtenidos, se puede inferir que las células mononucleares de sangre periférica pueden promover la angiogénesis en extremidades isquémicas. Se requiere un ensayo clínico controlado más amplio que valide los resultados observados, no obstante, no tenemos evidencia en la literatura de una metodología semejante a la nuestra, otros estudios se basan en la extracción celular directamente de médula ósea.

TL-145

UTILIDAD DE LA AMPUTACIÓN EN GUILLOTINA

González A, Lopez RF, Dávila CA, Gamino R, De la Garza L. Departamento de Cirugía. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". México D.F.

Introducción: La amputación en guillotina es un procedimiento provisional realizado en caso de infección severa intratable. Diversos estudios han demostrado que esta conducta disminuye la tasa de infección que el realizar una amputación primaria definitiva. El objetivo de este estudio es reportar nuestra experiencia en el uso de la amputación en guillotina en infecciones severas. **Material y métodos:** De 323 pacientes que requirieron una amputación mayor en un miembro pélvico entre 1997 y 2004. Doce (3.7%) requirieron una amputación en guillotina inicial. Se evaluaron características demográficas, comorbilidades, condición clínica al ingreso, manejo, evolución, complicaciones y resultado final. **Resultados:** Se amputaron 12 pacientes. El 66.6% eran del género masculino, con edades de los 26 a los 77 años. El 91% de los pacientes padecían diabetes mellitus de larga evolución con descontrol crónico y otras comorbilidades. El 75% presentaba amputaciones previas por episodios de pie diabético. A su ingreso, todos presentaban infección severa en el miembro pélvico afectado, 25% presentaban sepsis y otro 25% presentó choque séptico. La infección tuvo un promedio de 40 días de evolución. La media de días entre la guillotina y el procedimiento final fue de 7. Dicho procedimiento fue amputación infracondilea en el 75% y amputación supracondilea en el 25% restante. La mortalidad fue del 16%. No hubo complicaciones importantes. **Conclusiones:** Los resultados son similares a lo reportado en la literatura. El número de pacientes es pequeño pero podemos concluir que es una operación segura que conserva la articulación de la rodilla para una rehabilitación menos complicada.

TL-148

MICROORGANISMOS AISLADOS EN SECRECIONES BRONQUIALES OBTENIDOS POR BRONCOSCOPIA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Morales-Orozco Ch, Medina-Sánchez S, Argüelles-Sandoval E, Jiménez-Fuentes E, Trejo-Acuña J. División de Cirugía General, Hospital General "Dr. Manuel Gea González". México, D.F.

Antecedentes: La neumonía nosocomial es la infección que más contribuye a la mortalidad intrahospitalaria. Afecta del 0.5% al 2% de los pacientes hospitalizados. Se ha reportado que los microorganismos aislados en neumonías tempranas son: *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, bacilos Gram-negativos y *S. aureus* meticilina sensibles. En pacientes con uso previo de antibióticos son *S. aureus* meticilina-resistentes, *Acinetobacter* spp y *P. aeruginosa*.

Objetivo: Determinar la frecuencia de los microorganismos cultivados en aspirado bronquial obtenido por broncoscopia. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional. Se analizaron las broncoscopias en el Hospital, durante enero a septiembre de 2003, en pacientes mayores de 16 años. **Resultados:** Se incluyeron 49 broncoscopias efectuadas a 39 pacientes. 25 (64.1%) de sexo masculino y 14 (35.9%) de sexo femenino. Se obtuvieron cultivos positivos en el 83.67% (41 muestras de 31 pacientes). La indicación más frecuente de broncoscopia fue neumonía nosocomial (27 casos, 58%). Se aisló *S. aureus* en 11 (35%) de los 31 cultivos con sospecha de neumonía nosocomial. *P. aeruginosa* se aisló en 8 casos, *K. pneumoniae* y *C. albicans* se aislaron en 4 casos. No se reportó *S. pneumoniae*. 10 pacientes fallecieron; siendo las causas: choque séptico (30%), TCE (20%), septicemia diabética (20%), y mediastinitis, quemaduras y fascitis necrotizante en 10% respectivamente. **Conclusiones:** La indicación más frecuente para la realización de la broncoscopia fue la sospecha de neumonía nosocomial. *Staphylococcus aureus* predominó sobre *Pseudomonas aeruginosa* como agente causal de neumonía nosocomial.

