

## Cirujano General

Volumen 24  
Volume

Suplemento 1  
Supplement

Octubre-Diciembre 2002  
October-December

*Artículo:*

Trabajos en Cartel del 001-114

Derechos reservados, Copyright © 2002:  
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

## TRABAJOS EN CARTEL

- |    |  |    |   |
|----|--|----|---|
| 58 | Onfalocele interno: rara anomalía intestinal embriológica. Informe de un caso                                    | 66 | Tricobezoar recidivante informe de un caso  |
| 58 | Íleo biliar  | 66 | Evaluación del Índice de Mannheim (IPM) en el pronóstico de peritonitis secundaria comparado con Apache II                              |
| 58 | Síndrome de Boerhaave. Reporte de un caso  | 67 | Manejo tardío de perforación esofágica secundaria a cirugía antirreflujo. Presentación de un caso                                       |
| 58 | Trasplante hepático de donador vivo relacionado en un paciente pediátrico con hepatoblastoma. Reporte de un caso | 67 | La enfermedad quística hepática gigante ¿se puede resolver con cirugía endoscópica? Presentación de un caso y revisión de la literatura |
| 59 | Perforación ileal por tejido gástrico ectópico en un menor de 7 años   | 67 | Fibromatosis multicéntrica en el SX de Gardner  |
| 59 | Quiste gigante de colédoco en adulto   | 68 | Linfangioma quístico intraabdominal   |
| 59 | Esplenectomía laparoscópica para púrpura trombocitopénica idiopática en Hospital General Regional                | 68 | Metástasis cerebral en cáncer de la unión esofagogastrica. Informe de un caso y revisión de la literatura                               |
| 60 | Duplicación de la vesícula biliar, con carcinoma in situ. Informe de un caso                                     | 68 | Apendicectomía laparoscópica. Técnica clásica con suturas comunes   |
| 60 | Pancreatectomía central por un cistadenoma seroso asociado con un tumor fibroso solitario gigante de pleura      | 69 | Carcinoma de conductos biliares. Revisión de la literatura  |
| 60 | Neurofibroma retroperitoneal, presentación de un caso y revisión de la literatura                                | 69 | Tumor de pared torácica, resección y reconstrucción. Presentación de un caso  |
| 60 | Reporte de tres casos de lesiones ureterales por trauma no contuso   | 69 | Divertículo duodenal complicado: informe de un caso   |
| 61 | Fístula aortoduodenal  | 70 | Abdomen agudo secundario a divertículo yeyunal perforado. Reporte de un caso  |
| 62 | Complicaciones postoperatorias por patología abdominal aguda en el paciente obeso                                | 70 | Hernia diafragmática complicada: presentación de un caso  |
| 62 | Complicaciones de la disección de cuello para cáncer tiroideo  | 70 | Manejo quirúrgico del traumatismo hepático mayor. Presentación de un caso   |
| 62 | Pólipo esofágico gigante. Presentación de un caso  | 71 | Schwannoma medular. Presentación de un caso   |
| 62 | Adenocarcinoma pancreático   | 71 | Textiloma, ¿quiste intraabdominal o error médico? Reporte de un caso  |
| 63 | Hepatocarcinoma gigante, presentación de un caso   | 71 | Abdomen agudo secundario a perforación espontánea uterina por una piómetra. Presentación de un caso                                     |
| 63 | Tiroides lingual. Reporte de casos   | 72 | Vesícula biliar situada en el lado izquierdo. Reporte de un caso  |
| 63 | Hemangioma hepático gigante. Presentación de un caso   | 72 | Mucocele de apéndice cecal. Presentación de un caso   |
| 64 | Oclusión intestinal secundario a tumor intestinal intraluminal   | 72 | Perforación intestinal por sonda gastroyeyunal. Presentación de un caso   |
| 64 | Cirugía radioinmunoguiada (CIRG) en el tratamiento de carcinoide recurrente. Reporte del primer caso en México   | 72 | Vesícula de porcelana   |
| 64 | Historia y estado actual de los trasplantes en Guanajuato  | 73 | Histiocitoma fibroso maligno. Reporte de un caso  |
| 65 | Adenoma paratiroideo en ventana aortopulmonar  | 73 | Quiste hepático, litiasis vesicular y absceso hepático, una asociación poco común   |
| 65 | Mucocele apendicular   | 73 | Manejo quirúrgico con engrapadora del divertículo de Zenker. Reporte de un caso y revisión de la literatura                             |
| 65 | Apendicitis granulomatosa crónica fímica. Reporte de un caso   | 74 | Perforación esofágica secundaria a cuerpo extraño y sus complicaciones. Presentación de un caso   |
| 66 | Colecistitis eosinofílica. Reporte de un caso y revisión bibliográfica   | 74 | Pancreatitis aguda. Experiencia de tres años en nuestro hospital  |
| 66 | Ameboma y absceso hepático amibiano. Asociación clínica poco frecuente   |    |   |

Trabajos en cartel

74	<b>Sobrevida de los injertos renales de donador vivo relacionado en la población de derechohabientes de petróleo mexicanos</b>	85	<b>Estrés en médicos especialistas en formación del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional la Raza del IMSS</b>
75	<b>Perforación de divertículo yeyunal, una entidad rara</b>	86	<b>Prevalencia de trombosis venosa esplénica en pancreatitis aguda grave</b>
75	<b>Pancreatitis aguda de origen biliar, un análisis desde el punto de vista quirúrgico</b>	86	<b>Resección de quiste mesentérico gigante por laparoscopia. Reporte de un caso</b>
76	<b>Sangrado de tubo digestivo bajo por malformación arteriovenosa del tracto digestivo con aneurisma roto en yeyuno en un paciente con síndrome de Treacher Collins</b>	86	<b>Duodenopancreatectomía céfálica de urgencia: ¿cirugía justificada?</b>
76	<b>Efecto de los antígenos del HLA y parentesco en la evolución del injerto renal de donador vivo relacionado en población mexicana</b>	86	<b>Fibromatosis difusa y sarcoma epiteloide esclerosante. Presentación de un caso</b>
76	<b>Análisis epidemiológico en la patología de labio y paladar hendidos. Revisión de la literatura y estudio de 25 casos</b>	87	<b>Lesión intestinal posterior a discoidectomía lumbar: informe de un caso</b>
77	<b>Leiomioma de la vena cava. Presentación de dos casos y revisión de la literatura</b>	87	<b>Pseudomixoma peritoneal secundario a adenocarcinoma mucosecretor del apéndice cecal. Reporte de dos casos</b>
77	<b>Evolución de la abdominoplastia en la obesidad refractaria</b>	87	<b>Pancreatectomía distal en insulinoma no demostrado en sala, ¿es válido?</b>
77	<b>Obstrucción aguda del colon. Revisión de 57 casos</b>	88	<b>Vesícula en porcelana. Presentación de 5 casos y revisión de la literatura</b>
78	<b>Quistes de mesenterio como causa de abdomen agudo</b>	88	<b>Excisión local. Tratamiento de cáncer de recto</b>
78	<b>Oclusión intestinal por ascaris lumbricoides</b>	88	<b>Quiste gigante primario de bazo</b>
78	<b>Frecuencia de carcinoma gástrico en el Hospital Regional ISSSTE de Monterrey. Reporte de 45 casos</b>	89	<b>Metástasis tiroideas de un carcinoma de células renales</b>
79	<b>Pneumosis intestinal. Reporte de dos casos</b>	89	<b>Manejo multimodal del trauma. Uso de rutas críticas en situaciones complejas</b>
79	<b>Epidemiología de la infección del sitio quirúrgico en una unidad de cirugía general del Hospital General de México</b>	89	<b>Derivación biliodigestiva con colocación de endoprótesis tipo Amsterdam en lesión de vía biliar</b>
79	<b>Paraganglioma carotídeo</b>	89	<b>Carcinoma multicéntrico de colon. Presentación de caso clínico</b>
80	<b>Neoplasia epitelial sólida y papilar pancreática vs pancreoblastoma. Imágenes del tumor y seguimiento</b>	90	<b>Neoplasia quística pancreática. Presentación de un caso</b>
80	<b>Linfoma primario de íleon con manifestación de oclusión intestinal secundaria</b>	90	<b>Granulomatosis de Wegener (GW) con afección colónica. Presentación de un caso</b>
80	<b>Quistes pancreáticos y hemangioblastoma. Enfermedad de Von Hippel Lindau</b>	90	<b>Neumatosis coli. Presentación de un caso</b>
81	<b>Trombosis mesentérica venosa segmentaria, secundaria a deficiencia de proteína C</b>	91	<b>Quiste de colédoco roto en un lactante hallazgo transoperatorio. Reporte de un caso</b>
81	<b>Quistes coledocianos. Experiencia quirúrgica en el Hospital Regional 1 de octubre ISSSTE</b>	91	<b>Coledocolitiasis: papel de la esfinteroplastia transduodenal en la actualidad, reporte de un caso y revisión de la literatura</b>
81	<b>Metástasis de Ca epidermoide (Ca Cu) hacia cuerpo de páncreas</b>	91	<b>Tratamiento quirúrgico de hernias de pared abdominal e inguinal recidivante complicadas con oclusión intestinal: reporte de un caso y revisión de la literatura</b>
82	<b>Cáncer de colon, ¿el gran simulador?</b>	92	<b>Agenesia de vesícula biliar y coledocolitiasis reporte de un caso</b>
82	<b>Trauma vascular periférico</b>	92	<b>Sarcoma embrionario indiferenciado de hígado: opciones terapéuticas y presentación de un caso</b>
83	<b>Liposarcoma mixoide retroperitoneal. Presentación de un caso</b>	92	<b>Cáncer renal. Presentación de un caso</b>
84	<b>Fibrohistiocitoma primario maligno de hígado</b>	93	<b>Paliación quirúrgica del cáncer de la encrucijada biliar: evaluación de resultados</b>
85	<b>Leiomioma de vena cava inferior de localización pararenal. Presentación de dos casos</b>	94	<b>Miasis en pacientes con pie diabético</b>
85	<b>Hiperplasia nodular focal. Reporte de un caso</b>		

Trabajos en cartel

94	<b>Neumoperitoneo espontáneo (reporte de 1 caso)</b>	95	<b>Quiste de colédoco diagnosticado en el embarazo. Reporte de un caso y revisión de la literatura</b>
95	<b>Fístula apendiculovesical post-radiación. Presentación de un caso</b>	96	<b>Tamponade cardíaco en trauma no penetrante de tórax</b>
95	<b>Trombosis mesentérica en paciente con anticoagulación. Reporte de un caso</b>	96	<b>Utilidad de la laparoscopia en dolor abdominal agudo, con sospecha de patología maligna</b>
95	<b>Polipsectomía, tratamiento definitivo en un caso de carcinoide</b>	96	<b>Manejo laparoscópico de quiste hepático gigante</b>



001 C 035

**ONFALOCELE INTERNO: RARA ANOMALÍA INTESTINAL EMBRIOLÓGICA. INFORME DE UN CASO**Guevara TL, Rivera NJC  
Hospital Central Dr. IMP SLP.

**Antecedentes:** Condición en la cual el intestino delgado se encuentra en un saco avascular sin comunicación con cavidad peritoneal. El saco no tiene origen mesentérico, parece provenir de la membrana que cubre el celoma extraembrionario y que regresa al abdomen con el intestino en lugar de permanecer en la base del cordón umbilical. El intestino encapsulado puede ser normal o estar malrotado. No produce síntomas, no se puede diagnosticar radiográficamente. Algunos casos han sido encontrados en disecciones de cadáveres de ancianos, quienes no tenían historia de complicaciones intestinales. La explicación para esta rara anomalía fue propuesta por Papez (1932) y apoyada posteriormente por Batsón (1955) y Laslie (1966). **Objetivo:** Informe de caso. Caso. Masculino 62 años, anglosajón, ingresa 080302 por dolor y distensión abdominal de 24 hrs de evolución, hiporexia, sin canalizar gases ni evacuar. Abdomen globoso, peristaltismo metálico, timpanismo generalizado. Radiografía de abdomen: imagen sugestiva de volvulus. Rectosigmoidoscopia con volvulus a 30 cm del margen anal, se reduce. 12 hrs después distendido, rebote positivo, sin peristaltismo, timpanismo generalizado. Nueva Rx de abdomen persiste imagen de volvulus. Se realiza Lap. Exp. encontrando volvulus de sigmoides con compromiso vascular, se efectúa resección del segmento redundante (aprox. 1.10 mt) y colostomía. Detrás de la trascavidad de los epiplones se encontró un saco con las asas intestinales, de aspecto normal en su interior, realizando únicamente apertura del mismo. En cavidad peritoneal había aproximadamente 15 cm de intestino delgado desde la válvula ileocecal al asa fija.

002 C 036

**ÍLEO BILIAR**Rivera NJC, Alvarez FAA, Guevara TL  
Hospital Central, Dr. IMP, SLP.

**Antecedentes:** El íleo biliar ocupa el 1% como causa de obstrucción intestinal. Entidad ocasionada por el paso de cálculos biliares a través de fístula entre la vesícula biliar y estómago o duodeno, la mayoría de las veces. Más frecuente en pacientes de edad avanzada. Descrita primero por Courvoisier en 1854. **Objetivo:** Informe de casos. **Materiales y métodos:** Se revisaron expedientes de cuatro pacientes operadas entre septiembre 2001 y Mayo 2002 con diagnóstico transoperatorio de íleo biliar. **Resultados:** Todas femeninas. Dos menores de 40 años de edad, una de 60 y otra de 89. Las dos primeras ingresaron para colecistectomía electiva. Encontrándose fístula colecistogástrica y colecistoduodenal, con cálculos biliares en duodeno y yeyuno sin obstrucción intestinal. Se realiza colecistectomía más fistulectomía y extracción de cálculos por enterotomía, evolución favorable, egreso a los 10 días. Las dos restantes ingresaron por obstrucción intestinal de 5-7 días de evolución que no mejoró conservadoramente. Se realiza laparotomía encontrando íleo biliar y plastrón con gran reacción inflamatoria en región vesicular, que no se exploró, únicamente se realiza enterotomía con extracción de cálculo. La paciente de 89 años evolu-

cionó tórpidamente y es reintervenida cuatro días después, encontrando trombosis mesentérica masiva, falleciendo posteriormente. La otra paciente aparte del íleo biliar presentó diverticulosis yeyunal masiva. Evoluciona favorablemente y egresa una semana después. **Conclusiones:** Íleo biliar, una entidad rara, diagnosticada la mayor parte de las veces transoperatoriamente y generalmente de buen pronóstico. Éste depende de la edad, de las condiciones generales del paciente y de la presencia de enfermedades asociadas.

003 C 039

**SÍNDROME DE BOERHAAVE. REPORTE DE UN CASO**Riancho GJA  
IMSS HGZ # 8 D.F.

Masculino de 62 a. acude por presentar retención aguda de orina y se ingresa para estudio y tratamiento, sin embargo ya presentaba síndrome urémico, con vómito incohercible. A los dos días de su ingreso presenta dolor toracoabdominal, atribuible a los vómitos, sin embargo al incrementarse el dolor realizan rayos x de tórax, evidenciando neumotórax del 30% aproximadamente en pulmón izquierdo. No se realiza manejo alguno hasta la noche del día siguiente, pues presenta datos de insuficiencia respiratoria severa. Al introducir catéter de pleurostomía se evidencia salida de material líquido verdoso en una cantidad aproximada de 800 cc. No se realiza tratamiento alguno. Un día después se coloca SNG por persistir el vómito y a través de ella se instila azul de metileno observando su salida a través de la pleurostomía. Durante la noche de ese día se realiza exploración quirúrgica, encontrando ruptura esofágica de todas sus capas, con drenaje de su contenido a cavidad pleural izquierda, con contaminación severa de dicha cavidad y del mediastino. Se realiza lavado de cavidad torácica y desfuncionalización del esófago (cerclaje distal y sonda nasoesofágica temporal) sin esofagostomía (cirugía de control de daños), así como drenaje de las cavidades, ya que el paciente entra en choque séptico transoperatorio, por lo que decidimos terminar el acto y completar la desfuncionalización esofágica (esofagostomía) en un segundo tiempo quirúrgico. Se envía a terapia intensiva, en donde se estabiliza y se realiza esofagostomía cervical. El paciente fallece tres semanas después por complicaciones de la insuficiencia renal.

004 C 040

**TRASPLANTE HEPÁTICO DE DONADOR VIVO RELACIONADO EN UN PACIENTE PEDIATRICO CON HEPATOBLASTOMA. REPORTE DE UN CASO**Pérez FJ, Bolio A, Saldaña F, Alonso JM, Luna J, Diliz H  
Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos.

**Antecedentes:** El trasplante por malignidad hepática primaria es poco común, en niños la experiencia es limitada. El trasplante por hepatoblastoma es recomendado sólo para enfermos con neoplasia confinada al hígado que no es resecable por medios convencionales después de un tratamiento con quimioterapia. **Planteamiento del problema:** Describir el caso de una enferma de 8 años de edad con hepatoblastoma quien fue sometida a trasplante hepático de donador vivo relacionado. **Caso Clínico:** Femenino de 8 años de edad que inicia su padecimiento 17 meses antes

de su ingreso con ataque al estado general, vómito y cefalea. A la exploración física se detecta hepatomegalia, enviándola a tomografía abdominal computarizada encontrándose una masa hepática de 10 x 8 cm en lóbulo derecho, se tomó biopsia hepática reportando hepatoblastoma de tipo epitelial. Se determinó que su única opción terapéutica era el trasplante hepático, y debido a que la enferma se encontraba en malas condiciones generales, y que retrasar el procedimiento esperando un donador cadavérico ocasionaría su deceso, se tomó la decisión de realizar el trasplante de donador vivo relacionado por lo anterior se decide realizar a su padre una hepatectomía del lóbulo izquierdo, ambos presentaron buena evolución postoperatoria y sin complicaciones. **Conclusiones:** La experiencia obtenida en nuestro país con el trasplante hepático de donador vivo relacionado es escasa y son pocos los centros donde se realiza este procedimiento de tan alto nivel de especialización. Este procedimiento actualmente es una realidad terapéutica para enfermos con padecimientos hepáticos progresivos que no curan con manejos médicos o quirúrgicos convencionales.

005 C 042

#### PERFORACIÓN ILEAL POR TEJIDO GÁSTRICO ECTÓPICO EN UN MENOR DE 7 AÑOS

Rodríguez PCA, Carreón BRM  
Hospital Rural 41 Cerritos, Programa IMSS-Solidaridad, IMSS-San Luis Potosí.

Paciente masculino de 7 años, ingresó por dolor abdominal de 12 hrs. de evolución epigástrico de inicio y actual con localización en fosa iliaca derecha, con McBurney, psoas, obturador, Prewlasky (+); laboratoriales con 13200, leucocitos, 3% bandas, HB 9.2. Placas de radiología con opacificación en mesogastrio. Se aborda vía media infraumbilical y se encuentra absceso de 150 cc aprox. con adherencias en ileon a 90 cm de la válvula ileal, se reseca 10 cm con anastomosis término terminal, manejo amikacina/metronidazol postoperatorio y se egresa sin fiebre, emuntorios al corriente y tolerando vía oral a los 6 días. Por estudio de patología se reportó ectopia gástrica que afecta al 90% de la pieza, con glándulas oxifitnicas, con células parietales y principales con epitelio foveolar con zonas de epitelio intestinal normal; se aprecia una úlcera semejante a las de úlcera péptica con tejido de granulación, fibrina y necrosis coagulativa. De los casos reportados en su mayoría corresponden a duplicaciones intestinales, siendo en su mayoría descubiertas por causar una perforación (Surg Today 2000;30(5):445-7) o sangrado crónico, al presentarse tejido gástrico ectópico con producción de ácido clorhídrico que secunda las perforaciones (J Nucl Med 1997 May;38(5):818-20); que representa el 30% de los casos, ya que la mayoría pasa desapercibido hasta esta presentación clínica (World J Surg 1995 Sep-Oct;19(5):734-6). Aunque el 80% de los casos de ectopia gástrica reportados en la literatura se presentan en divertículos de Mekcel, también existe una mayoría en las duplicaciones intestinales (15%) y menos del 5% son islotes de tejido ectópico (AJR Am J Roentgenol 1982 Jan; 138(1):7-12).

006 C 046

#### QUISTE GIGANTE DE COLÉDOCO EN ADULTO

Hernández PR, Chapa AO, Balas C, Tessan KE, Jiménez BB

**Antecedentes:** Los quistes de colédoco se presentan en 1 a 100,000 nacidos vivos. Más común en la infancia, el 20% se diagnostica antes del 1er año, 60% antes de los 10 años, 20% en adultos. Incidencia 4:1 mujer - hombre. Su tríada clásica: dolor en hipocondrio derecho, tumoración e ictericia. Alonzo-Lej y Toddani describen seis tipos: tipo I crecimiento fusiforme (78%), tipo II diverticular, tipo III dilatación quística tercio distal, tipo IV: IVa dilataciones intra-extrahepáticas, IVb extrahepáticas (15%), tipo V enfermedad de Caroli. Sus complicaciones son colangitis, litiasis intrahepáticas, quísticas y colangiocarcinoma. El tratamiento para los tipo I y IV es resección quística, colecistectomía, derivación hepato yeyunal en Y de Roux, tipo II resección y tipo III esfinterotomía. Descripción del caso. Femenino de 29 años. Con padecimiento de 10 años de evolución, con dolor de tipo cólico en hipocondrio derecho, acompañado de náusea y vómito gastrobiliar y aumento de volumen en hipocondrio derecho desde hace 1 mes, el ultrasonido reportó tumor quístico septado de hígado, de 30 cm de diámetro. La tomografía reportó quiste de hígado en lóbulo derecho, la colangiografía retrógrada endoscópica mostró quiste gigante de colédoco tipo IVa, de 35cm de diámetro, se realizó esfinterotomía del conducto pancreático y colédoco. Se realizó resección del quiste, colecistectomía y derivación hepatoyeyunal en Y de Roux. Histopatología reportó quiste de colédoco con inflamación aguda y crónica. La evolución fue satisfactoria. **Conclusión:** El tratamiento del quiste tipo IVa, es resección completa, colecistectomía y derivación hepatoyeyunal en Y de Roux.

007 C 047

#### ESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA PARA PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA EN HOSPITAL GENERAL REGIONAL

Talleri DAG, Ochoa AM, Ruiz SJ  
Centro Médico Nacional De Occidente IMSS Guadalajara.

Este procedimiento se realiza por primera vez en el Hospital General Regional 46 IMSS Guadalajara en el año de 1995. Un total de 24 esplenectomías laparoscópicas han sido realizadas y de ellas 19 fueron por púrpura trombocitopénica idiopática (PTI). En el año 2001 se realizaron 8 de estas 19 cirugías, excluimos a 2 pacientes, uno pediátrico de 2 años de edad y otro por no contar con el expediente clínico en nuestra unidad. **Objetivo:** Describir y analizar los resultados de la esplenectomía laparoscópica por púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) en pacientes mayores de 16 años en el HGR-46 en el periodo comprendido desde enero del 2001 hasta diciembre de mismo año. El Estudio es de tipo transversal, observacional, retrospectivo y descriptivo, la edad promedio fueron 37 años, 4 pacientes del sexo femenino y 2 masculinos, ninguna cirugía se convirtió de laparoscópica a abierta, la estancia intrahospitalaria postquirúrgica fue de 1.8 días en promedio, con mediana y moda de 2 días, el tiempo quirúrgico fue de 144 minutos en promedio, con mediana y moda de 120 min (en un caso se realizó además colecistectomía laparoscópica, con tiempo quirúrgico de 210 min) el peso del bazo fue de 180 g en promedio y el sangrado promedio fue de 400 cc. **Conclusión:** La esplenectomía laparoscópica en pacientes con PTI, es una buena opción terapéutica, con mínimas complicaciones, disminución de días de estancia intrahospitalaria por rápida recuperación y menor respuesta inflamatoria sistémica además de adecuado tiempo quirúrgico. Actualmente se encuentra como estándar de oro para manejo de PTI.

008 C 049

**DUPLICACIÓN DE LA VESÍCULA BILIAR, CON CARCINOMA *IN SITU*. INFORME DE UN CASO**Ballesteros LHDJ, Torres CR, Torres LE, Rentería AMDC  
Hospital MIG, México D.F.

Paciente femenino que acude por dolor en cuadrante superior derecho, intenso, tipo cólico con hiperlipasemia. El USG reportó colecistitis crónica litiásica y coledocolitiasis. Se realizó colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, no concluyente refiriendo dilatación de vía biliar y probable coledocolitiasis. Se concluyó colecistitis crónica litiásica, pancreatitis secundaria y probable coledocolitiasis. Se decidió abordaje tradicional. Se diagnosticó duplicación verdadera de vesícula biliar. Se requirió de una colangiografía transoperatoria transcística evidenciando dicha anomalía anatómica. La extirpación de la vesícula accesoria, una vez identificada, no tuvo mayores complicaciones. El estudio histopatológico reportó colecistitis crónica litiásica en ambas y además carcinoma *in situ* en la vesícula accesoria. La duplicación de la vesícula biliar es una anomalía congénita rara, y más raro aún la presentación concomitante con cáncer, con documentación de sólo un caso más en la literatura internacional. Debido a su rareza, es poco frecuente que se haga el diagnóstico preoperatoriamente. En los casos de requerir cirugía, el conocimiento preoperatorio de estas anomalías es fundamental. Una vez identificada la duplicación, se deben remover ambas vesículas para evitar otra intervención. En la cirugía es fundamental identificar adecuadamente la ubicación y forma de drenaje al colédoco de estas estructuras, para evitar lesiones incidentales de la vía biliar.

009 C 050

**PANCREATECTOMÍA CENTRAL POR UN CISTADENOMA SEROSO ASOCIADO CON UN TUMOR FIBROSO SOLITARIO GIGANTE DE PLEURA**Torres VGM, Chan C, Bornstein de Quevedo L, Barragán CH, Santillán DP  
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Las resecciones pancreáticas estándar resultan en una pérdida considerable de parénquima pancreático y pueden causar alteración en la función endocrina y exócrina. La pancreatectomía central está indicada para lesiones benignas pequeñas localizadas en el cuello del páncreas o en la región contigua, disminuyendo el riesgo de alteraciones funcionales del parénquima pancreático, tracto biliar, tracto gastrointestinal superior y bazo. Las neoplasias quísticas del páncreas son lesiones raras. En el pasado el abordaje principal era observar la evolución. La disminución en la tasa de mortalidad después de cirugía pancreática mayor, la dificultad para el diagnóstico preoperatorio y las potenciales complicaciones de los tumores quísticos han cambiado su tratamiento hacia uno quirúrgico más agresivo. Los tumores fibrosos solitarios de la pleura son raros. Aproximadamente 600 casos se han descrito en la literatura. Los cistadenomas serosos se han asociado a múltiples patologías, pero no hay reportes en la literatura de su asociación con este tumor pleural. Presentamos el caso de un paciente con un cistadenoma seroso del páncreas con un tumor fibroso solitario concomitante. El paciente fue tratado con pancreatectomía central y neumonectomía izquierda. Se realizó revisión de la literatura mundial

010 C 051

**NEUROFIBROMA RETROPERITONEAL, PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**González HI  
IMSS CMN MAC Puebla.

**Antecedentes:** Existen cuatro lesiones principales dentro de los tumores de vainas nerviosas del sistema nervioso periférico (SNP). Neuroma es un crecimiento no neoplásico de las fibras nerviosas y células de Schwann. El schwannoma (neurilemoma) y el neurofibroma, ambas neoplasias benignas y el tumor maligno de la vaina del SNP, denominado también neurofibrosarcoma o schwannoma maligno. **Objetivo:** Reportar el caso de una paciente con neurofibroma retroperitoneal. **Reporte del caso:** Femenino 65 años de edad con padecimiento de un año de evolución caracterizado por dolor abdominal tipo cólico en el HD, intermitente, ataque al estado general, hiporexia y pérdida de peso (5 kg). BH, QS, PFH y marcadores tumorales normales. USG: Imagen hiperecogénica en lóbulo izquierdo del hígado, SEG: Normal, TAC: Imagen heterogénea en topografía de lóbulo izquierdo del hígado. Arteriografía: Lesión en topografía pancreática con circulación dependiente de la gastrooduodenal y esplénica. **Resultados:** Se realiza cirugía con hallazgo transoperatorio tumor sólido de 13 X 10 cm, en el espacio retroperitoneal, con irrigación abundante, no dependiente de órgano alguno. El RHP: Neurofibroma de retroperitoneo. **Conclusiones:** Estos tumores pueden aparecer en cualquier lugar de un nervio, principalmente en tronco de mayor calibre, son más comúnmente vistos en la órbita, cuello, espalda y región inguinal. A pesar de los avances tecnológicos y la limitada literatura sobre el tema, sigue siendo un reto para la ciencia médica realizar un diagnóstico exacto sobre entidades de este tipo.

011 C 053

**REPORTE DE TRES CASOS DE LESIONES URETERALES POR TRAUMA NO CONTUSO**Caballero M, Tirado A, Carballo CFJ  
Hospital General de Balbuena. México, D.F.

Se reportan tres casos de lesiones ureterales por traumatismo no contusos en un Hospital General, de la ciudad de México, los cuales fueron vistos durante el año 2001, durante el período de febrero a julio. Se realiza un estudio retrospectivo, analítico y se reportan hallazgos transoperatorios, tratamiento quirúrgico y evolución postoperatoria. Las lesiones ureterales según la literatura se llegan a presentar de un 2.2 a 5% de todas las lesiones por arma de fuego de abdomen, y corresponden a menos del 1% de las lesiones genitourinarias. Siendo en orden de frecuencia las más comunes las de arma de fuego, les siguen las de arma blanca y posteriormente contusas (muy raras); son de difícil diagnóstico por su pobre sintomatología y por las lesiones concomitantes presentadas, por lo tanto se requiere de una alta sospecha y de una estabilidad hemodinámica, así como tener los recursos necesarios para el estudio del paciente. **Caso clínico 1:** Masc 18<sup>a</sup>, residente del DF, soltero, católico, checador, secundaria terminada, antec. Qx. de LAPE (2000), por herida por proyectil de arma de fuego (HPPAF), ingresa el día 100601 03:00 hs, con HPPAF en región abdominal, sangrado, dolor y datos de choque hipovolémico G-II. E.F: Orificio de entrada de PAF en hipocondrio izquierdo sin

apreciarse orificio de salida, hematoma palpable en 8vo. EIC paravertebral izq., abdomen con datos de irritación peritoneal. Se realiza LAPE, hallazgos: Hemoperitoneo 1000 cc, lesión perforante de uréter izq. en tercio superior, lesión vena espermática del 80% diámetro, lesión de ID a 10, 20 y 30 cm de AF, lesión colon transversa a 10 cm de ángulo hepático, múltiples adherencias firmes y laxas. Se realiza ferulización de uréter izq. con sonda de alimentación 8 fr. + cierre primario; ligadura vena espermática izq.; RIEEATT en un plano a 10 cm AF, exteriorización lesión colon transversa (colostomía en asa), colocación de penrose hacia lesión ureteral izq., cierre cavidad con puntos de contención. Es egresado al 8vo día POP, y reingresa a los 18 días de POP por presentar sepsis abdominal, se somete a nueva LAPE + nefrectomía izquierda, lavado y secado de cavidad, empaquetamiento de correderas y se maneja con abdomen abierto secundario a absceso intraabdominal de aprox. 4000 cc, necrosis del tercio proximal del uréter izquierdo con ferulización fuera de riñón izquierdo, el cual se encontraba con cambios hidronefróticos con tamaño de 25 x 15 cm, sangrado en capas de corredera izq. Se somete a nueva intervención al 3er día para desempaquetamiento, lavado, secado y cierre de pared, colocación de penrose hacia corredera izq. Evolucionan favorablemente y es egresado del servicio el día 130701, por mejoría. **Caso clínico 2:** Masc 27ª, residente Chalco, casado, católico, secundaria incompleta, comerciante, tabaquismo y alcoholismo positivo. Sin antecedentes de importancia, ingresa a urgencias el día 130401 a las 17:00 hs por presentar herida por instrumento punzocortante en abdomen con sangrado escaso, dolor en herida, EF: herida en límites de flanco derecho con mesogastrio a la exploración digital con penetración a la cavidad, no datos de irritación peritoneal, se realiza LAPE, hallazgos: Hemoperitoneo 300 cc, lesión en espejo en intestino delgado a 170 cm de AF de aprox 0.5 cm diámetro, hematoma de mesocolon a 10 cm ángulo hepático, lesión de venas afluentes de la renal derecha, lesión de vena renal derecha de 3 mm, lesión de uréter derecho grado III (OIS) en tercio medio, hematoma retroperitoneal zona II Sheldon no evolutivo, se le realiza en la lesión ureteral rafia de lesión de uréter derecho con ferulización del mismo con sonda de alimentación 8 fr, citostomía. Evolución favorable, retiro incidental sonda foley transuretral y de alimentación a los 2 días, a los 12 días se realiza Urografía excretora se observa paso a través de uréter derecho hacia vejiga, ligera dilatación del sistema pielocaliceal derecho. Alta por mejoría. **Caso clínico 3:** Masc 15ª. Soltero, primaria terminada, residente del DF, sin antecedentes de importancia. Ingresó el día 150201 a las 11 horas por presentar HPPAF en flanco derecho, sin orificio de salida con datos de irritación peritoneal y de choque hipovolémico G-III, se decide LAPE, la cual se realiza 16 horas posterior a su ingreso por falta de autorización, se encuentra lesión de uréter derecho en tercio inferior con compromiso del 80% de su luz, a 3 cm de desembocadura hacia vejiga, lesión de ID a 140 cm AF y a 20 cm de VIC, múltiples lesiones perforantes mesenterio y borde antimesentérico, hemoperitoneo 1000 cc, contaminación macroscópica, lesión vena iliaca interna. Se realiza hemostasia de afluentes vena iliaca interna, anastomosis término-terminal en un plano de uréter derecho, EEATT en un plano a 140 cm de AF y a 20 cm VIC, lavado, secado de cavidad, drenaje de penrose a hueco pélvico. Evolución tórpida y reintervención al 4to día encontrándose necrosis del tercio distal del uréter derecho, se le realiza ureterovesicoanastomosis (técnica de Politano-Better), lavado y secado de cavidad, evolución

tórpida con tercera reintervención al 8vo día de su ingreso con hallazgos: uriperitoneo, necrosis de tercio distal de uréter derecho + fuga de orina, se le realiza ureterovesicoanastomosis (Reimplantación ureteral derecha + ferulización ureterovesical con sonda de alimentación 5 fr) colocación de penrose, cierre de abertura vesical. Buena evolución, se egresa posterior a la realización de urografía excretora, con paso a través de uréter derecho, retiro de sonda transuretral y de la sonda alimentación que se encontraban fijadas entre sí. **Comentario:** Las lesiones de uréter como ya se comentó son raras, siendo más frecuente la lesión en PAF, y por lo mismo generalmente no son únicas, sino que tienen lesiones asociadas, lo que provoca complicaciones en el manejo de las mismas, como sucedió en dos de los casos en los que se presentó necrosis de uretero y en uno se tuvo que realizar nefrectomía, lo importante en este tipo de lesiones es tomar en cuenta el mecanismo de la lesión y la localización de la misma, ya que cuando no se tiene la experiencia pueden pasar desapercibidas las lesiones y dar complicaciones y/o la muerte del paciente.

012 C 056

**FÍSTULA AORTODUODENAL**

Ramírez BJ, Flores Moy F, Romero HA, Albores ZO, Oki FI Hospital de Especialidades del CMN la Raza, IMSS.

Masculino de 69 años, antecedentes de HAS manejada con I-ECA, EAP manejada con ranitidina. Inicia con dolor abdominal de un mes de evolución, mediana intensidad, urente en epigastrio y mesogastrio y náusea. Cuatro días previos a su ingreso agudización, acompañado de hematemesis y evacuaciones melénicas. A su ingreso con mal estado general, compromiso hemodinámico por sangrado de tubo digestivo alto masivo, hipotensión, taquicardia, diaforesis, dificultad respiratoria y abdomen agudo. Valorado por Angiología decidiendo intervención de urgencia por aneurisma aórtico roto a cavidad abdominal. En la cirugía presenta PCR, se decide compresión manual de la aorta y RCP. Hallazgos de Angiología: aneurisma roto a cavidad abdominal de 15 cm y una fístula aortoduodenal (FAD) primaria. Resecan el aneurisma y colocan injerto aortobifemoral. Cirugía General realiza maniobra de Catell y de Kocher presentando nuevamente PCR que se revierte. Se identifica lesión fistulosa de 12 cm que abarca la cuarta porción del duodeno incluyendo 2 cm de yeyuno, se libera el intestino del ligamento de Treitz, se resecan las dos últimas porciones del duodeno y parte afectada del yeyuno, restableciendo continuidad del tubo digestivo con duodeno-yeyuno anastomosis en dos planos, exclusión pilórica y gastro-yeyuno anastomosis en dos planos, se finaliza el procedimiento con yeyunostomía tipo Stam y el cierre de pared por planos. El paciente ingresa a la UCI evolucionando tórpidamente, con acidosis metabólica, falleciendo 4 horas después por PCR. Pueden distinguirse dos tipos de FAD las primarias (por erosión de la aorta por placas de aterosclerosis, infección bacteriana y micótica) y las secundarias (complicaciones de injertos arteriales protésicos y procedimientos endovasculares). La localización más frecuente involucra la tercera (56.6%) y cuarta porción del duodeno (5.8%), de naturaleza letal por presentación subclínica. La tríada de dolor lumbar, hematemesis y masa pulsátil sospecha clínica de aneurisma de la aorta abdominal, debe sugerir como posible causa de sangrado de tubo digestivo por FAD. Se sugiere buena exposición de la fístula reali-



zando maniobra de Catell y de Kocher. Se puede efectuar un cierre primario de la aorta, se han reportado parches de epiplón en la aorta. Se recomienda la colocación de un injerto de Dacrón aortobifemoral y cierre primario de la FAD primaria. Se ha descrito la reparación endovascular con colocación de endoprótesis y posteriormente el cierre de la lesión duodenal.

013 C 058

#### COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS POR PATOLOGÍA ABDOMINAL AGUDA EN EL PACIENTE OBESO

Medina VE, Quezada AI, Fernández GMC, Cabrera AA, Neyra OE  
Hospital General de Atizapán, ISEM.

**Introducción:** La obesidad es común en muchas patologías abdominales, se considera factor de riesgo potencial para el desarrollo de complicaciones postoperatorias. **Objetivo:** Identificar el porcentaje de complicaciones postoperatorias en paciente obesos con abdomen agudo. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, transversal, comparativo. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años intervenidos de urgencia por alguna patología abdominal aguda y con IMC mayor de 18.5 kg/m<sup>2</sup>. Se formaron 3 grupos de acuerdo al IMC grupo B con sobrepeso IMC 25.0-29.9 kg/m<sup>2</sup>, grupo C obesos IMC > 30.0 kg/m<sup>2</sup>. Se compararon los grupos en relación a las características epidemiológicas, complicaciones postoperatorias, estancia hospitalaria y mortalidad. Se utilizaron estadísticos descriptivos. **Resultados:** El 24% de los pacientes intervenidos fueron obesos, predominó el sexo femenino con mayor prevalencia entre la 4a y 5a década. Las enfermedades asociadas fueron DM, HAS. El índice de morbilidad en el grupo A fue de 4.6%, grupo B 10% y grupo C 18%. Las principales complicaciones postoperatorias en los pacientes obesos fueron infección de la herida, seroma, neumonía e hipertensión postoperatoria. La estancia hospitalaria fue de 9 días en los pacientes obesos y la mortalidad del 2.4%. **Conclusiones:** La incidencia de mortalidad y morbilidad postoperatoria se encuentra elevada en el paciente obeso intervenido quirúrgicamente de urgencia por alguna patología abdominal aguda.

014 C 059

#### COMPLICACIONES DE LA DISECCIÓN DE CUELLO PARA CÁNCER TIROIDEO

Medina VE, Quezada AI, García EJ, Hernández CA, Morales P, Neyra OE  
Hospital General de México, Unidad de Oncología, Servicio de Tumores de Cabeza y Cuello.

**Introducción:** La disección radical modificada de cuello se ha propuesto para controlar la enfermedad local en cáncer de tiroides. El propósito de este estudio fue evaluar las complicaciones de dicho procedimiento. **Pacientes y métodos:** Se incluyeron 120 pacientes con diagnóstico de CA diferenciado del tiroides (papilar, folicular y células de Hürtle). Las operaciones incluyeron disección radical modificada de cuello terapéutica (central, lateral, suprahiodea) con o sin tiroidectomía total. Las complicaciones se determinaron en base al expediente clínico. **Resultados:** Un total de 120 disecciones fueron realizadas en un período de 10 años. Las complicaciones incluyeron hipocalcemia (25%) o hematoma de

cuello (2%). No hubo hipoparatiroidismo permanente. Las complicaciones fueron mayores cuando la disección de cuello se combinó con tiroidectomía. No hubo diferencia en grados de complicación entre la disección de cuello central, lateral, o central con lateral (28% vs 23% vs 31%, p = NS). No hubo complicaciones en el grupo de disección suprahiodea. Las complicaciones nerviosas (lesión del laríngeo recurrente y del espinal accesorio) se presentaron en 4.5%. El promedio de hospitalización fue 2.6 días. **Conclusiones:** La disección radical de cuello modificada puede ser efectuada en forma segura. La hipocalcemia transitoria ocurre más frecuentemente cuando la disección es combinada con tiroidectomía.