TL-002**REFERENCIA TENDINOSA. UNA BUENA ALTERNATIVA QUIRÚRGICA EN LOS PACIENTES DE PIE DIABÉTICO CON NECROBIOISIS HÚMEDA**

Hernández GG, Tapia RJC, Portillo GA, García PM, Hernández RJL

Objetivo: Descripción de una nueva técnica (no referida en la literatura mundial) para evitar procesos infecciosos ascendentes en los procedimientos quirúrgicos en necrobiosis húmeda Wagner 2 y 3, reporte de 80 casos. **Sede:** Facultad de Medicina de Matamoros, Tamps, México y Clínica CAP. **Diseño:** Reporte de una serie de casos. Descripción de Técnica Quirúrgica. **Introducción:** Las cirugías más frecuentes en pie diabético frecuentemente implican cortes de tendones y sus vainas, y al existir un proceso infeccioso, puede ascender por los mismos, haciendo difícil el manejo, requiriendo cirugías ulteriores, inclusive amputaciones radicales. **Pacientes y métodos:** De marzo 1993 a septiembre 2003, hemos efectuado múltiples referencias tendinosas, en forma rutinaria. Incluimos 80 pacientes diabéticos, con pulsos palpables (excepto el pedio, que no se palpó en 10 pacientes, 12.5%). Clasificados como necrobiosis húmeda, etapas 2 y 3 de Wagner, índice tobillo/brazo mayor de 0.8. **Descripción de la técnica:** Se traccionía el o los tendones, se efectúa sutura en x reforzada, con prolene del 1-0 ó 2-0 , fijándose a tejidos contiguos con doble banda de micropore o con sutura en asa simple a piel contigua.

Resultados: Se incluyeron 80 pacientes con diabetes mellitus, los cuales 25 (31.25%) son insulinodependientes y 55 (68.75%) tienen diabetes mellitus tipo II. El tiempo de la DM fue: 70 (87.5%) menos de 10 años, y en 10 pacientes (12.5%) más de 10 años. 50 masculinos (62.5%) y 30 femeninos (37.5%). Edad de 24 a 82 años (media: 52 años). Localización de las referencias tendinosas: plantar 35 (43.75%), dorsal 15 (18.75%) dorso-plantar 20 (25%), afección de pierna 10 (12.5%); en éstos 2 últimos casos se efectuaron 2 referencias tendinosas, lo cual representa 110 referencias tendinosas en total. Toma de cultivos previa a cirugía únicamente en 15 pacientes (18.75%). Según la clasificación de Wagner: etapa 2 (sin afección ósea 30-37.5%) etapa 3, (62.5%) 50 pacientes; estos últimos con afección ósea radiológica o durante la cirugía. De 10 ó 14 días, sin actividad infecciosa clínicamente, se efectúa tenotomía, previa tracción, lo más proximal posible. No se toman como criterio decisivo cultivos. **Conclusiones:** En nuestra serie reducimos en forma importante la cantidad de infecciones proximales residuales. Nuestra técnica es sencilla, fácilmente reproducible, no agregamos morbilidad a la cirugía convencional, y puede efectuarse en cualquier hospital, con costos muy bajos.

TL-105**USO DE LA CLASIFICACIÓN DE WAGNER PARA PACIENTES CON PIE DIABÉTICO EN URGENCIAS DEL HOSPITAL METROPOLITANO, SSNL, SAN NICOLÁS DE LOS GARZA, NUEVO LEÓN, MÉXICO**

Guerrero VER, Trejo HEJ, Pulido RJ

Antecedentes: El síndrome de pie diabético es causa de morbilidad y discapacidad importante en pacientes con pie diabético. La clasificación de Wagner pretende ser un parámetro para el manejo de los diversos grados de lesión. **Objetivos:** Conocer la incidencia de pie diabético utilizando la clasificación de Wagner en los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias del Hospital Metropolitano. **Material y métodos:** Se incluyen todos los pacientes diabéticos conocidos o de reciente diagnóstico que acuden a la consulta de urgencias por lesiones de miembros pélvicos a los cuales se les dé el diagnóstico de pie diabético en el área de urgencias del Hospital Metropolitano. Se utiliza la historia clínica, la exploración física y estudios radiológicos para confirmar la presencia de gas u osteomielitis y poder asignar un grado de lesión utilizando la clasificación de Wagner del pie diabético . al momento se han revisado 39 casos de pacientes que cumplen estos requisitos al momento de su ingreso, pacientes que son tratados