015 C 060

#### PÓLIPO ESOFÁGICO GIGANTE. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Lua RT, Hermosillo SJM, Carranza RJM, Guzmán GR, Venegas GU, Telleri DG  
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente IMSS.

**Antecedentes:** Los pólipos esofágicos benignos son raros, nacen en la porción cervical del esófago y crecen lentamente. Más frecuentes en ancianos, y causan disfagia intermitente. Puede haber hematemesis o melena si se ulceran. Los pólipos son solitarios, largos y cilíndricos, y producen dilatación esofágica. Están compuestos de tejido fibroblástico vascular. Se diagnostican con esofagograma y endoscopia. Se extraen por endoscopia con electrocoagulación del pedículo, pero es preferible la resección quirúrgica. **Objetivo:** Presentación de un caso. Informe del caso: paciente masculino de 46 años, tabaquismo y etilismo negados. Antecedente de resección de neurofibromas en pierna derecha y en tórax, sin otros antecedentes de importancia. Refiere desde hace 13 años presentar disfagia a sólidos, progresiva y más severa hasta hace 2 años, dificultad para vomitar. En mayo del 2001 manifestaciones de dispepsia y pérdida de peso de aproximadamente 20 kilos en año y medio. La endoscopia reveló pólipo esofágico que abarca los tres tercios del mismo con pedículo largo. La exploración física sin datos relevantes. Exámenes normales. **Resultados:** Se realizó resección del pólipo esofágico por abordaje cervical izquierdo, esofagotomía lateral y extracción con resección hasta su pedículo. Evolución postoperatoria sin complicaciones, egresado a los 7 días del postquirúrgico. Resultado histopatológico: pólipo fibrovascular. **Conclusiones:** Los pólipos esofágicos son raros, sin embargo, cuando se presentan condicionan sintomatología por obstrucción, por lo que está indicado su resección quirúrgica.

016 C 061

#### ADENOCARCINOIDE PANCREÁTICO

Hermosillo SJM, Pulido GI, Guzmán GR, Alemán SA, Rodríguez HN, Espinoza HDG  
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente IMSS.

**Antecedentes:** Los tumores carcinoides son raros, de crecimiento lento y más frecuente en tracto gastrointestinal (74%). Los sitios frecuentes son intestino delgado, apéndice y recto. Se reportan casos de adenocarcinoides en otras

localizaciones: esófago (0.04%), hepatobiliar (0.41%) y en páncreas (0.55%). Los adenocarcinoides tienen evidencia histoquímica, inmunohistoquímica y ultraestructural de componente celular de adenocarcinoma y características neuro-endocrinas. **Objetivo:** Presentación de caso. **Informe del caso:** femenino 36 años, antecedente de histerectomía por displasia cervical, resección quiste mamario y ovárico. Evolución un año y medio con dolor epigástrico, irradiación a hipocondrios, náuseas y vómitos, tratado con bloqueadores H2 sin mejoría. Pérdida de peso mayor del 10%. Exploración física complexión delgada, pálida, cardiorrespiratorio sin compromiso, abdomen con masa palpable en epi y mesogastrio, firme, de 15 x 15 cm, dolorosa. Biometría Hb 11.5, leucocitos 3400, plaquetas 193000. TP y TPT normales. Amilasa 1300. Alfa-fetoproteína 0.553. TAC: tumoración pancreática de cuerpo y cola, abarca el hemiabdomen izquierdo rechazando cámara gástrica sin comprometer paredes, con esplenomegalia. **Resultados:** Se realizó pancreatectomía subtotal (70%), esplenectomía, gastrectomía total, linfadenectomía del tronco celiaco y reconstrucción esofagoyunoanastomosis en Y de Roux. Histopatológico: carcinoma sólido pancreático mixto de células acinares y neuroendocrinas, inmunohistoquímicamente positivo a alfa-1 quimi tripsina y cromogranin A, 13 cm de diámetro mayor, estómago sin infiltración, límites quirúrgicos negativo a tumor. Ganglios linfáticos sin metástasis. Bazo congestivo. **Conclusión:** Los adenocarcinoides son entidades patológicas raras, y más aún en páncreas, y está indicada su resección quirúrgica.

017 C 062

#### HEPATICARCINOMA GIGANTE, PRESENTACIÓN DE UN CASO

Hermsillo SJM, Ramírez CV, Venegas GU, Pulido GI, Espinoza HD, Alemán SJ, Rodríguez HN  
Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS.

**Antecedentes:** El hepatocarcinoma es el tumor maligno hepático primario más común e incide esencialmente en pacientes con una hepatopatía previa de origen vírico, tóxico o metabólico. Tiene una incidencia anual de 0.02-0.06/1000 habitantes y estrechamente relacionados con portadores de virus de hepatitis B y C. Predomina en varones (6:1). Se presenta con mayor frecuencia entre los 50 y 70 años. **Objetivo:** Se presenta un caso de tumor abdominal gigante localizado en lóbulo izquierdo hepático, con marcadores tumorales y anticuerpos negativos. **Informe del caso:** Paciente masculino de 23 años que inició su padecimiento con plenitud gástrica, náusea y vómito, dolor inespecífico en epigastrio siendo progresivo en 8 meses y refiriendo una masa en abdomen superior, pérdida ponderal de 25 kilogramos. TAC demuestra tumor hepático. **Resultados:** Se realiza intervención quirúrgica encontrando tumor que abarca la totalidad del lóbulo izquierdo, de consistencia firme, con áreas blandas y nacaradas íntimamente adherido a epiplón, que ameritó trisegmentectomía izquierda, con peso de 2750 gramos. Resultado histopatológico de hepatocarcinoma moderadamente diferenciado grado II. **Conclusión:** El hepatocarcinoma es una neoplasia poco común en pacientes jóvenes, con una evolución muy irregular, ya que duplica su tamaño entre 1 y 20 meses. El índice de reseabilidad depende del tamaño y las alternativas del tratamiento como alcoholización percutánea, embolización y citostáticos han demostrado efecto transitorio favorable.

018 C 063

#### TIROIDES LINGUAL. REPORTE DE CASOS

Merino y VMD, Pulido GL, Fregoso AJM, Sereno TS, Alemán SA, Rodríguez HN, Espinoza HD  
Hospital de Especialidades, CMNO, IMSS. Guadalajara Jalisco.

**Antecedentes:** El tejido ectópico tiroideo localizado en base de la lengua y en la circunferencia de la papila es catalogado como tiroides lingual, es resultado de una migración anormal. Clínicamente es raro, encontrándose hasta en 10% en series de autopsias. **Objetivo:** Presentación de casos. Informe de casos. Caso 1. Femenina de 26 años, con disfagia a sólidos y líquidos, sensación de cuerpo extraño, fatiga, resequeidad de piel de 8 años de evolución. Masa de aproximadamente 3 cm en base de la lengua, superficie regular. Gammagrama tiroideo con Tc99m demuestra tiroides lingual. Hipofunción glandular. Caso 2. Femenina de 50 años, con disfonía de 6 meses, disfagia progresiva, disnea, intolerancia a cambios de temperatura. Masa en base de la lengua de aproximadamente 3 cm, de consistencia blanda, muy vascularizada. Gammagrafía con Tc99m demuestra tiroides lingual. Hipofunción glandular. **Resultados:** Ambas pacientes fueron intervenidas quirúrgicamente con resección total de tiroides lingual y posteriormente tratamiento sustitutivo con levotiroxina. Los reportes de histopatología en ambos fueron tiroides lingual benigna. **Conclusión:** La tiroides lingual es más frecuentemente encontrada en mujeres. En 70% de los casos se encuentra ausencia de glándula tiroidea normal. En ambos casos presentados el único tejido tiroideo encontrado fue en la base de la lengua y en ambos con hipofunción y sintomatología. La resección quirúrgica y tratamiento sustitutivo permanente hacen la cura total de la patología.

019 C 064

#### HEMANGIOMA HEPÁTICO GIGANTE. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Hermsillo SJM, Ramírez CV, Guzmán GR, Pulido GI, Espinoza HD, Alemán SJ, Rodríguez HN  
Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS.

**Antecedentes:** Los hemangiomas representan un 7% de los tumores hepáticos benignos, etiología incierta, ocurriendo en todas las edades, afectando 5 veces más al sexo femenino, usualmente asintomáticos, localizados más frecuentemente en lóbulo derecho, usualmente solitarios y típicamente menores de 3 cm. Cuando son mayores de 4 cm son clasificados como hemangiomas gigantes y el manejo quirúrgico de estos pacientes es prioritario cuando están sintomáticos. **Objetivo:** Presentación de un caso. Informe del caso: paciente femenino de 55 años, originaria de Tepatlán Jalisco, casada, ama de casa, Antecedentes heredo-familiares de infarto agudo al miocardio e hipertensión, personales no patológicos negados, personales patológicos, alérgica a ampicilina y trimetoprim sulfametoxazol. Inicia su padecimiento hace 3 años con dolor abdominal difuso, acompañando de náuseas, vómitos y distensión abdominal, los cuales fueron aumentando de intensidad y frecuencia. Refiere pérdida de peso de 4 kg en los últimos meses. A la exploración se aprecia masa abdominal en hipocondrio derecho dolorosa a la palpación profunda. Marcadores tumorales normales. **Resultados:** Se realizó resección de neoplasia de características vasculares en los segmentos 4 y 5, de aprox.

10 x 10 cm. Multilobulada, vascularizada, y otra de aprox. 3 cm en el segmento 5, sin complicaciones, egresándose al tercer día en buenas condiciones generales. Actualmente asintomática. **Conclusiones:** Los hemangiomas hepáticos gigantes, múltiples son raros, sin embargo cuando presentan sintomatología está indicada su resección quirúrgica.

020 C 065

### OCCLUSIÓN INTESTINAL SECUNDARIO A TUMOR INTESTINAL INTRALUMINAL

Guerrero RF, Aguilar RV, Priego NA, Martínez CG

**Objetivo:** Revisión caso clínico, **Material y métodos:** Masculino de 96 años APP: plastia inguinal derecha, PA: 24 horas de evolución, dolor abdominal intenso localizado en mesogastrio, sin irradiaciones, con vómito gastroalimentario, en 4 ocasiones, incapacidad para evacuar. EF: Afebril SC estables, cardiopulmonar sin compromiso. Abdomen distendido sin irritación peritoneal, dolor a la palpación media, peristalsis presente normal, Tr sin presencia de masas. Extremidades sin alteraciones. Laboratorio: leucocitos 12.40, PMN 91.2%, hb 12.9, htc 40.4, plt 411000, glucosa 171, nus 43, urea 92.2, creatinina 3.1, Cl 95, K 4.17, Na 138.6. Tp normal. Rx de abdomen espacios preperitoneales conservados, abundantes asas de delgado dilatación importante, ausencia de gas distal, manejo, sonda nasogástrica, soluciones parenterales para hidratar, mejoría parcial, canaliza gases. A las 24 horas. Sng líquido gástrico, peristalsis disminuida. 72 horas con placas de control sin cambios: se decide realizar laparotomía exploradora, con RG III. Se encontró líquido claro de 200 cc, no fétido, en intestino delgado a 110 cm de válvula ileocecal. Hay lesión intraluminal: recesión intestinal de 12 cm, con entero-enteroanastomosis. **Manejo:** Cefalosporinas y analgésicos. se instala NPT por 6 días. Se inicia VO oral, egresa. **Resultados:** Ileon. Linfoma no Hodgkin de células pequeñas no hendidas (bajo grado) que infiltra hasta la serosa. **Comentario:** Son del 3 al 6% de todas las neoplasias gastrointestinales, el linfoma intestinal primario 20%, es más frecuente de células T y en íleon, asociado a síndromes de mala absorción, manejo de resección y radiación. Curación hasta el 75% con enfermedad localizada.

021 C 066

### CIRUGÍA RADIOINMUNOGUIADA (CIRG) EN EL TRATAMIENTO DE CARCINOIDE RECURRENTE. REPORTE DEL PRIMER CASO EN MÉXICO

Padilla R, Mervitch N, Quijano F, Martínez A, Silva A, García R Hospital ABC, Hospital ABC, México D.F.

Los tumores carcinoides (TC) frecuentemente son pequeños y de crecimiento lento<sub>1</sub>. Pueden permanecer sin ser detectados en ausencia de síntomas. Los estudios diagnósticos no radioisotópicos tienen valores de certeza bajos (US, TAC y RMN 10-40%), mientras que la gammagrafía con octreótido marcado con In<sup>111</sup> (GOMIn) tiene 91% de sensibilidad<sub>2</sub>. La estrategia de vigilancia postresección es controversial y el diagnóstico de recurrencia se realiza frecuentemente al presentarse síndrome carcinoide o con enfermedad metastásica. Mujer de 25 años con diagnóstico de apendicitis aguda. Con hallazgo de tumor en íleon a 40 cm del ciego con un nódulo mesentérico palpable. Se resecó con márgenes negativos y con diagnóstico de TC de 1.2 cm penetrante hasta serosa con 1 de 3 ganglios linfáticos mesentéricos posi-

vos. Tratada durante 3 meses con interferon alfa (4.5-9 millones) 3 veces por semana. Valorada en un centro de cáncer norteamericano incluyendo TAC sin evidencia de actividad tumoral y en México se realizó RMN y niveles de 5 HIAA (Ácido 5 hidroxiindolacético) siendo normales. Sin embargo una GOMIn localizó una lesión sospechosa en mesenterio o intestino delgado no visible en estudios previos. Se realizó CRIG utilizando el Neo Probe Gamma Detector 2000 encontrando un ganglio linfático; positivo para metástasis de carcinoma neuroendocrino con inmunohistoquímica positiva (citoqueratina, sinaptofisina, cromogranina y Ki-67). Con rastro de control transoperatorio negativo. Este es el primer caso de CRIG exitosa para carcinoide en México, comprobando su utilidad en la resección de tumores pequeños no identificables por imagenología habitual (US, TAC y RMN).

022 C 067

### HISTORIA Y ESTADO ACTUAL DE LOS TRASPLANTES EN GUANAJUATO

Ayala GMA, Martínez HRM

Consejo Estatal de Trasplantes Guanajuato. León, Gto.

**Antecedentes:** Actualmente existen centros de trasplante de órganos en 26 de los 32 estados de la República Mexicana. Aunque en la mayoría de estos centros no se realizan toda la gama posible de trasplantes, existen programas de trasplante de riñón, córneas, corazón, hígado, páncreas, médula ósea y hueso. **Objetivo del estudio:** Describir el comportamiento de los trasplantes en el Estado de Guanajuato, así como la situación actual. **Material y métodos:** Se recopiló información de cada una de las Instituciones que trasplantan en el Estado de Guanajuato, así como del RNT. **Resultados:** En el Estado de Guanajuato, el Banco de Ojos del Hospital General Regional de León; de la Secretaría de Salud, es inaugurado el 19 de Septiembre de 1985. Inician sus actividades con tres trasplantes corneales por los Dres. J. Guadalupe Angel Plascencia, J. Jesús Malacara Hernández y Marco Antonio Aranda Torres. Hasta diciembre del 2001 el Hospital General Regional de León, ha realizado 137 trasplantes de córnea. En 1996 se inician trasplantes a nivel privado en la Cd. de Salamanca, Gto., siendo el responsable de los trasplantes de córneas el Dr. Luis Arturo Sánchez Vanzzini; realizando hasta diciembre del 2001, cuarenta trasplantes de córnea. En noviembre del 2001, inicia actividades el Instituto Oftalmológico Privado de Irapuato, realizando 5 trasplantes de córneas. El Hospital de Especialidades Número 1 del Centro Médico Nacional del IMSS, en León, Gto., realizó su primer trasplante renal en mayo de 1989, encabezado por el Dr. Armando Flores Guerrero. Habiéndose realizado ya 231 trasplantes renales a partir de donador vivo relacionado; y 19 trasplantes de donador cadavérico, hasta diciembre del 2001. La procuración de riñones en el IMSS, de donador cadavérico inició en 1997, por el Comité de Procuración coordinado por el Dr. Enrique M. Olivares Durán. No fue hasta septiembre del 2000 que se inician los trasplantes renales en el Hospital General Regional de León, encabezado por el Dr. José Trejo Bellido, y un año después se obtiene la primera donación cadavérica, hasta diciembre del 2001 se habían realizado 23 trasplantes, seis de ellos de donador cadavérico. En febrero del 2000 se inician los trasplantes de médula ósea, en el Hospital de Especialidades Número 1 del Centro Médico Nacional del IMSS, lográndose hasta diciembre del 2001, seis trasplantes, siendo pioneros en el Estado de Guanajuato el Dr. Pascual Palomares Anda y el Dr. Hilario Bara-

jas. Actualmente en el Estado de Guanajuato se realizan trasplantes en seis hospitales del sector salud; 2 públicos y 4 privados. **Discusión y conclusión:** El desarrollo histórico de los trasplantes en el Estado de Guanajuato ha evolucionado después de 16 años que se inició con córneas, tanto en cantidad como en variabilidad de órganos y tejidos que se pueden trasplantar. Respondiendo así en parte a las demandas de atención de las enfermedades susceptibles de trasplantes de los guanajuatenses.

023 C 068

#### ADENOMA PARATIROIDEO EN VENTANA AORTOPULMONAR

Castro IS, Ramírez MME, Peña GJF, Jurado RJG, Riera KC  
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional SXXI.

El hiperparatiroidismo primario, trastorno caracterizado por secreción elevada de hormona paratifoidea, en 85% de los casos es causada por un adenoma, la cirugía ofrece una tasa de curación aproximada del 99%, la reexploración por hiperparatiroidismo primario persistente (HPPP) es rara, la tasa de curación aproximada es del 90%, los casos de reexploración requieren estudios de localización preoperatorios. Se presenta un caso de HPPP localizado en la ventana aortopulmonar. Mujer de 45 años de edad testigo de Jehová, hipertensa. Inició con mialgias, artralgias e infección de vías urinarias recurrente; nefrocalcinosis bilateral, hipercalcemia, hipofosfatemia y elevación de PTHi, sometida a resección de "adenoma de paratiroideo izquierdo" con hemitiroidectomía ipsilateral, reporte histológico de glándula paratiroides normal y tiroiditis linfocítica; continuó con hiperparatiroidismo, fue enviada a nuestro hospital. Se determinó HPPP; los estudios de localización no identificaron la lesión, Ca++ 14.5 mg/dl, P 2.2 mg/dl, Cr.1.6 mg/dl, PTHi 239 pg/ml. Se realizó reexploración sistemática de cuello, complementando tiroidectomía, exploración mediastínica, timectomía y disección selectiva bilateral de cuello; el ETO no identificó tejido paratiroideo. Reporte histológico con tiroiditis linfocítica, fragmento de paratiroides y timo en involución. Continuó con HPPP; nuevos estudios: MIBI Tc99 positivo en mediastino posterior, TAC con tumor en ventana aortopulmonar. Se reexploró mediante toracotomía posterolateral izquierda, encontrando la lesión, estudio histológico, adenoma de 4 x 3 cm. Actualmente Ca++ de 9.3 mg/dl, P 3.4 mg/dl y PTHi de 35.6 pg/ml, asintomática. **Conclusiones:** Si no existe información precisa de cirugías anteriores, y no se logre la localización de la lesión, es necesario una reexploración sistemática de cuello y mediastino.

024 C 069

#### MUCOCELE APENDICULAR

Romero QLC  
Hospital General de Tulancingo, Hgo, SSA. Área Académica de Medicina Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

**Antecedentes:** El mucocele es una dilatación quística del apéndice vermiforme que contiene material mucoso y que es originado por diversas enfermedades. **Objetivo:** Informar y discutir un caso de mucocele apendicular. **Informe del caso:** Se trata de paciente masculino de 27 años de edad, que presenta un cuadro de abdomen agudo, cuyas manifestaciones clínicas fueron, el dolor abdominal, fiebre y vómito. El abordaje diagnóstico para el paciente incluyó el cuadro clínico, biometría hemática completa, placas sim-

ples de abdomen de pie y decúbito y tele de tórax, encontrándose datos clínicos de patología apendicular, en la bh leucocitosis de 27000, con neutrofilia y bandemia, los datos radiológicos encontrados fueron similares a los de patología apendicular. El tratamiento consistió en realizar apendicectomía, reportando como dx histopatológico mucocele apendicular. Siendo la evolución clínica del paciente satisfactoria sin complicaciones. **Conclusión:** El mucocele apendicular es una entidad poco frecuente. La apendicectomía es el tratamiento para enfermedad benigna, en los casos en que se documenta malignidad se recomienda la realización de hemicolecotomía derecha.

025 C 070

#### APENDICITIS GRANULAMATOSA CRÓNICA FÍMICA. REPORTE DE UN CASO

Vargas HJ, Cota RP, García NR, Ramírez OB, Pazaran MC, Ovando JE, Gómez CR, Aguilar MJ, Aznar AJ, Torres HG, Jaramillo AR, Ortiz ZMA, Quiroga S  
Hospital General de Tlalnepantla Valle Ceylan, Segundo Nivel de Atención.

**Objetivo:** Reporte de un caso. Femenino de 25 años de edad, dedicada al hogar, escolaridad 5° año de primaria, lugar de nacimiento México DF, unión libre, A H F niega Combe. Proviene de medio socioeconómico medio bajo, habitación urbana, físico deficiente, con hacinamiento, servicios básicos de urbanización, alimentación higiénica, adecuada, insuficiente, poco variada e incompleta, tabaquismo mínimo de 5 años a la fecha, alérgica a la penicilina, AGO: Menarca a los 9 años, ritmo 28 x 4, eumenorreica, IVSA 20 años, heterosexual, una pareja circuncidada, G2, P2, FUP hace 2 años en medio hospitalario, última menstruación normal en tiempo y características 25 días antes, sin método de PF, DOC nunca. Inicia su padecimiento 2 días previos a su ingreso con dolor tipo cólico en fosa iliaca derecha, de poca intensidad que incrementa paulatinamente hasta ser intolerable, sin irradiaciones que aumenta a la movilización, niega ingesta de medicamentos. Aps. y Sist. Negó sintomatología. Exploración Física: SV. TA 110/80, FC 80x min, FR 18x min, T° 36°C. Buenas condiciones generales en posición antiálgica, buena hidratación, cráneo, cuello normales, campos pulmonares con buena entrada y salida de aire, vibraciones vocales y murmullo vesicular normales, no estertores o frotos, área cardiaca sin patología. Abdomen distendido +. En fosa iliaca derecha hiperestesia e hiperbaralgesia, con resistencia muscular a las maniobras, signos de McBurney, Capurro, Rovsing, Psoas, Obturador y Von Blumberg, positivos, no visceromegalias o plastrones, peristalsis disminuida de intensidad y frecuencia, exploración ginecológica sin alteraciones. Laboratoriales Hb 12.9, hto 41%, leucocitos 9200, TP 12" (100 %), TPT 55", plaquetas 258000, grupo O +, glucosa 94. Tratamiento quirúrgico con diagnóstico de apendicitis aguda no complicada, incisión Mc Burney. Hallazgos transoperatorios: Líquido de reacción peritoneal citrino en moderada cantidad, asas normales. Apéndice cecal de 9 cm de longitud, serosa blanquecina, edema de su pared y meso, natas fibrinosas en su derredor que lo adhieren a asas adyacentes. Técnica: Apendicectomía tipo Halsted. Evolución postoperatoria buena con alta al 2° día de postoperatorio en buenas condiciones generales con signos vitales normales, tolerando la dieta. **Resultados:** Resultado histopatológico: apendicitis granulomatosa crónica compatible con proceso fímico con tinción de Ziehl Neelsen positiva. Es localizada por el departamento de Epidemiología quedando a su cargo para control y tratamiento,

hasta el momento asintomática y en buenas condiciones generales. **Conclusiones:** La tuberculosis se mantiene como una enfermedad relativamente frecuente en los países en desarrollo, su incidencia de hasta 400 a 500 personas por cada 100,000 habitantes. La enteritis tuberculosa hoy día causa menos de 10% de casos publicados. El sitio de afección es el área ileocecal en el 85% de los casos. Con frecuencia el diagnóstico no se establece antes de la intervención quirúrgica.

026 C 071

#### COLECISTITIS EOSINOFÍLICA. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Servín TE, Fernández de Castro EJ, Velázquez GA, Delgado TGH, Cabildo FAE, Flores EM, Vega DJM  
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza IMSS. México D.F.

**Objetivo:** Presentación de un caso. **Antecedentes:** La colecistitis eosinofílica fue descrita por Albot en 1949, su etiología es desconocida y se cree que es una forma extraintestinal de la gastroenteritis eosinofílica, es una condición rara, aunque se ha reportado asociada a colecistitis acalculosa. La colecistitis eosinofílica no puede ser distinguida clínicamente de la colecistitis común y es una regla que lleve a la colecistectomía, puede estar asociada a inflamación del árbol biliar, lo que recientemente se ha denominado colangitis eosinofílica y en donde la exploración del colédoco no debe ser realizada. **Caso:** Paciente masculino de 49 años de edad con antecedentes de tener una hermana con LES, presenta HAS, hiperlipidemia mixta familiar así como rinitis alérgica. Inicia su PA hace dos semanas con dolor tipo cólico localizado en hipocondrio derecho de moderada intensidad, postprandial tardío, se acompaña de dispepsia, náusea sin llegar al vómito, hace 5 días presenta diarrea acuosa. EF consciente, orientado, con buen estado general, cardiopulmonares sin compromiso, el abdomen doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, Murphy positivo, peristalsis presente. LABS Hb 16.7 Hcto 49.7 Leucos 5.0 Neu 60% Lin 32.6% Mon 5.1% Eos 1.6%, TP 11.5 TTP 28.5 Glu 98, Creat 1.2 BT 1.25. US reporta VB con paredes engrosadas de 4 mm sin litos en su interior. Transoperatorio: Vesícula de 10 x 5 x 6 cm sin litos. **Conclusión:** La importancia diagnóstica de la colecistitis eosinofílica radica en que puede haber exacerbaciones en otros órganos: estómago, intestino delgado, colédoco, las cuales pueden ser suprimidas con corticoesteroides.

027 C 072

#### AMEBOMA Y ABSCESO HEPÁTICO AMIBIANO. ASOCIACIÓN CLÍNICA POCO FRECUENTE

Fernández del Valle R, Segura I, Alvarez S, Cervantes R, Malo G  
Hospital Mocol. Grupo Angeles. Ciudad de México.

La amibiasis intestinal es un problema de Salud pública en México, las complicaciones incluyen: perforación con peritonitis, apendicitis, ameboma, amibiasis cutánea, absceso hepático amibiano, pericarditis y absceso cerebral. El absceso hepático amibiano es la segunda causa más común en el Occidente y, es más frecuente que el absceso piógeno en los países del tercer mundo. **Objetivo:** Reportar la asociación clínica de amibiasis intestinal complicada con ameboma y absceso hepático amibiano, historia clínica, tratamiento, evolución y revisión de la literatura. **Reporte del caso:** Femenino

de 60 años con dolor abdominal intenso de dos días de evolución en epigastrio e hipocondrio derecho. Fue manejada inicialmente como fractura costal, medicada con AINES sin mejoría. Posteriormente se diagnosticó neumonía, tratada con múltiples antibióticos sin mejorar el cuadro. Se agregó escalofrío y fiebre de 38° C. Ingresó con derrame pleural e intensificación del dolor abdominal. Se sometió a laparotomía exploradora por abdomen agudo: ameboma en ciego, abscesos hepáticos en lóbulo derecho e izquierdo, cirugía: hemicolectomía derecha, ileotransverso anastomosis. **Conclusión:** Considerar complicaciones de la amibiasis intestinal como causantes de abdomen agudo, dar tratamiento médico y quirúrgico en caso necesario y evitar retraso en el diagnóstico.

028 C 073

#### TRICOBEOZAR RECIDIVANTE INFORME DE UN CASO

Vera SDA, Geling de Alba G, Kuri OJA, Sandoval RJM  
Hospital General de Zona No. 2 "Dr. Francisco Padrón Puyol". San Luis Potosí, SLP

El término de bezoar derivado del árabe badzher o del peesa padzhar, que significa antídoto o de pad que significa defensa y zahr veneno. Actualmente se aplica este término a concreciones de diversas sustancias extrañas encontradas en el estómago o intestino del hombre. La enfermedad fue informada por Sushruta en India en el siglo XII A.C., así como también por Charak en el siglo II y III A.C. Baudamannt describió por primera vez en 1779 un tricobezoar pero hasta 1883 fue realizado el primer tratamiento quirúrgico por Schonborn. Bekey y Oschner en 1939 recolectaron 303 casos en una amplia revisión de informes publicados, y sólo 100 casos más fueron encontrados por Tondreau y Kirklin. El bezoar más común siendo el Tricobezoar, el cual consiste en gran cantidad de pelo aglomerado entre sí que llega a formar un molde perfecto del estómago o incluso de todo el intestino (Síndrome de Rapunzel), descrito por Vaughm y cols. Cruz Cisneros 1976, Vivek Sharma reportaron casos similares hasta el colon. El Tricobezoar es una patología encontrada más frecuentemente en mujeres jóvenes en la serie recolectada por Bekey y Oschner el 80% fueron < 30a, y 90% mujeres. Si bien el Tricobezoar es secundario a ingestión de pelo, la causa precisa de esta patología no se conoce con claridad, sólo se he encontrado en un 95 de los pacientes con trastornos psiquiátricos o mentales manifiestos y se cree que en el resto de los pacientes la tricofagia es secundario a un desajuste de la personalidad. **Caso clínico:** Femenina de 17 años, estudiante de bachillerato, originaria de Lima, Perú y residente de Matehuala, SLP México. Antecedente de cirugía abdominal a los 5 años de edad en Lima, Perú, extrayendo tumoración gástrica, diagnosticada como tricobezoar. Actualmente acude al servicio de Cirugía General del HGZ 2 del IMSS SLP por iniciar con 3 meses taras con dolor abdominal relacionado a la ingesta de alimentos.

029 C 074

#### EVALUACIÓN DEL ÍNDICE DE MANNHEIM (IPM) EN EL PRONÓSTICO DE PERITONITIS SECUNDARIA COMPARADO CON APACHE II

Hermosillo SJM, Gómez HE, Gutiérrez RJS, Guzmán GR, Pulido GI, Rodríguez HN, Alemán SA, Hernández HS.

**Antecedentes:** El pronóstico de peritonitis secundaria es difícil de evaluar ya que los grupos de padecimientos rela-

cionados no son comparables, los tratamientos difieren, y no hay definiciones y criterios universalmente aceptados. Se utilizan diversos sistemas de clasificación, para predecir el pronóstico de la enfermedad y el inicio del tratamiento.

**Objetivo del estudio:** Evaluar el índice de Mannheim en el pronóstico de pacientes con peritonitis secundaria en comparación al APACHE II. **Material y métodos:** Se hizo una revisión de expedientes retrospectiva y comparativa entre dos grupos de pacientes: 1) sobrevivientes y 2) defunciones comparando APACHE II vs IPM en pronóstico de mortalidad. **Resultados:** Se estudiaron 102 pacientes de noviembre de 1999 a junio del 2002. Grupo 1 con 49 pacientes, media de edad de 52.2 (rango de 24-86) y grupo 2 con 53 pacientes con edad media de 64.5 (rango de 22-94), la distribución por sexo 21 mujeres y 32 hombres. El APACHE II en el grupo uno en promedio fue de 9.9 y en el grupo 2 de 20.2. El índice de peritonitis de Mannheim en el grupo 1 fue < 26 puntos y en el grupo 2 > 26 puntos en promedio. **Conclusiones:** Ambas escalas son útiles en la evaluación pronóstica de los pacientes con peritonitis secundaria, sin embargo, el IPM es más sencillo de evaluar.

030 C 076

#### MANEJO TARDÍO DE PERFORACIÓN ESOFÁGICA SECUNDARIA A CIRUGÍA ANTIRREFLUJO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Ramírez CV, Hermosillo SJM, Guzmán GR, Aparicio GC, Hernández S, Rodríguez HN Alemán SA  
Centro Médico Nacional de Occidente. IMSS. Guadalajara, Jalisco.

**Antecedentes:** La perforación esofágica es devastadora. El éxito es inversamente proporcional a la demora en el reconocimiento e inicio del tratamiento. La mayoría de las series revela que 60% es iatrogénica y de éstas el 15% es en esófago abdominal. **Objetivo del estudio:** Presentación de un caso. **Informe del caso:** Paciente masculino de 43 años, sometido a funduplicatura Nissen 7 días previos al envío a 3er nivel, con lesión incidental de esófago abdominal, la cual se reparó transoperatoriamente. Sin embargo, el paciente evoluciona con mal estado general, con datos de respuesta inflamatoria sistémica, por lo que es referido. A su ingreso se realiza esofagograma con contraste hidrosoluble evidenciando fuga del tercio distal, con datos radiológicos de mediastinitis. Se somete a cirugía urgente con hallazgo de dehiscencia total del cierre primario de esófago, líquido fibrinopurulento espeso fétido en hiato y mediastino, con hallazgo de un textiloma. **Resultados:** Se realiza esofagectomía transhiatal, esofagostoma cervical, más cierre de muñón gástrico y gastrostomía, con drenaje mediastinal. Se reintervino en dos ocasiones para lavado y drenaje. Se dio apoyo nutricional con NPT y NET. Se egresó por mejoría. **Conclusión:** La perforación esofágica secundaria a cirugía periesofágica debe ser sospechada en forma temprana para dar un tratamiento adecuado temprano. En el caso de las detecciones tardías es conveniente el manejo agresivo con esofagectomía transhiatal y drenaje mediastinal.

031 C 077

#### LA ENFERMEDAD QUÍSTICA HEPÁTICA GIGANTE ¿SE PUEDE RESOLVER CON CIRUGÍA ENDOSCÓPICA? PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Reyes ILA, Aguilar SO, Avila VG, Sánchez MR, Reyes IMC, Mondragón SA, Figueroa BSA  
Hospital "1 de Octubre" ISSSTE, Hospital "20 de Noviembre" ISSSTE Servicio de Cirugía Experimental.

**Antecedentes:** Los quistes no parasitarios del hígado son raros, generalmente asintomáticos, y pocas veces requieren tratamiento quirúrgico. Pueden ser únicos o asociados a enfermedad poliquística. Sus manifestaciones quísticas son generalmente debidas a compresión de órganos adyacentes. El tratamiento quirúrgico está indicado cuando son sintomáticos. Presentamos el caso de un paciente con un quiste hepático no parasitario gigante asociado a enfermedad poliquística, resuelto por laparoscopia. **Presentación del caso:** Femenino 60 años, con quiste hepático gigante, con historia de larga evolución de dolor abdominal en hipocondrio derecho. Se realizó US y TAC abdominal, encontrando enfermedad poliquística, con un quiste hepático de 14 x 16 cm en el lóbulo izquierdo del hígado. Se decidió tratamiento quirúrgico el cual se realizó por vía laparoscópica, se realizó destechamiento y "marzupialización" de manera exitosa. El paciente se encuentra asintomático a 15 meses de seguimiento. **Conclusión:** En este caso, la enfermedad quística no parasitaria del hígado fue resuelta en forma eficaz y segura por vía laparoscópica, obteniendo los beneficios que la misma otorga la técnica de invasión mínima.

032 C 078

#### FIBROMATOSIS MULTICÉNTRICA EN EL SX DE GARDNER

Ortiz GJ, Reyes SMP, Valderrama LJJ, Padilla RAE, Sánchez LR, Cuellar HM, Martínez SH  
Departamento de Piel y Partes Blandas del Instituto Nacional de Cancerología (INCAN), Hospital General de México OD. México, D.F.

**Antecedentes:** El síndrome de Gardner (SG), es una entidad hereditaria autosómica dominante asociada a poliposis adenomatosa familiar (PAF). Se caracteriza por adenomas colónicos y del intestino delgado, lipomas, desmoides abdominales, quistes sebáceos, osteomas y fibromas. La coexistencia de fibromatosis multicéntrica (abdominal y extra-abdominal) y PAF es poco común. **Objetivo:** Informar de un caso de fibromatosis multicéntrica asociada al SG. **Informe del caso:** Femenino de 34 años de edad, con historia familiar positiva para poliposis intestinal. Antecedente de 4 años de postoperada de colectomía total con íleo-recto anastomosis. Padece de 1 año con tumor desmoide de la pared abdominal resecado con márgenes amplios. Nueve meses después desarrolla un tumor desmoide en región interescápulo vertebral, el cual es resecado y el estudio histopatológico demuestra tumor en lecho quirúrgico sobre los cuerpos vertebrales. **Resultados:** El diagnóstico final es de fibromatosis músculo-aponeurótica multicéntrica y poliposis adenomatosa variante vellosa, asociados al SG. Actualmente la paciente se mantiene en control por consulta externa. **Discusión:** La incidencia de fibromatosis en pacientes con poliposis es de 10%. Es más probable que los tumores asociados al SG sean multicéntricos y posean una tasa de recurrencia mayor que los pacientes sin poliposis. **Conclusiones:** La detección temprana de la enfermedad permite el tratamiento quirúrgico antes de la transformación maligna de los pólipos. La colectomía profiláctica es una buena opción. La excisión local amplia con márgenes de 2-3 cm trata adecuadamente la fibromatosis multicéntrica.

033 C 079

**LINFANGIOMA QUÍSTICO INTRAABDOMINAL**

Reyes SMP, Ortiz GJ, Padilla RAE, Cuellar HM  
Hospital General de México OD. Instituto Nacional de Cancerología (INCAN). México, D.F.

**Antecedentes:** Los linfangiomas quísticos son tumores benignos raros del sistema linfático caracterizados por espacios quísticos de tamaño variable Galifer y cols. encontraron 139 casos en la literatura Inglesa hasta 1978. **Objetivo:** Informar el caso de un paciente pediátrico con linfangioma quístico localizado en el mesenterio y espacio retroperitoneal. **Informe del caso:** Paciente femenino de 16 años de edad con dolor abdominal difuso asociado al esfuerzo, de dos semanas de evolución. Al examen físico se palpa tumor renitente en hemiabdomen superior. La tomografía axial computada demostró tumor retroperitoneal derecho con atenuación mixta. Se realiza laparotomía exploradora con el hallazgo de tumor quístico, multilobulado de 20 X 15 X 20 cm, localizado en mesocolon transversal y espacio retroperitoneal en la región peripancreática y retroaórtica. El examen transoperatorio reporta linfangioma. **Resultados:** El diagnóstico anatómico-patológico definitivo es de linfangioma quístico del mesocolon y retroperitoneo. A dos meses del postoperatorio se encuentra asintomática. **Discusión y conclusiones:** El 60% de estos tumores se presentan antes de los 5 años de vida y un porcentaje significativo se manifiesta en la vida adulta. La localización más común es el mesenterio seguida del epiplón, mesocolon (11%) y retroperitoneo (5%). Generalmente los síntomas son por efecto de masa y el diagnóstico puede ser sospechado en combinación con la imagenología. Se debe hacer diagnóstico diferencial con neoplasias como el mesotelioma multiquístico peritoneal.

034 C 080

**METÁSTASIS CEREBRAL EN CÁNCER DE LA UNIÓN ESOFAGOGÁSTRICA. INFORME DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

Aguilar MJM, Ruiz MJM  
Instituto Nacional de Cancerología, Departamento de Cirugía Gastrointestinal.

El carcinoma de la UEG se caracteriza por tener un crecimiento local extenso, metastatizar a los ganglios linfáticos e invadir las estructuras vecinas previamente a la diseminación a distancia. (hígado, pulmón, pleura, estómago, peritoneo, riñón, glándulas suprarrenales y hueso). Las metástasis cerebrales por cáncer de la UEG son poco comunes, solamente se reporta en la literatura menos del 1%. Masculino de 33 años de edad con cuadro de disfagia de 2 meses de evolución, se realiza endoscopia presentando lesión exofítica fungante, desde los 35 a los 40 cm de forma circunferencial, con RHP. Adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Recibió neoadyuvancia con QT/RT a base de 5FU y CDDP 4 ciclos y 35 Gy. Se evaluó respuesta con endoscopia de control con tumor residual de 4 mm de aspecto polipoide y ulcerado a nivel de la UEG. Se realizó esofagectomía transhiatal con ascenso gástrico, el reporte de la pieza quirúrgica fue: Adenocarcinoma de tipo intestinal moderadamente diferenciado ulcerado infiltrante de la UEG que infiltra toda la pared hasta la adventicia originado en esófago de Barrett, metástasis ganglionares

en 6/16 ganglios linfáticos. Tres meses después en su seguimiento presenta cefalea frontal derecha, progresiva y posteriormente síndrome deficitario motor hemicorporal izquierdo con hemiparesia desproporcionada de predominio podálico izquierdo y signos piramidales ipsilaterales. La TAC cerebral muestra lesión bien delimitada en frontoparietal derecha la cual presenta reforzamiento del medio de contraste endovenoso. Recibió 30 Gy a cráneo en 10 fracciones y un mes posterior al término del tratamiento se presenta en cita de control con prácticamente remisión de la sintomatología neurológica, únicamente refiere dificultad para enfocar ojo derecho.

035 C 081

**APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA. TÉCNICA CLÁSICA CON SUTURAS COMUNES**

Aguilar S, Aburto A, Fuentes H  
Hospital Torre Médica. Irapuato, Gto.