según el grado de afección y evaluados por la consulta de pie diabético para su seguimiento y control. Se considera grado 0 al pie en riesgo, grado I al pie con úlceras superficiales sin infección clínica. grado II al paciente con úlcera profunda que afecta ligamentos, tendones, articulaciones o huesos, con o sin celulitis, grado III al paciente con abscesos profundos u osteomielitis, grado IV al paciente con gangrena localizada y grado V a la gangrena extensa del pie con alteraciones a nivel sistémico por el proceso infeccioso. **Resultados:** De los 39 casos revisados hasta ahora son 19 del sexo masculino (49%) y 20 (51%) femeninos, 22 pacientes (56%) presentan lesiones del lado derecho y 17 (44%) lesiones del pie izquierdo. La localización de las lesiones fue en el primer ortejo 32% (17 casos), en el segundo ortejo 9% (5 casos), en el tercer ortejo 4% (2 casos), en el cuarto ortejo 15% (8 casos), en el quinto ortejo 13% (7 casos), úlcera plantar en 19% de los casos (9 pacientes) , úlcera dorsal en 4% (2 casos), y con necrosis seca 6% de los casos (3 pacientes). En cuanto al grado de lesión se clasificó de la siguiente manera grado I, 0% ningún caso, grado II, 11 casos que representan el 28%, grado III, 12 casos (31%), grado IV el 38% con 15 casos, y el grado V con 1 caso que representa el 3%. cabe mencionar que de los pacientes con grado 3 uno necesitó en su evolución amputación del miembro, esto representa el 8%, y de los pacientes que presentaron un grado IV de lesión hubo necesidad de amputaciones mayores en la evolución del 26% de los pacientes. y el caso de grado V se propuso amputación desde su diagnóstico siendo el 100% de los pacientes. **Conclusiones:** El paciente diabético con necrobiosis debe ser educado para acudir a la consulta en estadios más tempranos, y que el manejo para el grado IV implica un riesgo de evolución tórpida más que el resto de los grados. aún así la clasificación de Wagner es una buena guía para el manejo de pacientes con pie diabético.

TL-029**MANEJO QUIRÚRGICO DEL PACIENTE CON PIE DEL DIABÉTICO EN EL HOSPITAL ESTATAL LIC. ALM TOLUCA MÉX**

Córdoba GH, Jaramillo GMA, Ruiz FH, Barrera FJL, Quaas GRH

Antecedentes: La diabetes es un problema de salud pública, sus complicaciones en los pies condicionan la primera causa de amputación a nivel mundial, los métodos de tratamiento son variables pero evidentemente siempre serán quirúrgicos. **Objetivo:** Determinar los resultados en el manejo quirúrgico en el pie del diabético en el Hospital Estatal de Toluca Lic. Adolfo López Mateos en un periodo de 5 años. **Material y Métodos:** Se realizó el estudio descriptivo, retrospectivo, observacional y transversal, revisando los expedientes clínicos de pacientes que ingresaron con diagnóstico de pie del diabético en los últimos 5 años en el Hospital Estatal de Toluca, Lic. Adolfo López Mateos, éste fue el criterio de inclusión. **Resultados:** Se analizaron 210 expedientes, 119 hombres y 91 mujeres la edad promedio fue de 25-80 años, la edad más afectada fue de 61 a 65 años, el tiempo de la evolución de la diabetes osciló entre 10 y 21 años, la lesión se clasificó de acuerdo a la escala de Wagner, en todos los casos se manejaron esquemas de antimicrobianos; en el mayor número de los casos se realizaron amputaciones menores (82), en 80 pacientes amputaciones mayores, en 28 pacientes revascularizaciones y en 20 simpatectomía asociada a amputación menor. En 52 pacientes hubo complicaciones de las cuales la isquemia de los bordes quirúrgicos fue la más frecuente. **Conclusión:** Las amputaciones menores siguen siendo preferibles debido a que no condenan a la invalidez. La simpatectomía y revascularización en una etapa adecuada favorecen el salvamento de la extremidad, las complicaciones siguen teniendo una alta incidencia.