Paciente femenina de 17 años de edad que inicia su padecimiento el día 28 de junio 2002 por la mañana con dolor abdominal en epigastrio que en pocas horas se localiza a fosa iliaca derecha, con 1 vómito y fiebre de 38.2 °C, a las 12 horas de inicio del dolor, a la exploración se encuentra con rebote, rovsing, psoas y obturador positivos. Tiene leucocitosis de 16900 con neutrofilia y sin bandemia. Las placas de abdomen revelan 1 fecalito en área de fosa iliaca derecha en zona de apéndice y disminución en el espesor en el psoas del mismo lado sin borramiento del mismo. El ultrasonido pélvico reveló área apendicular con fecalito que muestra sombra sónica y es sugestivo de apendicitis. Se decide laparoscopia diagnóstica y terapéutica con técnica de 3 trócares, uno infraumbilical, otro suprapúbico de 10 mm y otro en flanco derecho de 5 mm, se visualiza el apéndice cecal con adherencias y líquido inflamatorio, con necrosis en su porción medio en área de fecalito, se disecciona, se pasan dos ligaduras con prolene 0 a mesoapéndice y arteria apendicular, el apéndice queda libre hasta su base y se colocan dos ligaduras proximales y una distal con mismo prolene y se corta entre ellas extrayendo el apéndice por el trocar suprapúbico sin que haya contacto con pared abdominal y desechando inmediatamente el trocar. Se lava cavidad, se revisa muñón apendicular, se coloca drenaje suprapúbico, la aponeurosis de los orificios de 10 mm se cierra con prolene del 0 y la piel con nylon 000. Se tiene video para mostrar. La evolución postoperatoria es excelente, a las 5 horas deambula y se siente bien, tolera líquidos a las 8 horas y dieta blanda a las 18 horas y es dada de alta 36 horas después una vez que se trató con antibióticos parenterales doble esquema amikacina-metronidazol. Se retira drenaje en 3 días. Se retiran puntos de piel el 4 julio 2002 con excelente evolución y buen resultado cosmético. **Conclusiones:** Se describe este caso sólo para comentar algunos aspectos de la apendicectomía tradicional *versus* apendicectomía laparoscópica. En 1983 Kurt Semm describió la primera apendicectomía por laparoscopia, desde entonces su desarrollo ha sido gradual pero más bien lento y no ha incurrido ampliamente en el campo del cirujano como la colecistectomía e incluso la funduplicatura. Después de 19 años se ha observado que la apendicectomía por laparoscopia es segura, y se ha documentado que en casos de abscesos intraabdominales la evolución postoperatoria es mejor que la abierta, que la morbilidad postoperatoria en general es menor, aunque persiste el escepticismo probablemente por el desconocimiento de la técnica, la necesidad de

tecnología y recursos humanos especializados y el mayor costo del procedimiento. En la mujer, iniciar una operación con laparoscopia permite descartar patología ginecológica o bien otro padecimiento quirúrgico. Muchos cirujanos han utilizado grapadoras automáticas para cierre de muñón apendicular, bisturí armónico para la arteria apendicular y mesoapéndice, grapas, etc., y esto ha encarecido y dificultado mucho su utilización cotidiana. Se describe aquí una técnica ya realizada por otros, en la que no es necesario grapadora automática, clips de ningún tipo ni bisturí armónico y quizá se puede prescindir hasta del electrocauterio. (ver video). Se utiliza y recomienda la técnica clásica no invaginante del muñón. (así lo he hecho en abierta en los últimos 14 años). Se recomienda apegarse a la técnica clásica al hacerlo por laparoscopia: Abordar, disecar, abrir fascia de Told si es necesario, disecar mesoapéndice y ligar con ligadura, ligar apéndice con sutura, lavar cavidad y aspirar, dejar drenaje con mismos criterios. Al practicar la apendicectomía laparoscópica con los mismos pasos y principios que en la abierta se evitarán complicaciones transoperatorias, quemaduras de tejidos, que se vierta el contenido altamente contaminado del apéndice a la cavidad. Quizá la tecnología utilizada sea más costosa pero la morbilidad disminuye según publicaciones en apendicitis simple y complicada. Si bien es cierto que se requiere el desarrollo de destreza en técnicas avanzadas, sutura y ligadura. La técnica está al alcance del cirujano general en cualquier parte de la República Mexicana.

036 C 082

#### CARCINOMA DE CONDUCTOS BILIARES. REVISIÓN DE LA LITERATURA

Aguilera SJ, Hermosillo SJM, Ramírez CV, Morales J, Guzmán R, Cortes C  
Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Departamento de Cirugía General. Guadalajara, Jalisco.

**Antecedentes:** Los carcinomas de los conductos biliares extrahepáticos son raros y generalmente se les reconoce tarde en su curso en nuestra sociedad. **Objetivo:** Reporte de caso y revisión de la literatura de los carcinomas de conductos biliares. **Informe del caso:** Se trata de paciente femenino de 60 años sin antecedentes de importancia, la cual refiere pérdida de peso de 10 kg, además de acolia, coluria e ictericia de 2 meses de evolución acompañado de dolor abdominal. A la exploración ictericia generalizada, dolor a la palpación en hipocondrio derecho. Se realiza CPRE donde se observa obstrucción del conducto hepático común. **Resultados:** Intervenido quirúrgicamente encontrando neoformación de conducto hepático común con obstrucción de ésta en 100% de su luz, por lo que se realiza una hepato-yeyuno anastomosis en Y de Roux. **Discusión:** En series de autopsias, la incidencia de cáncer de las vías biliares varía entre 0.01 a 0.46%. Predominio masculino sobre femenino 3:1, promedio de edad de 60-65 años. Los adenocarcinomas constituyen más del 95%. La localización más común es colédoco (33-40%), seguida por el conducto hepático común, la bifurcación del conducto hepático y el conducto cístico. Se asocia factores como dilataciones quísticas, hepatolitiasis, parasitosis hepáticas, colangitis esclerosante primaria y colitis ulcerosa. Más del 90% hay ictericia, también prurito, dolor abdominal leve, anorexia, fatiga, acolia, coluria y pérdida de peso. La evaluación radiográfica a base de ultrasonido, TAC, colangiografía percutánea y

CPRE. El tratamiento se dirige a resecar el tumor, si es posible, o paliar los síntomas aliviando la obstrucción.

037 C 083

#### TUMOR DE PARED TORÁCICA, RESECCIÓN Y RECONSTRUCCIÓN. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Aguilera SJ, Castro CJM, López PS, Hermosillo SJM  
Departamentos de Oncología, Tórax y Cardiovascular, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Cirugía General. Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS. Guadalajara, Jalisco.

**Antecedentes:** Los tumores de pared torácica son relativamente poco frecuentes. Pueden estar afectados tanto tejidos blandos como óseo. Sin embargo, el determinante más importante de su manejo es la resección de la neoformación con la reconstrucción del defecto, que requiere la participación de un grupo interdisciplinario altamente calificado. **Objetivo:** Informe de un caso de tumor de pared torácica, su resección y reconstrucción. **Informe de caso:** Paciente masculino de 45 años, el cual refiere crecimiento de masa en tórax, con leve dolor. A la exploración masa de 8 x 7 cm en tórax anterior izquierdo, adherida a pared. **Resultados:** Es intervenido quirúrgicamente, se realiza resección amplia de dicha masa con resección costal, reconstrucción de pared con Gore-Tex. Histopatología reporta displasia fibrosa. **Discusión:** La displasia fibrosa (20%), metástasis (16%) y condrosarcomas (11%) son las tumoraciones más frecuentes localizadas en la pared torácica. Las alteraciones laboratoriales o clínicas son inciertas por lo que las especulaciones acerca de su malignidad o benignidad no tiene importancia por lo que debe de considerarse maligna en tanto no se demuestre lo contrario. Las manifestaciones clínicas son dolor, masa palpable o una radiografía de tórax anormal. El diagnóstico diferencial incluye algunas infecciones pulmonares poco comunes como actinomicosis, nocardiosis y condritis tuberculosa. **Conclusiones:** El índice alto de malignidad de las neoplasias de la pared torácica hace necesaria una actitud agresiva en el tratamiento de cualquier masa que es probable que corresponda a un tumor primario. Por lo que debe realizarse resección amplia con reconstrucción del defecto por un equipo humano especializado.

038 C 084

#### DIVERTÍCULO DUODENAL COMPLICADO: INFORME DE UN CASO

Aguilera SJ, Morales J, Hermosillo SJM, López GR, Guzmán R, Cortes C.  
Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Departamento de Cirugía General. Guadalajara, Jalisco.

**Antecedentes:** La gran mayoría de los divertículos duodenales son asintomáticos, sin embargo en una serie de 1064 casos reportada en la literatura, sólo uno tuvo una complicación que requirió de tratamiento. **Objetivo:** Informe de caso de divertículo duodenal complicado. **Informe del caso:** Paciente masculino de 48 años con ingresos frecuentes hospitalarios por cuadros intermitentes de pancreatitis sin antecedentes de alcoholismo y/o colecistitis. Paraclínicos reportan pancreatitis, serie gastroduodenal con presencia de divertículo duodenal en segunda porción del duodeno posterior. **Resultados:** Intervenido quirúrgi-



camente realizando switch duodenal debido a inaccesibilidad de su localización. Posterior a cirugía cuadros de pancreatitis remiten considerablemente. **Discusión:** Los divertículos duodenales primarios son solitarios (90%) y la mayor parte ocurre en la segunda porción del duodeno (80%), por lo común en su concavidad en la región de la ampulla de Vater. Las complicaciones más comunes pueden dividirse en aquellas relacionadas con la presión sobre estructuras adyacentes y aquellas causadas por la inflamación. La ictericia, la colangitis, la pancreatitis aguda o crónica y la obstrucción duodenal pueden ser el resultado de la compresión mecánica, mientras que la diverticulitis, la ulceración con hemorragia, la perforación, los abscesos y las fístulas internas ocurren como secuelas inflamatorias. El diagnóstico se basa en una serie gastrointestinal alta y una duodenoscopia. La cirugía de los divertículos del duodeno sólo está indicada cuando hay complicaciones que producen síntomas. El manejo puede ser dependiendo su localización desde una escisión y cierre del mismo hasta una diverticuloyeyunoanastomosis en Y de Roux o un Switch duodenal (duodeno-yeyuno anastomosis).

039 C 085

#### ABDOMEN AGUDO SECUNDARIO A DIVERTÍCULO YEYUNAL PERFORADO. REPORTE DE UN CASO

Ramírez CV, Hermosillo-Sandoval JM, Fregoso-Ambriz JM, Aguilera-Serrano J, García A, Lira MC  
Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Departamento de Cirugía General. Guadalajara, Jalisco.

**Antecedentes:** Los divertículos de yeyuno son poco comunes, con una frecuencia entre 0.5-1% en exámenes radiológicos. Pero sin embargo mucho menos común cuando se complican. **Objetivo:** Presentación de caso de divertículo yeyunal perforado. **Informe del caso:** Paciente masculino de 63 años de edad con antecedentes de hipertensión, cardiopatía isquémica y secuelas de EVC, ingresa por cuadro de abdomen agudo por lo que se opera encontrando hernia inguinal no complicada, se realiza plastia inguinal. Posteriormente continúa en malas condiciones generales, por lo que 24 horas después es reintervenido quirúrgicamente encontrando divertículo yeyunal perforado a 50 cm del treitz, con líquido purulento, gran reacción inflamatoria, puntillero hemorrágico e isquemia intestinal a este mismo nivel. Se realiza resección intestinal con yeyunostomía y fístula mucosa. **Resultados:** El paciente evoluciona tórpidamente, debido a múltiples comorbidos, fallece dos meses después por complicaciones respiratorias. **Discusión:** Estos divertículos por lo general son múltiples, los síntomas suelen deberse a obstrucción intestinal incompleta, diverticulitis aguda, hemorragia o mala absorción por crecimiento excesivo bacteriano dentro del divertículo. Además puede presentar obstrucción por la formación de enterolitos que se forman en el propio divertículo que luego se desalojan y obstruyen la porción distal. El tratamiento de las complicaciones de obstrucción, hemorragia y perforación es una resección intestinal. Los divertículos asintomáticos no requieren tratamiento. **Conclusiones:** Los divertículos yeyunales por lo general salen en el borde mesentérico del intestino y pueden pasarse por alto en una operación porque se encuentran dentro del mesenterio, que fue lo que sucedió en la primera cirugía en este paciente.

040 C 086

#### HERNIA DIAFRAGMÁTICA COMPLICADA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Aguilera SJ, Hermosillo SJM, Ramírez CV, Ruvalcaba L  
Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Departamento de Cirugía General. Guadalajara, Jalisco.

**Antecedentes:** Una hernia diafragmática es posible que origine fenómenos catastróficos súbitos, como isquemia, úlcera, perforación y sepsis del estómago. **Objetivo:** Reporte de caso de hernia diafragmática con perforación gástrica. **Informe del caso:** Paciente femenino de 34 años, antecedentes de fundoplicatura Nissen hace 3 años, ingresa por dolor abdominal intenso de 3 días de evolución. Se encuentra en malas condiciones, con dificultad respiratoria y franco abdomen agudo. Radiografía de tórax con derrame pleural bilateral, elevación de hemidiafragma izquierda con cámara gástrica intratorácica. **Resultados:** Intervenida quirúrgicamente encontrando hernia diafragmática con fundoplicatura previa estrangulada intratorácica con perforación en fondo gástrico. Se realiza liberación de fundoplicatura de saco herniario, se tracciona fundoplicatura a cavidad abdominal, se reavivan bordes de perforación gástrica con cierre primario, además de cierre de pilares. **Discusión:** Este defecto es la herniación de un órgano abdominal, a través del hiato esofágico diafragmático. Se identifican tres tipos de hernia hiatal esofágica: deslizamiento tipo I, paraesofágica tipo II y mixta. Casi un tercio de pacientes con hernia paraesofágica se queja de hematemesis por hemorragia recurrente de la ulceración de la mucosa gástrica en la porción herniada del estómago. Sin embargo, el cuadro es amenazante para la vida en 25% de los pacientes, en el sentido de que la hernia puede dar origen a eventos catastróficos súbitos, como una hemorragia excesiva o vólvulo con obstrucción o infarto agudo del estómago. Cuando hay una dilatación leve gástrica, la irrigación de éste puede ser marcadamente disminuida lo que produce isquemia gástrica, ulceración, perforación y sepsis.

041 C 087

#### MANEJO QUIRÚRGICO DEL TRAUMATISMO HEPÁTICO MAYOR. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Aguilera SJ, López GR, Hermosillo SJM, Ramírez CV  
Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Departamento de Cirugía General. Guadalajara, Jalisco.

**Antecedentes:** El hígado es el órgano intraabdominal más frecuentemente dañado y más del 85% de las heridas hepáticas pueden ser manejadas por técnicas de hemostasia simples. Sin embargo las lesiones hepáticas mayores requieren de un manejo más agresivo como lo son el desbridamiento con resección y la lobectomía hepática. **Objetivo:** Presentar el manejo quirúrgico en un paciente con traumatismo hepático mayor. **Informe del caso:** Paciente masculino de 19 años el cual presenta accidente automovilístico, presentando múltiples fracturas además de abdomen agudo. **Resultados:** Se somete a cirugía encontrando sangre libre en cavidad 3000 cc, con destrucción parenquimatosa de más del 75% del lóbulo derecho, se realiza lobectomía derecha cohibiendo sangrado. **Discusión:** Las lesiones hepáticas mayores más comunes para cuyo tratamiento se apela a los cirujanos son las laceraciones en el parénquima

que en general involucran a lesiones extensas del lóbulo derecho o al segmento IV. Una vez que se logra el control transitorio de la hemorragia la prioridad consiste en movilizar el hígado. Si no hay control adecuado se puede realizar la maniobra de Pringle de 15-30 minutos. El desbridamiento con resección es el siguiente procedimiento más común. La lobectomía hepática está indicada en el 2-4%, sin embargo en traumatismo mayor está indicada en aproximadamente el 20% de los casos. Para realizar la lobectomía derecha, la línea de disección se debe llevar hasta la derecha de la fosa cística, luego la disección se dirige cefálica y posterior hacia la vena cava a la derecha de la vena hepática media.

042 C 088

#### **SCHWANNOMA MEDULAR. PRESENTACIÓN DE UN CASO**

Aguilera SJ, Castro CJM, Hermosillo SJM, Salcido C. Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Departamentos de Cirugía General, Oncocirugía y Neurocirugía. Guadalajara, Jalisco.

**Antecedentes:** Los tumores del sistema nervioso constituyen casi 10% de todas las neoplasias. Los tumores de la médula espinal constituyen 20% de las neoplasias del SNC. Los tumores extramedulares e intradurales más frecuentes que se encuentran son el meningioma y el schwannoma. **Objetivo:** Reporte de caso de schwannoma medular. **Informe del caso:** Se trata de paciente masculino de 25 años el cual refiere que desde hace 4 meses ha presentado debilidad de extremidades inferiores, parestias, además de crecimiento de masa en región lumbar. TAC se observa masa a expensas de médula espinal. **Resultados:** Es intervenido quirúrgicamente encontrando masa de 10 x 12 cm de bordes regulares, por lo que se realiza resección de la misma. Histopatológico reportó Schwannoma. **Discusión:** Los Schwannomas son tumores que se originan en las células Schwann de los nervios periféricos que proporcionan las vainas de mielina a los axones. Éstos tienden a desplazar el nervio de origen y en consecuencia suelen presentarse como una masa indolora. Su crecimiento continuo puede causar dolor en la distribución del nervio. La función neural se deteriora a medida que crecen. Tienden a originarse en nervios sensoriales, pero también pueden encontrarse en los motores. El tratamiento consiste en excisión quirúrgica y suele ser posible conservar el nervio de origen. Sin embargo, en ocasiones para extirparlos por completo quizá sea necesario cortar dicho nervio. Si este último tiene una función importante, es preferible dejar una porción del tumor a fin de respetarlo, se justifica porque rara vez se observa su transformación maligna.

043 C 090

#### **TEXTILOMA, ¿QUISTE INTRAABDOMINAL O ERROR MÉDICO? REPORTE DE UN CASO**

Aguilera SJ, Hermosillo SJM, Núñez GMA, Lima J. Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Departamento de Cirugía General. Guadalajara, Jalisco.

**Antecedentes:** Quistes abdominales pueden provenir de muchas estructuras. Raramente un cuerpo extraño como una gasa es responsable de ello. **Objetivo:** Presentación de caso de quiste intraabdominal sintomático secundario a textiloma. **Informe del caso:** Femenino de 50 años con antecedentes de nefrectomía izquierda hace 7 años, refiere

que desde hace 3 años presenta cuadro de pirosis, epigastria y sensación de plenitud manejada en múltiples ocasiones con procinéticos y bloqueadores H2, por lo que al no haber mejoría se le realiza TAC en la cual se observa imagen quística peripancreática que comprime estómago. **Resultados:** Operada con diagnóstico preoperatorio de quiste pancreático. Como hallazgo quirúrgico de masa quística de 15 x 10 cm en cola de páncreas, se abre encontrando material purulento no fétido, además de un textil en su interior. **Discusión:** A pesar de las precauciones tomadas en la sala de operación, la incidencia de textilomas es de 1:1500 casos. Aunque químicamente inertes, un textiloma puede servir como nido de una catástrofe dentro del cuerpo humano. Dos reacciones pueden resultar: una respuesta fibrosa que crea encapsulación o complicaciones sépticas en el postoperatorio inmediato. TAC o resonancia magnética por lo general muestran un masa bien circunscrita con gas atrapado en su interior. **Conclusiones:** Una gasa retenida por lo general siempre ocurre con cuenta de gasas completas. Esta situación se debe a muchos factores como son la cuenta apresurada, situaciones de emergencia o simplemente descuidos. La cuenta de gasas es una responsabilidad de todo el equipo quirúrgico que va desde la enfermera circulante hasta el cirujano.

044 C 091

#### **ABDOMEN AGUDO SECUNDARIO A PERFORACIÓN ESPONTÁNEA UTERINA POR UNA PIÓMETRA. PRESENTACIÓN DE UN CASO**

Aguilera SJ, García J, Acosta, Hermosillo SJM, Ruvalcaba L. Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Departamento de Cirugía General. Guadalajara, Jalisco.