TL-003 **SALVAMENTO DE RODILLA EN PACIENTES CON ISQUEMIA CRÍTICA, UNA BUENA ALTERNATIVA**

Hernández GG, Tapia RJC, Portillo GA, García PM, Hernández RJL

Objetivo: Demostrar que el salvamento de rodilla es semejante al salvamento del pie, y que siempre el intento por salvar una rodilla redonda en una mejor rehabilitación, e integración a una prótesis. **Sede:** Facultad de Medicina de Matamoros, Tamps, México y Clínica CAP. **Diseño:** Retrospectivo, transversal, no randomizado, y sin grupo control. **Introducción:** Aún no se ha logrado empatar la funcionalidad de la articulación de la rodilla por una mecánica ortopédica, por lo tanto, es fundamental hacer todo lo posible por salvar esta articulación para una mejor integración a la prótesis correspondiente. Está referido que funcionalmente una amputación supracondílea equivale a una amputación infracondílea bilateral. **Pacientes y métodos:** Reportamos 17 pacientes, de marzo de 1990 a octubre 2003, que fueron sometidos a amputación infracondílea por indicación de Isquemia Crítica y complicaciones del muñón de diversos grados, de 30 a 80 años de edad, 6 femeninas y 11 masculinos, 7 en pierna derecha y 10 en la izquierda. 5 pacientes con antecedentes de tabaquismo intenso. Como patología de fondo: diabetes mellitus tipo II en 15 pacientes, 5 pacientes con hipertensión arterial, 4 pacientes con cardiopatía isquémica, 1 con revascularización coronaria, 2 pacientes con IRC. La totalidad de las amputaciones infracondíleas (17 pacientes), fueron efectuadas con la técnica de colgajo posterior, por equipos diferentes al nuestro y tuvieron propuesta de amputaciones más radicales. A todos los pacientes les efectuamos estudios de laboratorio vascular no invasivo. No tomamos decisiones basados en estudios arteriográficos. El manejo es semejante al salvamento del pie isquémico, con curaciones, desbridaciones, analgésicos, antimicrobianos, control metabólico. **Resultados:** Se logró el salvamento de la articulación de rodilla en los 17 pacientes (100%), constatando la importancia de dicho salvamento, ya que 13 (76.4%), se integraron adecuadamente a su vida cotidiana, y 4 pacientes (23.6%) fallecieron por complicaciones propias de su enfermedad (insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal, infarto agudo al miocardio). **Conclusiones:** Conforme nuestra experiencia, el salvamento de la articulación de la rodilla resultó satisfactoria. Debe intentarse siempre como alternativa a una amputación más radical. Es semejante al abordaje del salvamento de un pie con Isquemia Crítica, y ofrece múltiples ventajas desde el punto de vista funcional. De hecho es la gran diferencia entre un paciente integrado a la sociedad, y otro confinado a una silla de ruedas.

TL-104

TIROIDECTOMÍA SIN SUTURAS CON ANESTESIA LOCAL MÁS SEDACIÓN CONSCIENTE-DOS CASOS CLÍNICOS

Ortega LLH, Vargas DA, López LJ, Muñoz CJH, Ramírez TD, Jalife MA, Brito RF, Yáñez CEFJ, Montalvo JE, Toledo R, Ordóñez DH. Servicio de Cirugía, Anestesiología y Urgencias del Hospital General de México

Objetivo: Se propone modificación en la cirugía de glándula tiroides, con este propósito se informa de dos operaciones efectuadas sin suturas, con anestesia local más sedación consciente. **Sede:** Unidad 305 del Hospital General de México O.D. **Diseño:** Presentación de dos pacientes intervenidos de tiroidectomía sin empleo de suturas, primera publicación en México. La combinación de técnica sin suturas bajo anestesia local, es la primera en el mundo. **Material:** Paciente número uno de 41 años, diez años de evolución, la biopsia con aguja fina reveló: bocio coloide nodular, se efectuó tiroidectomía subtotal. El diagnóstico histológico definitivo fue tiroiditis de Hashimoto. Paciente número dos de 46 años, un año de evolución con nódulo tiroideo, el diagnóstico final fue bocio coloide. Se realizó hemitiroidectomía más istmectomía. Se describe la técnica quirúrgica. **Método:** Anestesia local más sedación consciente, con enfermo despierto durante el procedimiento. No se utilizaron suturas, para la hemostasia se empleó el sistema de sellado de vasos (Ligasure). **Resultados:** Las dos enfermas evolucionaron sin complicaciones en el transoperatorio, no hubo hemorragia en el postoperatorio. El tiempo quirúrgico fue de 120 minutos en el primer caso y 71 minutos en el segundo. La paciente número uno, a quién se realizó tiroidectomía subtotal sufrió disfonía transitoria. **Conclusión:** En estas dos personas operadas sin suturas, con anestesia local, los resultados son satisfactorios

TL-087

TUMORES DE CUERPO CAROTÍDEO (PARAGANGLIOMAS) ANÁLISIS DE 55 CASOS

Gutiérrez CAR, Portillo FP, Gutiérrez CAB, Mendieta HM. Del Departamento de Cirugía del Hospital Ángeles del Pedregal, México D.F.