**Antecedentes:** Una piómetra es la acumulación de pus dentro de cavidad uterina, es relativamente común en mujeres edad avanzada, sin embargo una perforación espontánea uterina por una piómetra y una subsecuente peritonitis difusa es muy rara. Sólo se han reportado 20 casos en literatura en inglés. **Objetivo:** Reporte de un caso de perforación espontánea uterina por piómetra. **Informe del caso:** Paciente femenino de 80 años sin comorbidos de importancia, refiere fiebre 14 días de evolución, además de dolor abdominal generalizado y constipación. A la exploración se encuentra séptica, abdomen agudo franco, ausencia total de ruidos peristálticos. **Resultados:** Se realiza laparotomía exploradora encontrando líquido purulento pélvico 400 cc, útero eritematoso, inflamado con presencia de perforación de 2 cm en cuerpo uterino con abundante salida de material purulento. Se realiza histerectomía subtotal, con resección del cuerpo y se deja cuello marsupializado ya que tejidos muy frágiles, desgarrables fácilmente. **Discusión:** La causa de una piómetra es la oclusión del canal cervical por tumores benignos o malignos, cirugías previas, radiaciones o cervicitis senil. La incidencia de piómetra aumenta con la edad y disminuye con la actividad, la incontinencia es también un factor de riesgo. El establecer un diagnóstico correcto preoperatoriamente no es fácil de acuerdo a la historia clínica, ya que no nos da signos ni síntomas específicos. El ecosonograma y la TAC son valiosos como apoyo diagnóstico. **Conclusiones:** En pacientes ancianas con fiebre y abdomen agudo, los cirujanos debemos de pensar en una perforación uterina por rara que sea y tener la capacidad para resolverlo.

045 C 092

**VESÍCULA BILIAR SITUADA EN EL LADO IZQUIERDO. REPORTE DE UN CASO**

Valdés MR, Aguilera SJ

Hospital General Regional 46, IMSS, Departamento de Cirugía General. Guadalajara, Jalisco.

**Antecedentes:** La vesícula biliar situada del lado izquierdo es una anomalía rara. **Objetivo:** Presentación de un caso de vesícula biliar izquierda. **Informe del caso:** Femenino de 30 años con epigastralgia, ecosonograma reporta CCL con vesícula biliar en posición anómala. Se interviene quirúrgicamente encontrando vesícula biliar del lado izquierdo. **Resultados:** Se realiza colecistectomía laparoscópica sin complicaciones. **Discusión:** Vesículas biliares localizadas en otros sitios han sido clasificadas como intrahepáticas, situadas del lado izquierdo, transversas y retrodesplazadas. De estas cuatro, las situadas del lado izquierdo sin situs inversus son raras. Hay dos explicaciones del desarrollo de vesículas biliares situadas del lado izquierdo: 1) La vesícula biliar migra a una posición debajo del hígado izquierdo, por ello a la izquierda del ligamento redondo. 2) Una segunda vesícula biliar se desarrolla directamente del conducto hepático izquierdo, acompañado de una falla del desarrollo de la estructura normal del lado derecho. Por ello, cuando una vesícula biliar es diagnosticada como situada del lado izquierdo, ésta debe estar localizada no solamente a la izquierda del ligamento redondo, pero también debajo de la superficie del hígado izquierdo donde la vena hepática media corre a la derecha de la vesícula y el ligamento redondo por sí mismo debe de originarse de la vena porta izquierda. **Conclusiones:** Un ligamento redondo situado del lado derecho provoca que una vesícula de localización normal esté situada del lado izquierdo. El reconocimiento de esta anomalía es importante cuando se realiza hepatectomía, porque siempre está asociada con un drenaje venoso portal intrahepático anormal.

046 C 093

**MUCOCELE DE APÉNDICE CECAL. PRESENTACIÓN DE UNA CASO**

Becerril FE, Betancourt AM, Sevilla MA, Flores BX

Departamento de Cirugía General del Hospital Regional 10. de Octubre del ISSSTE.

Se presenta el caso de un paciente femenino de 51 años de edad que ingresó a nuestra unidad hospitalaria con un cuadro clínico clásico de apendicitis aguda: dolor abdominal puntivo de inicio en mesogastrio, con posterior localización en la fosa iliaca derecha con aumento progresivo de intensidad, signos apendiculares presentes a la exploración física, leucocitosis con predominio de segmentados, radiológicamente con niveles hidroaéreos en la fosa iliaca derecha. Con los datos encontrados se ingresó a quirófano con el diagnóstico de apendicitis aguda, se realizó incisión infraumbilical media por las horas de evolución del cuadro (fase avanzada) y se encontró líquido seropurulento en hueco pélvico (50 cc) y un apéndice cecal preileal de 15 cm de longitud, con edema generalizado y tejido fibrinoide, además de una tumoración en la base de la misma de aproximadamente 4 cm de diámetro, se decidió realizar en ese momento únicamente apendicectomía y se agilizó el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica. El resultado reportó

mucocele del apéndice cecal por lo que se programó 17 días después para realización de hemicolectomía derecha. Su evolución en el postquirúrgico inmediato y mediato cursó sin complicaciones, en el postoperatorio tardío, ha presentado periodos de diarrea ocasional manejado con loperamida los antígenos carcinoembrionario, alfafetoproteína y Ca 19-9 han sido negativos y clínicamente se ha encontrado sin evidencia de acción tumoral. Este caso se presenta para recordarnos que es necesario tener en cuenta la presencia de tumoraciones de apéndice cecal en cualquier cuadro de apendicitis aguda y debemos darle gran importancia al estudio histopatológico de la pieza quirúrgica en todo momento a fin de realizar diagnósticos tempranos y manejo oportuno.

047 C 094

**PERFORACIÓN INTESTINAL POR SONDA GASTROYEYUNAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO**

Ramírez CV, Hermosillo SJM, Martínez MA, Aguilera SJ, García A, Lira MC

Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Departamento de Cirugía General. Guadalajara, Jalisco.

**Antecedentes:** Aproximadamente entre 10-15% de los pacientes sujetos a nutrición enteral presentan algún tipo de complicación. Aunque la mayoría de los problemas suelen ser banales y fácilmente reconocibles y corregibles, una perforación intestinal por sonda de alimentación es una complicación que pone en peligro la vida del paciente. **Objetivo:** Reporte de un caso de perforación yeyunal por sonda gastroyeunal (Moss). **Informe del caso:** Se trata de paciente femenina de 77 años intervenida quirúrgicamente por presentar hernia ventral estrangulada, además de diverticulosis por lo que se realiza hemicolectomía izquierda. Posteriormente reintervenida por perforación en yeyuno por lo que se realiza cierre primario con gastrostomía y colocación de sonda gastroyeunal. Reintervenida por dehiscencia de cierre primario, se realiza yeyunostomía y fístula mucosa. Reintervenida por abdomen agudo encontrando perforación yeyunal por sonda gastroyeunal a 10 cm del Treitz, por lo que se realiza cierre primario en tres planos, lavado, drenaje de cavidad, recolocación de sonda además de colocación de bolsa de Bogotá en pared. **Resultados:** Posterior a cirugía evolución a la mejoría lentamente, es dada de alta 2 meses en buenas condiciones generales. **Discusión:** Las sondas de alimentación gastroyeyunales están diseñadas para suministrar alimentación yeyunal y descompresión gástrica. Estas sondas a pesar de estar recubiertas con hydromer (Polímero patentado hidrofílico seco) en la punta en bolo y el lumen interior, en un paciente en malas condiciones generales e inflamación intestinal intensa o el deterioro del riego pueden necrosar la pared por irritación mecánica y por consiguiente una perforación.

048 C 095

**VESÍCULA DE PORCELANA**

Toledo NR, Cervantes C, Galindo F, Gracida N, Jalife A, Martínez RJ, Vega S

Hospital General de México O.D.

Calcificación vesicular, forma rara de enfermedad conocida como vesícula de porcelana o cascaron. Descrita originalmente en 1797 por Grandchamps. En 1923, el Dr. Fowler

realiza el primer diagnóstico preoperatorio por radiología abdominal. Bartolotti reporta una prevalencia de 0.06-0.8% y la Clínica Mayo 4 casos de 5826 colecistectomías, Cornell reporta 16 casos en 4271 procedimientos (0.37%). Presentamos tres casos, todos del sexo femenino. Inicia protocolo de estudio realizando radiografía abdominal, presentando como hallazgos: imagen radioopaca, circular, bordes bien definidos, en cuadrante superior derecho, compatible con vesícula de porcelana, ratificada por ultrasonografía y TAC en un caso, realizando colecistectomía en dos de ellas. Encontrando en ambos casos, vesícula biliar con pared indurada, blanquecina, con litos pequeños en su interior, reporte histopatológico: colecistitis crónica atrófica con calcificación de la pared vesicular sin evidencia de malignidad. La calcificación de la vesícula biliar es un trastorno infrecuente, cuya etiología sugerida es la irritación crónica por cálculos, proceso inflamatorio recurrente, infecciones o hemorragias de repetición en la pared de la vesícula biliar o alteración en el metabolismo del calcio, el diagnóstico puede realizarse mediante radiografía abdominal con presencia de imagen radioopaca, como en nuestros casos, así como ultrasonografía o TAC. La importancia clínica de la vesícula de porcelana radica en su asociación con carcinoma vesicular (hasta 20% de los casos), por lo que su manejo al diagnóstico es quirúrgico.

049 C 096

#### HISTIOCITOMA FIBROSO MALIGNO. REPORTE DE UN CASO

Lozano CHE, Guerrero RJF, Castellanos ARA, Pérez PY, Martínez CG, Palacios MR, Villegas GJC

Hospital Central Norte de Concentración Nacional PEMEX. México D.F.

**Antecedentes:** El histiocitoma fibroso maligno se da preferentemente en tejidos blandos. Más frecuente en varones en el séptimo decenio de la vida. **Informe del caso:** Femenina de 77 años. Fumadora pasiva, diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial sistémica. Apendicectomizada. Cuadro de 2 meses de evolución presentando dolor, plenitud abdominal e hiporexia, agregándose pérdida de peso de 8 kg, náusea, vómito y estreñimiento, aumento de volumen en hemiabdomen derecho. Se detecta masa abdominal retroperitoneal derecha por tomografía, decidiéndose punción con reporte de positividad para células neoplásicas malignas compatible con tumor histiocítico. **Resultados:** Se realiza detumoralización con hallazgos de masa retroperitoneal derecha de 20 x 10 x 10 cm indurada en su parte superior con áreas blanquecinas y amarillentas, parte inferior quística con líquido hemorrágico. Se reseca en su totalidad. Procedimiento sin incidentes ni accidentes. Evolución satisfactoria con tomografía toracoabdominal del 24 de junio del 2002 sin evidencia de actividad tumoral locorregional ni a distancia. Histiocitoma fibroso maligno de bajo grado variedad mixoide invasor con zonas de necrosis. **Discusión:** La localización del histiocitoma fibroso maligno en cavidad abdominal incluyendo retroperitoneo representa el 20 por 100. La variedad mixoide tiene pronóstico mejor que el resto de los subtipos, sin embargo la localización y el estadio son los criterios más importantes para el pronóstico. **Conclusión:** La resección del tumor con márgenes libres de enfermedad es la mejor opción terapéutica para lograr una supervivencia a largo plazo. Los sarcomas retroperitoneales presentan fallo local en dos tercios de los pacientes. Además del fallo local las metástasis a hígado y pulmón son frecuentes. El segui-

miento de los pacientes debe ser extremadamente cuidadoso durante los dos primeros años ya que el 80% de todos los tipos de fallo aparece durante este periodo.

050 C 097

#### QUISTE HEPÁTICO, LITIASIS VESICULAR Y ABSCESO HEPÁTICO, UNA ASOCIACIÓN POCO COMÚN

López CCA, Arambula AH, Ibarra FML

Clínica Dr. López Castro, Ahome, Sinaloa, México.

**Objetivo:** Dar a conocer la asociación de quiste hepático del lóbulo derecho, litiasis vesicular y absceso hepático del lóbulo derecho. **Informe del caso:** Paciente femenina de 72 años de edad, refiere dolor tipo cólico en hipocondrio derecho, irradiado en hemicinturón y escápula derecha de 5 años de evolución. Se le practica en enero del 2002 ultrasonido hepático y vías biliares por presentar dolor en hipocondrio derecho, el cual aumentaba de intensidad con los movimientos respiratorios, fiebre, leucocitosis de 14200, encontrando dos quistes de 10 cm de diámetro en lóbulo derecho, litiasis vesicular y absceso del lóbulo derecho de 5 cm de diámetro, se indica tratamiento médico con metronidazol, respondiendo favorablemente, se repite ultrasonido en marzo encontrando regeneración hepática del sitio del absceso, quistes y litiasis sin cambios, en mayo se practica preoperatorios dentro de lo normal, practicándosele colecistectomía y fenestración de quistes laparoscópica, evolucionando favorablemente, con 24 horas de estancia hospitalaria, dejándose drenaje cerrado, el cual se retira en forma ambulatoria a las 72 horas del postoperatorio, realizamos control ultrasonográfico sin recurrencia de quistes. **Conclusiones:** La asociación de estas patologías es poco común en nuestro medio. El ultrasonido tiene una sensibilidad y especificidad de cerca al 100% en el diagnóstico de estas patologías, por lo que consideramos no indispensable la realización de tomografía como diagnóstico complementario. Así como lo factible de realizar colecistectomía y fenestración de quistes en forma simultánea.

051 C 098

#### MANEJO QUIRÚRGICO CON ENGRAPADORA DEL DIVERTÍCULO DE ZENKER. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Pérez PFJ, Mata QCJ, Saldaña TF, Bolio GA, Melo MCN, Del Pozzo MJA, Luna MJ

Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos

**Antecedentes:** El divertículo de Zenker es el divertículo esofágico más común, es secundario a una alteración motora del músculo cricofaríngeo, provocando protrusión de la mucosa y submucosa a través de una zona de menos resistencia entre el constrictor inferior y el cricofaríngeo (Triángulo de Killian). Desde 1867 el patólogo Alemán Von Zenker hace la primera descripción formal de esta patología. En la actualidad su manejo es quirúrgico en diferentes modalidades dependiendo de su tamaño. Se utiliza la miotomía del cricofaríngeo, pexia a la fascia prevertebral, resección con sutura manual o mecánica, por abordaje convencional o endoscópico. **Objetivo del estudio:** Resumen de un caso de divertículo de Zenker manejado satisfactoriamente con resección y sutura mecánica y revisión de la literatura. **Informe del caso:** Paciente de 47 años con antecedentes de asma bronquial,

hipertensión arterial, inicia su padecimiento hace 7 años con disfagia, pirosis, odinofagia, halitosis, regurgitación de alimentos no digeridos, diagnosticando enfermedad por reflujo gastroesofágico con hernia hiatal, realizando funduplicatura laparoscópica, persiste sintomatología, realizándose serie esofagográfica detectando divertículo esofágico, enviándose a nuestro hospital, decidiendo manejo quirúrgico. Con abordaje convencional realizando miotomía del cricofaríngeo, disección del divertículo previa insuflación con sonda, engrapando su base con engrapadora TA 30, colocando drenaje se descarta fuga, retirando drenaje, a las 48 horas tolera vía oral, egresándose al 4to día. **Conclusiones:** Actualmente las modalidades del tratamiento quirúrgico para el manejo del divertículo de Zenker resultan efectivas y con baja morbilidad, en nuestro paciente la resección con sutura mecánica resultó segura, rápida y con buenos resultados.

052 C 099

#### PERFORACIÓN ESOFÁGICA SECUNDARIA A CUERPO EXTRAÑO Y SUS COMPLICACIONES. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Cárdenas GO, Garza SV, Gallo RM, Etchegaray DA, Vivanco RA, Vargas PM  
Hospital General de México

**Objetivo:** Ejemplificar la morbi-mortalidad elevada de la perforación esofágica y sus complicaciones, así como la dificultad para su tratamiento. **Antecedentes:** La perforación esofágica debida a cuerpo extraño da cuenta del 14% de las perforaciones, las complicaciones secundarias a la perforación tienen una morbi-mortalidad elevada, las más frecuentes son la mediastinitis, las fístulas esofágicas, y neumo o hemotórax secundario. Así mismo, el tratamiento de la perforación y sus complicaciones es difícil y existen controversias sobre las diferentes opciones. **Resumen clínico:** Paciente de 15 años de edad, que ingiere accidentalmente una prótesis dental que consta de un paladar completo, un diente y un gancho metálico, se realiza endoscopia superior en otra institución observando el cuerpo extraño sin lograr extraerlo, por lo que se refiere a nuestro hospital, ingresa al servicio de urgencias y se realiza telerradiografía de tórax, la cual muestra aumento de tamaño en mediastino superior, con imagen de gancho de prótesis dental en la unión de esófago superior y medio, también se realiza tomografía axial computarizada de tórax con hallazgos compatibles con mediastinitis secundaria a perforación esofágica por cuerpo extraño y derrame pleural bilateral. Se realiza toracotomía derecha y se encuentran dos perforaciones, la primera en la cara lateral derecha en tercio medio de esófago y la segunda en la cara lateral izquierda, se extrae cuerpo extraño y se realiza cierre primario de esófago con colocación de sonda de pleurostomía derecha y colocación de yeyunostomía para alimentación. Doce días después presenta fístula esofagopleural, se realiza esofagostomía cervical derivativa, con evolución postoperatoria adecuada, al mejorar sus condiciones generales se realiza esofagectomía y ascenso gástrico tubulizado transhiatal con anastomosis al esófago cervical, con hemoneumotórax izquierdo como complicación inmediata, manejo con pleurostomía izquierda satisfactoriamente. Seis días después se realiza esofagograma de control con material hidrosoluble identificando fístula esofagocervical, se da tratamiento conservador con cierre espontáneo de la misma 14 días después, con tolerancia adecuada a la vía oral. Se egresa por mejoría con recidiva de la fístula esofagocervical siete días

después del cierre, se realiza trago de bario con material hidrosoluble y se corrobora fístula hacia mediastino, con una tomografía que corrobora la fístula, además de absceso mediastinal, se maneja conservadoramente sin respuesta en 14 días, por lo que se coloca sonda de pleurostomía percutánea y exploración quirúrgica de cuello, observando trayecto fistuloso y orificio de 0.8 cm en el esófago cervical, con tejido friable, se colocan drenajes y se decide continuar con manejo conservador, la fístula cierra espontáneamente 20 días después de la cirugía, se realiza esofagograma de control el cual muestra estenosis del sitio de la anastomosis cervical, la cual se trata endoscópicamente.

053 C 101

#### PANCREATITIS AGUDA. EXPERIENCIA DE TRES AÑOS EN NUESTRO HOSPITAL

Moyeda BJR, Rodríguez OM, Ortega AMI, Priego CMA, Sastre LM  
Hospital Regional del ISSSTE Monterrey, N.L. México.

**Antecedentes:** La inflamación pancreática aguda puede ser producida por múltiples factores etiológicos desencadenantes, desde que en 1579 Ambroise Paré, cirujano francés, proporcionó una descripción temprana de la pancreatitis aguda y hasta la fecha, esta entidad patológica sigue siendo con mucho uno de los principales motivos de internamiento en la sala de urgencias. **Objetivo:** Analizar el comportamiento epidemiológico, etiología, días de estancia hospitalaria y mortalidad de la pancreatitis aguda en nuestra población hospitalaria. **Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, lineal y observacional de los expedientes clínicos de los pacientes ingresados a la sala de urgencias con el diagnóstico clínico de pancreatitis aguda en un período comprendido de 36 meses, de enero de 1999 a diciembre del 2001. **Resultados:** Se identificaron 85 pacientes con pancreatitis aguda, de los cuales 44 eran hombres, con rangos de edad de 22 a 87 años y con una media de 43 años así como 41 mujeres, con rangos de edad de 23 a 94 años, con una media de 46 años de edad. El análisis etiológico fue el siguiente: 47 casos fueron de causa biliar, secundaria a coledoclitiasis documentada por algún método de imagen, 10 casos de origen alcohólico, 9 por obstrucción tumoral del conducto pancreático 7 secundarias a CPRE, 5 por hiperlipoproteinemia, 2 postraumáticas, 1 por citomegalovirus y 4 por otros motivos desconocidos. El tiempo de estancia hospitalaria fue en promedio de 15 días y la mortalidad reportada fue del 3.5%. **Conclusiones:** El predominio de edad fue notablemente mayor en la quinta década de la vida, sin una tendencia por sexos de manera importante en nuestro medio hospitalario, aunque la literatura en general mencione un predominio en la población femenina cuando la etiología es biliar y en los varones cuando la etiología es alcohólica. La mortalidad reportada del 3.5% por pancreatitis aguda en nuestra población estudiada resulta ser particularmente bajo, comparados con el 8 al 12% reportados en la literatura.

054 C 102

#### SOBREVIDA DE LOS INJERTOS RENALES DE DONADOR VIVO RELACIONADO EN LA POBLACIÓN DE DERECHAHABIENTES DE PETRÓLEOS MEXICANOS

Vázquez R, Díliz H, Luna J, Velázquez D, Estefan J  
Servicio de Cirugía General, Trasplantes y Nefrología, Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos.