Antecedentes: Los paragangliomas son tumores altamente vascularizados derivados de células del sistema extraadrenal cromafín, ocurren con mayor frecuencia en el cuerpo carotídeo, en las mujeres y en personas que viven en ciudades con una altitud elevada.

Material y métodos: Se realizó un estudio de 55 pacientes con paragangliomas del cuerpo carotídeo durante un periodo de 25 años (1978 a 2003). El objetivo fue analizar las características clínicas, localización, métodos de diagnóstico, tratamiento y complicaciones.

Resultados: Los paragangliomas, fueron más frecuentes en el sexo femenino y en el lado derecho. El rango de edad promedio fue de 52 años. El hallazgo clínico más relevante fue la presencia de una masa de crecimiento reciente. Los métodos de diagnóstico fueron arteriografía en 49 casos, tomografía en 21, ultrasonido en 19, angio-resonancia en 12, gammagrama carotídeo 5. Los hallazgos en base a la clasificación de Shamblin fueron: 18 tumores grado I, 23 grado II y 14 grado III. El reporte de histopatología fue benigno para 54 casos y maligno para uno. Se realizó extirpación tumoral en 51 casos y extirpación tumoral con arteria carótida externa en 4. Las complicaciones fueron del 14%: 3 lesiones de nervio (2 del laríngeo superior y una del asa del hipogloso), lesión de la arteria carótida en 4 casos y un caso de monoparesia. No hubo mortalidad. **Discusión:** La literatura refiere que los paragangliomas son comúnmente diagnosticados por presentarse como masas pulsátiles, el presente trabajo demuestra que sólo en un 38% de los casos estos tumores son pulsátiles, por lo cual en un 33% de los casos tuvieron diagnósticos primarios erróneos, el cirujano está obligado siempre a descartar este diagnóstico ya que el intentar abordarlos sin el equipo adecuado, puede constituir una catástrofe para el paciente. **Conclusión:** En esta serie se corroboró que el estudio ideal sigue siendo la arteriografía, la cual permite además corroborar la presencia de circulación cerebral colateral, en ningún caso fue necesario utilizar shunts, en los casos con resección de la carótida externa no se presentaron complicaciones.

TL-084

TRATAMIENTO DE LA ANGINA DE LUDWIG. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES MIGUEL HIDALGO, SSA, AGS

Díaz-de la Sancha E, Flores-Alvarez E, Rivera-Barragán V, Madrid-Ruiz MA, González-de Santiago M, Obregón-Mimbela J. Servicios de Cirugía General, Cirugía Maxilo-facial y Otorrinolaringología del Hospital de Especialidades Miguel Hidalgo, SSA. Aguascalientes, Ags.

Antecedentes: La angina de Ludwig es una celulitis o inflamación flemonosa del compartimiento superior del espacio suprahioideo que puede obstruir la vía aérea. Se asocia más frecuentemente a una infección dental o adenitis supurativa en el espacio submaxilar. **Objetivo:** Evaluar la experiencia del Hospital de Especialidades Miguel Hidalgo, SSA, Ags. en el tratamiento de los pacientes con angina de Ludwig. **Material y métodos:** Se estudiaron retrospectivamente a todos los pacientes con diagnóstico de angina de Ludwig, tratados del 1 de enero de 2000 al 31 de diciembre 2003. **Resultados:** Se incluyeron 16 pacientes, 9 mujeres y 7 hombres, con una mediana de edad de 36.5 años (rango 1-72). Las enfermedades asociadas más comunes fueron: diabetes mellitus 2, cáncer mandibular 1, hipertensión arterial 1, LES 1, epilepsia 1 e hipotiroidismo 1. El origen de la infección fue: dental 12, amigdalitis 2, rinofaringitis 1 y desconocido 1. El agente causal más frecuente fue *S. viridans* en 4 casos. El tratamiento médico consistió en triple esquema antimicrobiano en 9 pacientes y doble en 7 pacientes. En 11 casos se realizó drenaje quirúrgico y en uno traqueotomía. Dos pacientes presentaron mediastinitis y fueron tratados en UTI. La mediana de días de hospitalización fue de 27.5 días (rango 2-53). No hubo defunciones. **Con-**

Trabajos en Presentación Oral

clusión: Además del tratamiento médico con antimicrobianos de amplio espectro, la angina de Ludwig frecuentemente requiere de cirugía, que puede ser un drenaje quirúrgico, una incisión descomprimisiva y probablemente una traqueotomía.

TL-150

CIRUGÍA DE TIROIDES: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

González MLE, Palacios RJA, Pérez TH, Tercero PFM, López TGA, Pérez-Dosal M. Hospital General "Dr. Manuel Gea González". Ciudad de México. División de Cirugía General

Antecedentes: Las indicaciones más comunes para tratamiento quirúrgico tiroideo son bocio, tumores malignos, hipertiroidismo y falla de supresión hormonal. Experiencia y precisión son el éxito del procedimiento. La mortalidad es baja (0 al 0.12%) y morbilidad del 13%. **Objetivo:** Determinar la incidencia de patología tiroidea, tipos de cáncer tiroideo, tipo de abordaje diagnóstico-terapéutico, seguimiento y complicaciones. **Materiales y métodos:** Revisión de expedientes clínicos (1995-2004) manejados por cirugía general, otorrinolaringología y oncocirugía. Se captó demografía, antecedentes, características quirúrgicas, histopatológicas, complicaciones y seguimiento. Análisis de datos con programa SPSS (Estadística inferencial, con p significativa < 0.001). **Resultados:** 80 casos en 10 años. Bocio 60% y nódulo 37%. BAAF en 85%. Lesión maligna 25.9% (Ca. papilar 79%, folicular 15%, medular 2.2%, Hurst 0.7, papilar con patrón folicular 3.1%). Media de tamaño del tumor 5 cm (0.3-17 cm). Permeación vascular 10%, linfática 11%. **Complicaciones:** Hipotiroidismo 23%, lesión nerviosa 2.2%. Casos por servicio: Cirugía general 60.4%, otorrinolaringología 17.6%, cirugía pediátrica 2.0%, oncología quirúrgica 20%, mortalidad 0%. **Discusión:** Los criterios para su manejo han cambiado en los últimos años en relación a permeación vascular y linfática. **Conclusiones:** Se encontró mayor porcentaje de lesiones benignas que malignas. La estirpe histológica y complicaciones son semejantes a las de la literatura. Sin mortalidad.

TL-208

MANEJO DE LAS FÍSTULAS TRAQUEOESOFÁGICAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Martínez AFA, Morales GJ, Téllez BJL, Avalos BJA, Niebla AB, Guzmán de AE, Borrego BR, Armenta RRM, Vargas AB, González CLF, Narváez FS, Hernández CJA, Robles PE. División de Cirugía de Tórax del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. México D.F.

Reporte retrospectivo de 2 años, del manejo de las fistulas traqueoesofágicas (FTE) en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias del 2002 al 2003. **Resultados:** 2 años, 7 pacientes (p), 5p masculinos, 2p femeninos con diagnóstico fibrobroncoscópico del FTE. En 1 paciente se acompaña de estenosis traqueal. El rango de edades fue de 21 a 75 años. **Comorbilidad:** Etilismo 4p, tabaquismo 4p, hipertensión arterial sistémica 3p, traqueostomía 2p, EPOC 1p, Infarto agudo al miocardio (IAM) 1p. **Efermedades de base:** Insuficiencia cardiaca congestiva por EPOC 1p, Secuelas de tetanos 1p, herida por proyectil de arma de fuego (HPAF) en cuello 1p, IAM 1p, trauma de cráneo 2p, adenocarcinoma bronquiolo alveolar estadio IV en 1p. Las causas directas de la FTE: Intubación orotraqueal prolongada y sonda nasogástrica en 5p, HPAF en cuello 1p, Invasión de tumor 1p. El cuadro clínico fue: tos 3p, expectoración de alimentos 3p, expectoración purulenta 3p, disfagia 3p, disnea 3p, tos postprandial 2p y estridor en 1p. Los diámetros de la FTE fueron de 4 mm en 2p, 3 cm en 2p y 1.5 cm en 3p, 1p presentó parálisis unilateral de cuerda vocal. El manejo temporal fue traqueostomía y gastrostomía en 2p y el definitivo fue: Cierre de fistula e interposición de músculo 3p, cierre de FTE, traqueostomía y esofagostoma 1p, cierre de FTE, traqueoplastia e interposición muscular 1p y gastrostomía y stent traqueal de litinol en 1p. Se presentaron 2 defunciones por insuficiencia respiratoria en p con neoplasia y en complicación por