**Introducción:** El trasplante renal es la mejor opción terapéutica para los pacientes con insuficiencia renal terminal, las mejores sobrevividas tanto de los injertos como de los pacientes se ha relacionado con los injertos provenientes de donador vivo relacionado, sin embargo éstas pueden variar dependiendo de otros factores. **Objetivo:** Analizar la supervivencia de los injertos renales de donador vivo relacionado en el Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos. **Metodología:** Se incluyeron 75 pacientes sometidos a trasplante renal de DVR realizados en un período de 16 años. Los datos fueron recolectados, divididos y resumidos descriptivamente calculando medidas de tendencia central, dispersión y frecuencias relativas para cada una de las variables en estudio, así como análisis de supervivencia (Kaplan-Meier). **Resultados:** La edad promedio de nuestros receptores fue de 34.29 años (18-55) y para los donadores de 37 años (24-60), se observó un franco predominio del sexo masculino en ambos grupos de pacientes. El promedio de seguimiento en meses fue de 60.11, la primera causa de insuficiencia renal terminal fue la glomerulopatía crónica con 54 casos (73%), seguida por la nefropatía diabética en 7 (9.5%), hipertensión arterial con 5 (6.8%) y nefropatía lúpica con un caso (1.4%). La prevalencia de grupos sanguíneos se observó de la siguiente manera: 0-32 casos (66.7%), A-9 (18.8%) y B-4 (8.3%). Las complicaciones postoperatorias observadas en orden de frecuencia fueron la hipertensión arterial con 14 casos (23.7%), toxicidad por CyA en 14 (23.7%), infección por CMV en 12 (20.3%), hiperglucemia en 11 (18.6%) y NTA en 6 (10.2%). La supervivencia actuarial de nuestros injertos se documentó a un año del 93.1%, a 3 años 70.8%, a 5 años 37.5%, a 7 años 20.8% y a 10 años de 12.5%. **Conclusiones:** Nuestros resultados son similares a los observados en la población mexicana, sin embargo la supervivencia de los injertos a largo plazo continúa siendo menor comparada con series de países desarrollados, por lo que los factores que contribuyen a la pérdida del injerto renal deberán ser analizados en otro estudio.

055 C 103

#### PERFORACIÓN DE DIVERTÍCULO YEYUNAL, UNA ENTIDAD RARA

Alonso AV, Guzmán VG, Cajica LA  
Hospital General Regional No.1 Gabriel Mancera. México, D.F.

Los divertículos de yeyuno son una entidad rara, se presentan con mayor frecuencia en la sexta y séptima década de la vida y más aún en varones. Se clasifican según su anatomía en verdaderos y falsos. Los divertículos verdaderos poseen todas las capas del intestino, son menos comunes y en general son congénitos. Los divertículos falsos o pseudodivertículos, carecen de capa muscular. De acuerdo a su desarrollo, los divertículos se clasifican en congénitos o adquiridos. La mayor parte de los pacientes con divertículos no presentan síntomas y hasta el 5% de éstos presentan complicaciones. Presentamos el caso de masculino de 72 años, diabético controlado. Acude al servicio de urgencias, por presentar dolor abdominal de 9 horas de evolución, localizado en epigastrio y posteriormente se generaliza a todo el abdomen y náusea. A la exploración física, febril, taquicárdico, con datos francos de abdomen agudo. La cuenta leucocitaria de 18,700. Se decide su intervención quirúrgica, con diagnóstico probable de úlcera péptica perforada. Los hallazgos quirúrgicos: líquido intestinal libre en cavidad, divertículo de yeyuno a 50 cm del asa fija, perforado, con base de 3 cm. Se realizó re-

sección del mismo con enteroentero anastomosis. La evolución postoperatoria fue satisfactoria.

056 C 104

#### PANCREATITIS AGUDA DE ORIGEN BILIAR, UN ANÁLISIS DESDE EL PUNTO DE VISTA QUIRÚRGICO

Moyeda BJR, Rodríguez OM, Ortega AMI, Priego CMA, Sastre LM

Hospital Regional del ISSSTE Monterrey, N.L. México.

**Antecedentes:** Se hallan cálculos biliares en aproximadamente el 60% de los pacientes no alcohólicos con pancreatitis aguda, de modo que la colelitiasis y su clara percepción etiológica en la inflamación pancreática queda evidenciada debido a que hasta en el 57 al 63% de los individuos en los que no se eliminan los cálculos en forma quirúrgica presentarán una pancreatitis aguda recurrente, riesgo que queda espectacularmente reducido cuando los cálculos son eliminados. **Objetivo:** Analizar las características epidemiológicas así como la conducta quirúrgica terapéutica a seguir en los pacientes con enfermedad pancreática aguda de origen biliar. **Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal, y observacional de los expedientes clínicos de los pacientes internados en el servicio de cirugía de nuestro hospital en un período de 3 años, de enero de 1999 a diciembre del 2001. Analizando la presentación clínica, los métodos diagnósticos, los criterios pronósticos de Ranson al ingreso y a las 48 horas, los días de estancia hospitalaria previos a la corrección quirúrgica de la colelitiasis y los procedimientos quirúrgicos terapéuticos utilizados. Se excluyeron los pacientes en los que no se diagnosticó colelitiasis antes de la cirugía o de su egreso. **Resultados:** Estudiamos 40 casos de pancreatitis aguda asociados a colelitiasis, de los cuales 25 eran mujeres con un promedio de edad de 46 años y 15 fueron hombres con una media de edad de 43 años, los pacientes fueron ingresados al servicio de urgencias presentando como síntoma inicial dominante dolor abdominal alto y constante. La elevación sérica de la amilasa por arriba de 2.5 veces su valor normal fue encontrada en el 83% de los pacientes en forma inicial. En todos los pacientes se documentó la presencia de colelitiasis, el US de vías biliares diagnosticó patología vesicular litiasica no aguda en el 40%, litiasica aguda en el 45%, coledocolitiasis 5%, en el 10% no se identificaron cálculos por este medio, haciéndose el diagnóstico por TAC en el 7% y por CPRE preoperatoria en el 3%. Con respecto a los signos pronósticos tempranos de Ranson, al ingresar a la sala de urgencias y en forma general la mayoría de los pacientes, correspondientes al 70%, tuvieron entre 2 y 3 criterios siendo el más constantemente encontrado la glucosa sérica arriba de 200 mg/dl y la deshidrogenasa láctica por arriba de 350 UI/L a las 48 horas y en forma general el 60% de los pacientes tuvieron entre 1 y 2 criterios, siendo los más constantes el aumento del nitrógeno ureico por arriba de 5 mg/dl y el calcio sérico por debajo de 8 mg/dl. Los días de estancia hospitalaria antes del procedimiento quirúrgico fueron de 4 a 28 días con un promedio de 11 días. Dentro de los procedimientos encaminados a corregir la colelitiasis tenemos lo siguiente: a 21 pacientes se les practicó colesistectomía únicamente, a 8 se les practicó colesistectomía luego de CPRE, en 3 pacientes se realizó colesistectomía más coledocotomía y colocación de una sonda de derivación externa, a un paciente se le practicó solamente CPRE y 7 pacientes fueron egresados sin ningún procedimiento. No

se reportó mortalidad en esta población estudiada. **Conclusiones:** La pancreatitis aguda de origen biliar es una entidad con la que el cirujano debe estar ampliamente familiarizado para poder ofrecer soluciones exitosas individualizadas en cada caso a tratar, disminuyendo así los episodios recurrentes y la morbilidad de la enfermedad.

057 C 105

#### **SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO BAJO POR MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA DEL TRACTO DIGESTIVO CON ANEURISMA ROTO EN YEYUNO EN UN PACIENTE CON SÍNDROME DE TREACHER COLLINS**

Bear MF, Ramírez MA, Gutiérrez GMC, Zamario S, Vergara MD, Rascón OP, Miranda SS, Martínez RR, Solórzano TF, Palomo MJ, Vivas JL

Hospital Juárez de México.

El sangrado de tubo digestivo bajo se localiza en el 3 a 5% de los casos entre la segunda porción del duodeno y la válvula ileocecal, el 70 a 80% de todos los casos son de origen vascular y de éstas, una causa poco frecuente son las malformaciones arteriovenosas. El síndrome de Treacher Collins: es un desorden autosómico dominante del desarrollo craneofacial con expresividad variable. **Presentación del caso:** Femenino de 21 años de edad, con síndrome de Treacher Collins. Padecimiento de 15 días con dolor abdominal cólico y melena. Tratada con piloroplastia y vagotomía troncular por úlcera prepilórica. 6 días después presenta melena por lo cual fue referida a este Hospital. A su ingreso hipotensa sin abdomen agudo. Panendoscopia con úlcera prepilórica A-2 de Sakita inactiva. Presenta deterioro hemodinámico, se realiza laparotomía con hemigastrectomía más gastroyeyunoanastomosis por sangrado en sitio de piloroplastia. Posteriormente presenta choque hipovolémico, realizándose gammagrama positivo a sangrado en intestino delgado. Arteriografía con imagen de fístula arteriovenosa dependiente de arteria mesentérica superior. Se realiza nueva intervención con hallazgo de lesión submucosa de intestino delgado a 70 cm de la gastroyeyunoanastomosis. Reporte histopatológico de malformación arteriovenosa en tracto digestivo con aneurisma roto en yeyuno. Las malformaciones arteriovenosas son causa poco frecuente de sangrado yeyunoileal, se pueden localizar en todo el tracto digestivo, pero aún es más rara la presencia de aneurismas. Pudiera relacionarse al síndrome de Treacher Collins con la deficiencia de elastina y con la formación de aneurismas.

058 C 107

#### **EFFECTO DE LOS ANTÍGENOS DEL HLA Y PARENTESCO EN LA EVOLUCIÓN DEL INJERTO RENAL DE DONADOR VIVO RELACIONADO EN POBLACIÓN MEXICANA**

Vázquez R, Díliz H, Luna J, Velázquez D, Estefan J  
Servicio de Cirugía General, Trasplantes y Nefrología, Hospital Central Sur de Alta Especialidad, Petróleos Mexicanos.

**Introducción:** La similitud de los antígenos del HLA así como el parentesco entre donador y receptor han mostrado ser determinantes en la sobrevida de los injertos renales. **Objetivo:** Analizar el impacto de los antígenos del HLA determinados pretrasplante renal, así como del parentesco entre donador y receptor en la evolución y sobrevida de los injertos renales de donador vivo relacionado. **Metodología:** Se incluyeron 75 parejas de pacientes sometidos a trasplante renal,

derechohabientes de Petróleos Mexicanos, se recabaron los antígenos del HLA y parentescos. Los datos fueron divididos y resumidos descriptivamente, calculándose las medidas de tendencia central, dispersión y frecuencias relativas para cada una de las variables en estudio, seguido por una exploración bivariada con objeto de investigar asociación estadística, razón de momios y grado de correlación, buscando una significancia estadística menor de 0.05 para dos colas. **Resultados:** El parentesco de nuestros donadores en un 95.9% fue de un familiar de primer grado, hermano en 35 casos (47.9%), padre 21 (28.8%), madre 14 (19.2%) y otros (4.1%). El injerto de hermano resultó ser un factor de protección para la sobrevida de injerto a largo plazo (5 y 7 años) la compatibilidad fue de un haplotipo en 59 casos (79.7%), 2 en 7 casos (9.5%) y 0 en 8 casos (10.8%). En el análisis de los antígenos del HLA se observó como de riesgo para pérdida del injerto la presencia de los antígenos A24 y DQ7 a 3 y 5 años postrasplante y mayor sobrevida del injerto a 10 años asociado a la presencia de los antígenos Cw8 y B16 así como la ausencia de DR y DQ. **Conclusión:** En nuestra población la determinación de antígenos del HLA pretrasplante renal es pronóstica ya que la presencia de antígenos A24 y DQ7 se debe considerar como factor de riesgo para pérdida del injerto a largo plazo, enfatizando en un tipo de inmunosupresión más energética.

059 C 108

#### **ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO EN LA PATOLOGÍA DE LABIO Y PALADAR HENDIDOS. REVISIÓN DE LA LITERATURA Y ESTUDIO DE 25 CASOS**

Moyeda BJR, Rodríguez OM, Ulloa GAO  
Hospital Regional del ISSSTE Monterrey, N.L. México.

**Antecedentes:** La teoría clásica sobre la embriogénesis defectuosa del labio hendido consiste en una falta de unión de los procesos nasomedial y nasolateral del embrión, sin embargo una teoría más aceptada consiste en la falla de la migración mesodérmica entre la doble capa epitelial que forma los procesos faciales. La frecuencia de labio hendido en nuestro medio se reporta como de casi 1 por cada 1000, siendo un poco más notorio en el centro y sur del país. La frecuencia del paladar hendido sólo es de 1 en 2000 en la población general. La causa es multifactorial y las situaciones que pueden aumentar su frecuencia incluyen mayor edad de los padres, uso de drogas, infecciones de índole viral durante las primeras 12 semanas de gestación, tabaquismo durante el embarazo y padres con un labio hendido. En modelos animales la administración vitamina A, corticosteroides y fenitoína durante la gestación, también han producido paladar hendido. **Objetivo:** Determinar las situaciones de riesgo relacionadas con la etiología del labio y paladar hendido en nuestra población hospitalaria. **Material y métodos:** Se hizo un estudio retrospectivo y longitudinal de 25 casos de labio y/o paladar hendido durante un período de 5 años, comprendidos desde enero de 1997 a enero del 2001. Se revisaron cuidadosamente los expedientes clínicos a fin de determinar la asociación con factores de riesgo conocidos, también se recabó información vía telefónica a los padres del menor afectado y se excluyeron aquellos casos en donde no se recabó la información completa, los que presentaban labio o paladar hendido como parte de un síndrome o trastorno genético conocido y aquellos que presentaban otras hendiduras faciales. **Resultados:** La procedencia de la población estu-

diada fue la siguiente: Nuevo León, 83% Tamaulipas, 9% San Luis Potosí, 4% y otro 4% de diversos sitios del país. La edad de los padres al momento de la concepción fue variable, los rangos de edad para el factor masculino fueron de 14 a 63 años con una media de 25 años, en el factor femenino los rangos de edad variaron de 15 a 43 años, con una media de 27 años. Solamente 4% presentó infección viral materna documentada durante el embarazo, 2% reportó consumo de fenitoína y 15% de tabaquismo. Todos negaron antecedentes heredofamiliares de labio o paladar hendido. **Conclusiones:** Con el presente estudio concluimos que de los factores de riesgo reportados en la literatura, ninguno tuvo presencia estadística importante en nuestra muestra estudiada, lo que corrobora en parte el origen aún oscuro de las características etiológicas y asociación epidemiológica de la enfermedad.

060 C 109

#### LEIOMIOSARCOMA DE LA VENA CAVA. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Alan Contreras SA, Aurón-Gómez M, Cortés GR  
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

**Introducción:** Existen alrededor de 200 casos reportados de leiomioma de la vena cava inferior (VCI). El manejo óptimo de estos pacientes es desconocido y el tratamiento quirúrgico es la mejor opción terapéutica. La sobrevida es del 68% a los 5 años en pacientes con bordes quirúrgicos negativos, vs 0% con bordes positivos. La radioterapia postoperatoria ayuda en el control local de la enfermedad. La quimioterapia no ofrece resultados concluyentes. **Métodos:** Presentamos dos pacientes con este padecimiento atendidos en el instituto de manera distinta, sus características y su evolución después del tratamiento. **Caso 1.** Femenino 81ª. Inicia 45 días previo a su ingreso con dolor abdominal en hipocondrio derecho. USG: tumor hiperecico de 6 cm paravertebral derecho en relación con VCI TAC: tumoración en cabeza de páncreas. La biopsia reportó neoplasia mesenquimatosa compatible con leiomioma, actina positivo. Angio RMN: amputación de la VCI por debajo de las venas renales con tumoración de 6 x 8 cm, obstruyendo la vena renal derecha. Se realizó resección del tumor con plastia de VCI y venas renales. Histopatología reportó leiomioma con bordes y ganglios positivos, manejándose con talidomida, manteniéndose asintomática. **Caso 2.** Femenino 71ª. Como hallazgo incidental durante USG por litiasis vesicular se documentó neoformación retroperitoneal, la TAC confirmó presencia de neoplasia en VCI con trombosis de la misma. Neoplasia sólida, multilobulada de 6 x 5 cm, obliterando el 90% de la VCI y dilatación de la vena renal derecha en RMN. Se realizó colecistectomía y biopsia de la neoplasia, documentándose leiomioma. Se colocó un filtro de Greenfield. Recibió quimioterapia y radioterapia, sin respuesta. Actualmente con metástasis en tórax y tratamiento con talidomida. **Conclusión:** El leiomioma de la vena cava es una patología poco común. Actualmente el mejor pronóstico lo tienen aquellos pacientes tratados con resección, seguramente por tratarse de tumores en estadios iniciales y por tener mayor control local de la enfermedad. La radioterapia parece tener cierto efecto en el control local de la enfermedad, sin embargo, el tratamiento quirúrgico agresivo combinado con terapia adyuvante son la mejor opción terapéutica.

061 C 111

#### EVOLUCIÓN DE LA ABDOMINOPLASTIA EN LA OBESIDAD REFRACTARIA

Choy GJ, Uribe TF, Villanueva SC, Pérez GR  
Sanatorio Visa. México, D.F.

**Antecedentes:** En nuestra sociedad es alarmante ver la frecuencia de los pacientes con exceso de alimentación y sedentarismo, provocando la enfermedad llamada obesidad, la cual se clasifica de acuerdo al índice de masa corporal en diferentes grados desde el 0 (normal) hasta el grado III (mórbida) clasificación de Garrow. La pérdida de peso es difícil y cuando ocurre la recuperación del mismo es la regla llamada obesidad refractaria y su tratamiento es muy difícil y frustrante por lo que hay que fijar metas realistas. Dentro de las alteraciones anatómicas más frecuentes de la pared abdominal en los pacientes que cursan con obesidad en sus diferentes grados se encuentra la hernia umbilical, la diastasis de los músculos rectos del abdomen, hernia epigástrica y piel laxa. En el paciente con obesidad refractaria estos padecimientos se llegan a presentar en la etapa menos productiva de su vida. **Objetivo:** El presente trabajo realiza un análisis retrospectivo de las complicaciones quirúrgicas y metabólicas más frecuentes en el paciente operado de abdominoplastia que presenta obesidad refractaria. **Material y métodos:** Se estudia un grupo de 36 pacientes en un periodo de 5 años del sexo femenino con un rango de 28 a 54 años, todas con un índice de masa corporal de 23 a 26 kg/m<sup>2</sup> clínicamente sanas, con antecedente de control de peso y más del 78% de las pacientes presentaron una pérdida del 10 al 15% de peso con tratamiento médico en el momento previo a la cirugía. Se realiza técnica de abdominoplastia anterior con reimplantación umbilical en forma electiva. **Resultados:** Dentro de las complicaciones que se presentaron necrosis y dehiscencia de la herida a nivel del pubis, hematomas y seroma y en algunos casos deformación de la cicatriz umbilical y retardo de la cicatrización. **Discusión:** La mayor parte de las pacientes presentaron sobrepeso después de 12 meses de la cirugía y después de 24 meses se observó que incrementaron de peso cumpliendo la regla de recuperación del sobrepeso (obesidad refractaria) presentando pigmentación de la herida, deformación y alteración de la cicatriz y distasis o eventración de los músculos rectos del abdomen. **Conclusión:** El resultado funcional de la cirugía es desconocido a largo plazo y un alto fracaso estético de la cirugía.

062 C 112

#### OBSTRUCCIÓN AGUDA DEL COLON. REVISIÓN DE 57 CASOS

Sarmiento HO, Moyeda BJR, Rodríguez OM, Hernández GMG, Ortega AMI, Priego CMA, Sastré LM  
Hospital Regional del ISSSTE, Monterrey N.L. México.

**Antecedentes:** La obstrucción aguda del colon es una causa importante de abdomen agudo quirúrgico, aproximadamente 6.3% de todas las oclusiones intestinales. Ésta puede ser de índole mecánica, inflamatoria, o neoplásica y muchas veces el diagnóstico preciso se logra en el momento mismo de la intervención quirúrgica. Las opciones terapéuticas resultantes en colostomía e ileostomía, así como la decisión de una anastomosis de primera intención son elementales en la



evolución y morbimortalidad de un paciente en estado grave, pero por lo general debe evitarse una segunda, y quizás, una tercera intervención. **Objetivo:** Analizar las principales etiologías de la obstrucción aguda del colon entre los pacientes de nuestra institución, así como su comportamiento epidemiológico en nuestra población hospitalaria. **Material y métodos:** En el presente estudio se analizaron en forma retrospectiva, observacional y longitudinal los expedientes clínicos y reportes de anatomía patológica de los pacientes sometidos a cirugía colónica con diagnóstico prequirúrgico de oclusión intestinal, en un período comprendido de enero del 99 a enero del 2002. Los criterios de inclusión fueron aquellos pacientes con un expediente clínico completo, derechohabientes de nuestra institución, que contaran con un reporte de anatomía patológica completo, excluyéndose a los pacientes que no contaran con las características antes mencionadas, así como a la población pediátrica. **Resultados:** Se obtuvieron 57 casos de pacientes con oclusión intestinal aguda de origen colónico, siendo 35 hombres con edades de 31 a 98 años y con una media de 65, así como 22 mujeres con rangos de edades de 27 a 103 años con un promedio de edad de 67 años. Las etiologías encontradas fueron: cáncer colorrectal 13 pacientes, adherencias 7, vólvulo 4, enfermedad diverticular con obstrucción 9, estrecheces anastomóticas 4, hernia de pared abdominal 6, intususcepción 4, cáncer extraluminal metastático 5, y 5 más con otras causas no especificadas. **Conclusiones:** La obstrucción del colon en forma aguda, secundaria a cualquiera de las causas mencionadas parece afectar a ambos sexos con una frecuencia casi igual, la mayoría de los casos ocurren en individuos de edad avanzada con una media de 65 años. La intervención quirúrgica temprana en un paciente con datos de oclusión colónica de alto grado y datos clínicos de isquemia intestinal sigue siendo el método diagnóstico más razonable y la forma más ágil de aliviar la obstrucción y tratar la lesión obstructiva primaria.