neumonía. **Comentarios:** El cierre de la FTE mediante la disección traqueal y esofágica con la interposición de músculos pretiroideos o esternocleidomastoideo es el procedimiento de elección para el manejo de los casos no complicados. El control de la infección y la prevención de complicaciones pulmonares garantizan una buena evolución en el paciente con FTE.

TL-030

RESULTADOS EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE UN PACIENTE CON ENFERMEDAD TIROIDEA EN EL HOSPITAL ESTATAL DE TOLUCA LIC. ALM EN UN PERÍODO DE 5 AÑOS

Córdoba GH, Jaramillo GMA, Barrera FJL, Omaña TJA, Soto SBL, Quaas GRH

Objetivo: Conocer los resultados en los pacientes sometidos a cirugía por enfermedad tiroidea en el hospital Estatal de Toluca Lic. ALM en periodo de 5 años. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo, se revisaron los expedientes de los pacientes sometidos a cirugía por enfermedad tiroidea en el Hospital Estatal de Toluca Lic. ALM, en los últimos 5 años donde se obtuvo tomando en cuenta aspectos sociodemográficos, cuadro clínico métodos diagnósticos, técnica quirúrgica, complicaciones, resultado histopatológico y seguimiento, posteriormente análisis estadístico. **Resultados:** La patología tiroidea predomina en 3 a 1 mujer-hombre, en la cuarta y quinta década de la vida, el crecimiento de la glándula es la manifestación más común, a todos los pacientes se les realizaron pruebas de función tiroidea gammagrafía 90%, USG 100%. El reporte de histopatología fue benigno 29% de los casos y Ca papilar 2, el procedimiento quirúrgico más empleado fue la hemitiroidectomía, las complicaciones fueron hipocalcemia, 2 casos y disfonía en 1, no hubo mortalidad. **Conclusiones:** El tratamiento quirúrgico de la patología tiroidea benigna y con cáncer bien diferenciado, es adecuado y posible de realizar en un hospital de segundo nivel, nuestras complicaciones están en rango adecuado.

TL-063

MEDICINA ACADÉMICA Y GÉNERO. LA MUJER EN ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS, NUESTRA APRECIACIÓN PERSONAL

Cortés FAO, Fuentes OC, López RMKL, Farias LIOA, Velázquez RGA, González OA. Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente. IMSS

El avance científico en el mundo ha sido siempre una medida para ubicar a las diferentes naciones en el contexto de países desarrollados o subdesarrollados; a su vez, esta situación ha influido de manera directa en la división de sexos y clases sociales, en donde la mujer ha sido por mucho tiempo, relegada a un segundo plano o definitivamente anulada como partícipe del desarrollo. En el terreno profesional, la mujer ha escalado posiciones que anteriormente eran imposibles de alcanzar, debido a las limitaciones sociales y culturales con las que hay que enfrentarse, incluyendo las que la misma mujer se impone. Actualmente, el ingreso a la carrera de medicina no implica ningún obstáculo en cuestión de género, aproximadamente el 50% de los alumnos son mujeres. Las residencias quirúrgicas implican una condición mucho más compleja. Para tomar la decisión de realizar una residencia quirúrgica, la mujer tiene que considerar diversos factores, entre ellos, la dificultad de ingresar en un mundo dominado generalmente por hombres, en donde habrá que demostrar la capacidad con el doble de esfuerzo. Una vez ingresada en una residencia quirúrgica, los obstáculos a los que tendrá que enfrentarse implican desde discriminación de género, embarazo y familia, e inequidad salarial hasta hostigamiento sexual. El objetivo de este trabajo es mostrar las situaciones que vive la mujer en especialidades quirúrgicas y cuales son los obstáculos a los que se enfrenta tanto en su vida profesional como personal.