063 C 115

#### QUISTES DE MESENTERIO COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO

Guzmán VGG, Alonso AV  
Hospital General Regional No.1 Gabriel Mancera, México, D.F.

El mesenterio consiste en dos hojas peritoneales que fijan a las asas intestinales a la pared posterior del abdomen, entre dichas hojas existen diversos tejidos de las que se pueden derivar lesiones tumorales. Los tumores quísticos en el mesenterio y en retroperitoneo son raros y se han establecido frecuencias de hasta 1 de cada 26,794 a 1:250,000 admisiones hospitalarias, en nuestro hospital se han registrado sólo 6 casos en los últimos 10 años, de los cuales tres se manifestaron con abdomen agudo. Debido a la falta de signos y síntomas característicos, el diagnóstico se realiza cuando estas lesiones alcanzan tamaño suficiente para que logren palparse o cuando producen compresión a órganos vecinos. Ocasionalmente, el diagnóstico se realiza durante la cirugía, incluso cuando ésta fue indicada como emergencia. El presente trabajo informa tres casos de pacientes con quiste de mesenterio encontrados durante el procedimiento quirúrgico como causa de patología que requirió tratamiento de urgencia. Los estudios histopatológicos mostraron ser linfangiomas en dos casos y un leiomiomasarcoma, esta última entidad rara en estas lesiones. El cuadro clínico se hace evidente cuando el tumor

crece lo suficiente para provocar dolor abdominal sordo y se hace aparente a la exploración física, o bien, comienza a desplazar órganos vecinos provocando signos y síntomas originados de éstos, como plenitud postprandial, obstrucción intestinal y uropatía obstructiva. Otra forma de manifestarse es por complicación aguda del quiste como lo es la hemorragia, ruptura o torsión, como lo presentó uno de nuestros casos. El abdomen agudo secundario a complicaciones por un quiste de mesenterio es raro y debe tomarse en cuenta como diagnóstico diferencial en el enfermo con patología abdominal aguda y masa palpable. El tratamiento óptimo es la extirpación completa del tumor. La sola aspiración de su contenido está condenada a la recidiva, así como la resección parcial. No obstante, en los casos en los que no es posible su extirpación por la posibilidad de lesión de órganos vecinos irreseccables, se sugiere la marsupialización del quiste.

064 C 116

#### OCLUSIÓN INTESTINAL POR ASCARIS LUMBRICOIDES

Alonso RJM, Dávila AFJ, Montero AJA, Fernández PG  
Hospital Central Sur de Alta Especialidad, Petróleos Mexicanos. Hospital Regional Poza Rica SESVER. Poza Rica, Ver.

**Introducción:** La Ascariasis es muy común mundialmente, sus complicaciones frecuentes: absceso apendicular, síndrome de Loeffler y coledocolitiasis. Otras complicaciones, parásitos en el tracto biliar, colangitis, colecistitis, pancreatitis, neumotórax, abortos, infestación del tracto urinario, obstrucción aérea, incluso larvas de AL en el conducto lagrimal y ótico. En nuestro medio la complicación más frecuente sigue siendo la obstrucción intestinal. Algunos estudios han determinado que el uso de mebendazole pueden provocar obstrucción intestinal por AL. **Caso clínico:** Masculino 5 años, con dolor abdominal, cólico en hemiabdomen derecho, 38.5°C, ausencia de evacuaciones y gases por recto, diagnosticando previamente apendicitis aguda, evolución 18 horas. Ingresa con séptico, febril e incremento del dolor abdominal misma localización, Laboratorio: Leucocitosis (15,600/mm<sup>3</sup>), neutrofilia (84%), y eosinofilia del 10%. Radiografía de abdomen con niveles hidroaéreos e imagen heterogénea de forma cilíndrica de 18 cm de longitud en fosa iliaca e hipocondrio derechos. Se realiza laparotomía exploradora encontrando segmento ileal a 50 cm de la válvula ileocecal de 15 cm de longitud y 6 cm de diámetro, conteniendo interiormente abundantes vermes adultos de *Ascaris lumbricoides* apelotonados entre sí, sin ser factible el avance de los mismos a través del tracto intestinal, realizándose enterotomía antimesentérica de 1 cm para la extracción de ellos, posteriormente enterorrafia en dos planos. Prescribiéndose albendazole a dosis pediátricas y analgésicos y sonda de Levin, misma que se ocluye por un parásito, prescribiéndose procinético, expulsando parásitos por recto. Alta quinto día. **Conclusiones:** En este caso la resolución quirúrgica fue la única alternativa para mejorar el estado de salud del paciente, debe enfatizarse la profilaxis.

065 C 117

#### FRECUENCIA DE CARCINOMA GÁSTRICO EN EL HOSPITAL REGIONAL ISSSTE DE MONTERREY. REPORTE DE 45 CASOS

Rodríguez OM, Moyeda BJR, Sastré LM, Ortega AMI, Priego CMA

El carcinoma de estómago, es una entidad patológica que para el médico cirujano representa un verdadero reto, letal en la mayoría de los casos, esto debido a que dicho padecimiento es detectado y diagnosticado cuando se encuentra en una etapa tardía de su evolución. Aunque en los últimos años se ha tenido cierto avance en cuanto a su diagnóstico temprano, en nuestro medio se sigue detectando en forma tardía. Por lo que el presente estudio no pretende buscar soluciones en cuanto a su diagnóstico temprano, sino a la frecuencia de la patología en este hospital. En el presente estudio se incluyeron a 45 pacientes a quienes se les realizó algún procedimiento quirúrgico tipo gastrectomía ya sea parcial o total, como medida terapéutica, debido a la presencia de tumoración gástrica, de características malignas, ya sea por endoscopia o estudios baritados aunado a sintomatología clásica, en un periodo comprendido de 3 años desde marzo de 1998 a febrero del 2001, 32 de ellos fueron hombres (71.11%), y 13 mujeres (28.9%) con un rango de edad entre los 21 hasta los 91 años, con una media de 56 años. No se tomaron en cuenta antecedentes cronicodegenerativos para la inclusión de estos pacientes ni de algún otra índole. Se tomó en cuenta el resultado patológico postoperatorio y sólo se incluyeron los diagnósticos de malignidad. Se excluyeron a todos los pacientes del mismo rango de edad con tumoraciones gástricas benignas reportadas por patología. Se encontró que la tumoración maligna más frecuente en el estómago de los pacientes antes mencionados fue la siguiente: adenocarcinoma en 37 pacientes (82.2%), seguido por el linfoma gástrico en 5 pacientes (11.1%) y finalmente el leiomiomasarcoma gástrico en 3 pacientes (6.7%). El adenocarcinoma de estómago se presentó más frecuentemente en mujeres en un 69.2% y más frecuente en cuarta y quinta década de la vida en hombres en un 30.8% y con un promedio de edad de 62 años. En tanto que el linfoma gástrico fue encontrado en tres hombres y dos mujeres, el leiomiomasarcoma lo fue en un hombre y dos mujeres. Se concluye que la tumoración gástrica más frecuente en nuestro hospital es el adenocarcinoma, lo cual refuerza lo que la literatura reporta y que las mujeres jóvenes son las más afectadas en esta población.

066 C 123

#### **PNEUMATOSIS INTESTINAL. REPORTE DE DOS CASOS**

Montañés RH, Gallo AB

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI

**Antecedentes:** La pneumatosis intestinalis es una condición poco común caracterizada por pequeños quistes con gas subserosos o submucosos a lo largo del tubo digestivo. Su etiología es aún desconocida, aunque se cuenta con varias teorías al respecto. Suele dividirse en dos tipos: pneumatosis primaria, con patologías asociadas y pneumatosis secundaria, asociada a un amplio espectro de patologías. Hay mayor incidencia entre los 40 y 50 años. La relación hombre: mujer es prácticamente 1:1. **Objetivo:** La revisión de dos casos detectados y manejados por el servicio de Cirugía Gastrointestinal del Hospital. **Caso 1.** Masculino de 72 años, diabético e hipertenso de larga evolución sin cirugías previas. Ingresó con cuadro de paraplejía de etiología a determinar por Neurocirugía. Durante su evaluación se observó placa simple de abdomen y tomografía de abdomen con aire libre en cavidad y disección de la mucosa del estómago. Se realizó laparotomía exploradora sin evidencia de perforación con gas subseroso alrededor de estómago, duo-

deno y 1ra. porción de yeyuno. Se dio por terminada la cirugía. Buena evolución postoperatoria. **Caso 2.** Femenino de 67 años con cuadro diarreico de dos meses de evolución en estudio por Gastroenterología hipertensa, de larga evolución con manejo irregular y EVC hace 9 años sin secuelas. Durante el protocolo de estudio se observó aire libre subdiafragmático y dilatación de asas en la placa de abdomen. Se realizó laparotomía exploradora sin evidencia de perforación, sólo asas ligeramente distendidas y presencia de gas subseroso en mesenterio e ileon, así como en mesocolon y colon. Buena evolución postoperatoria. **Discusión:** La neumatosi intestinal al ser una patología inusual no se diagnostica de manera adecuada. El tratamiento debe ser conservador con varias medidas y debe reservarse la cirugía para las raras complicaciones de sangrado, obstrucción y perforación.

067 C 124

#### **EPIDEMIOLOGÍA DE LA INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO**

Peralta DNR, Cervantes SCR, Galindo GFJ, Rojas BL, Vega CS, Jalife MA, Gracida MN

Hospital General de México O.D.

**Antecedentes:** La infección del sitio quirúrgico (ISQ) es la infección nosocomial más común, con una incidencia entre 3-5%. Se clasifica en 3 tipos por su localización: Infección incisional superficial, infección incisional profunda e infección de órgano o espacio del sitio quirúrgico. Es un problema de salud mundial, por lo que se han desarrollado sistemas de vigilancia epidemiológica para disminuir y corregir los factores de riesgo para una ISQ. **Objetivo del estudio:** Conocer la incidencia de ISQ en una unidad de Cirugía General, determinar de acuerdo a las siguientes variables (Clase de herida, riesgo ASA, duración de la cirugía e índice de riesgo del sistema nacional de infección nosocomial [NNIS]) las tasas de ISQ y determinar por medio de correlaciones estadísticas cual de las variables tiene la mejor fuerza de asociación como predictor de ISQ. **Material y métodos:** Análisis retrospectivo de 739 casos en un año (1999), porcentajes de incidencia de ISQ de acuerdo a las variables en estudio, y se calculó la fuerza de asociación entre los factores de riesgo para ISQ mediante la Gamma de Goodman-Kruskal, que es un coeficiente no paramétrico estadístico, que indica el poder de cada variable para predecir una ISQ. **Resultados:** Se encontró una tasa general de ISQ del 9.7%, y encontramos que el sistema NNIS y el sistema ASA, son los mejores factores predictivos de ISQ. **Conclusiones:** Sería útil valorar el sistema NNIS en un estudio prospectivo para poder adecuarlo a nuestra población y valorar su uso en los sistemas de vigilancia epidemiológica de la infección del sitio quirúrgico.

068 C 126

#### **PARAGANGLIOMA CAROTÍDEO**

Fournier DFG, Cisneros TE, Burciaga AG

Servicio de Cirugía General del Hospital General de Durango SSD.

**Introducción:** Los paragangliomas son tumores cuyas células se derivan del sistema extra-adrenal cromafín, basándose en la posición anatómica y en el posible origen embrio-

lógico. ¿Maligno o benigno?, una pregunta sujeta a debate pues los criterios para considerar un tumor como maligno o benigno pueden basarse sobre que el tumor demuestre evidencia histológica de aberración celular, mitosis activa o invasión capsular o bien en que demuestre verdaderas metástasis a ganglios linfáticos. Sus hallazgos clínicos confunden en su extensión directa de algunos de estos tumores para rodear la arteria carótida interna y nervios asociados importantes como el glossofaríngeo, el espinal, el vago y los nervios simpáticos y así también la extensión a través de los agujeros de la base del cráneo. La extirpación quirúrgica de esas lesiones extensas pueden resultar catastróficas, a menos que el cirujano esté bien compenetrado en la evaluación de esta enfermedad y esté preparado para reinstaurar la continuidad de la irrigación sanguínea hacia el cerebro, de ahí de conocer de antemano la eficacia de la circulación de las arterias carótida y vertebral colaterales. Importante el manejo postoperatorio basado en radioterapia para su evolución favorable. **Presentación del caso:** Se presenta a un paciente masculino de 37 años con cuadro clínico de 8 años de evolución con la presencia de tumoración en cara lateral de cuello, con crecimiento lento, no pulsátil, fija, no dolorosa, se muestra su abordaje diagnóstico, quirúrgico y evolución final.

069 C 128

#### NEOPLASIA EPITELIAL SÓLIDA Y PAPILAR PANCREÁTICA VS PANCREOBLASTOMA. IMÁGENES DEL TUMOR Y SEGUIMIENTO

Olmos CJ, Sánchez PJ

Hospital General de Zona No. 36 IMSS Coatzacoalcos, Ver.

Se presenta caso clínico de femenina de 21 años de edad que presenta dolor abdominal de 8 meses de evolución en epigastrio, náuseas, plenitud postprandial y vómitos, así como pérdida ponderal aproximadamente 5 kg. Encontrándose en el ultrasonido masa retroperitoneal al parecer dependiente de páncreas. La tomografía axial computarizada reporta imagen hiperecoica de consistencia sólida en cabeza y cuello de páncreas de 5 x 4 cm. Panendoscopia normal y estudios de laboratorio así como marcadores tumorales (alfafetoproteína, antígeno carcinoembrionario) negativos. Se sometió a resección total de la tumoración por laparotomía reportando el estudio histopatológico tumoración ovoide de 9 x 6 cm encapsulada con límites quirúrgicos libres de tumor y se mandó a estudios de inmunohistoquímica. Evolución durante el postoperatorio cursó con fístula pancreática de bajo gasto que se remitió con manejo conservador. Actualmente con seguimiento postoperatorio de 8 meses evolucionando satisfactoriamente con controles de ultrasonografía que reportan ausencia de cabeza y cuello de páncreas, resto de páncreas e hígado normal.

070 C 129

#### LINFOMA PRIMARIO DE ÍLEON CON MANIFESTACIÓN DE OCLUSIÓN INTESTINAL SECUNDARIA

Guerrero RJF, Pérez PY, Aguilar RV, Priego NA, Martínez CG Hospital Central de Concentración Nacional Norte de Pemex. México D.F.

**Antecedentes:** El linfoma no Hodgkin se puede presentar en forma extraganglionar, es rara la manifestación en tubo digestivo, del 3 a 6% en frecuencia, después de los adeno-

carcinomas. **Informe de caso:** Masculino de 96 años con dolor abdominal de 24 horas de evolución, intenso en mesogastrio, sin irradiaciones, con vómito gastroalimentario, en 4 ocasiones, obstipación y constipación. Hidratado, afebril, estable, consciente; abdomen distendido, timpánico con dolor a la palpación media, peristasis disminuida. Sonda nasogástrica material intestinal; ámpula rectal vacía. Laboratorio con leucocitos, neutrofilia, química, tiempos y electrolitos en parámetros aceptables. Radiografías abdominales distensión de asas de delgado, ausencia de gas distal. Manejo médico, conservador sin mejoría. Se decide realizar laparotomía exploradora y apoyo nutricio parenteral. **Resultados:** Se encontró líquido claro de 200 cc, no fétido, con tumoración en intestino delgado a 110 cm de válvula ileocecal, asas proximales distendidas. Una adenopatía en mesenterio. Se realizó resección intestinal y anastomosis. Reporte patología: linfoma no Hodgkin de células pequeñas no hendidas (bajo grado) que infiltra hasta la serosa. Evolución satisfactoria en postoperatorio. Actual sin datos de reoclusión, recurrencia ni metástasis a 6 meses de control. **Discusión:** La oclusión intestinal por tumores es poco frecuente, mayormente en adultos, cuentan antecedentes de síndromes inflamatorios y malabsorción. El linfoma intestinal primario ocupa el 20% de neoplasias del delgado. Se presenta como obstrucción intestinal y/o sangrado. El tratamiento basándose en resección intestinal y radiación, presentando índices de curación hasta el 75% en enfermedad localizada.

071 C 130

#### QUISTES PANCREÁTICOS Y HEMANGIOBLASTOMA. ENFERMEDAD DE VON HIPPEL LINDAU

Sandoval RJM, Aguilar GJ, Gerling ALG, Kuri OJA

Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2, San Luis Potosí. IMSS. Facultad de Medicina Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Departamento de Cirugía General.

**Introducción:** Alteración autosómica dominante, por crecimiento anormal de tumores. Hemangioblastomas en SNC y tumores viscerales. Prevalencia estimada 1:35,000-1:40,000. La sintomatología varía dependiendo del tamaño y localización del tumor. Las manifestaciones pancreáticas tienen incidencia de 16-29%, son principalmente cistoadenomas serosos y múltiples lesiones quísticas. Hemangioblastomas representan el 2% de los tumores cerebrales, del 5-30% de éstos se asocian a tal enfermedad, 59% localizados en cerebelo. **Objetivo:** Descripción de un caso clínico de una asociación de enfermedad poliquística pancreática y hemangioblastoma. Como únicas manifestaciones de enfermedad de Von Hippel Lindau. **Paciente:** Femenino de 24a. Antecedente de padre fallecido por cirugía de fosa posterior. Diagnóstico de quistes pancreáticos hace 17a. Acudió en 09/09/1998 por un padecimiento de 7a. de evolución, con vómito, plenitud postprandial, pérdida de peso, se manejó protocolo de estudio, encontrándose en TAC múltiples quistes pancreáticos, glucosa de 135 mg%. Se realizó CPRE, reporto deformidad de estómago y doudeno por compresión extrínseca. Se realizó laparotomía encontrándose páncreas poliquístico en toda su extensión, vasos mesentéricos tomados, llevándose a cabo pancreatectomía parcial. Cursó con hiperglucemias. En 02/11/1999 presentó cefalea opresiva, náusea, diplopía, ataxia, vértigo y papiledema. Se realizó derivación ventrículo atrial frontal derecha y resección de tumor, reportado como hemangioblastoma. **Discusión:** Un padecimiento quístico en pán-

creas, sin antecedente de enfermedad pancreática. Además manifestaciones neurológicas por hemangioblastoma. Esta asociación puede corresponder a enfermedad de Von Hippel Lindau, manifestándose inicialmente en páncreas, de los cuales pocos casos han sido reportados. Pocos pacientes con esta enfermedad presentan únicamente lesión pancreática. No presentó algún otro tipo de lesión visceral.

072 C 133

### TROMBOSIS MESENTÉRICA VENOSA SEGMENTARIA, SECUNDARIA A DEFICIENCIA DE PROTEÍNA C

Villalobos AA, Charles G, Ventura F

Hospital Regional "Valentín Gómez Farías" ISSSTE. Guadalupe, Jal.

**Antecedentes:** La proteína C, descubierta en 1977, es una glicoproteína vitamina K dependiente, que funciona como un anticoagulante natural, inactivando selectivamente las formas activas de los factores V y VIII de la coagulación. Los niveles bajos de proteína C ocasionan trombosis familiar recurrente, es más frecuente en mujeres, menores de 70 años y tiene rasgos hereditarios autosómico dominante. La deficiencia de proteína C se ha relacionado con trombosis tanto arteriales como venosas y estos eventos se han reportado en extremidades inferiores principalmente, en corazón, cerebro, vena cava y reportes recientes en mesenterio. **Resumen del caso:** Se reporta el caso de un paciente de 42 años de edad, el cual cuenta con los antecedentes de importancia haber presentado 3 eventos trombóticos venosos profundos en extremidades inferiores, en tratamiento desde hace 6 meses con acenocumarina por diagnóstico de deficiencia en proteína C. Suspende su anticoagulación hace un mes. Acude por cuadro de dolor abdominal de dos semanas de evolución, distensión abdominal, obstipación y un abdomen agudo clínico con datos radiológicos de obstrucción intestinal. Se somete a laparotomía exploradora encontrando dos segmentos de 6 cm de íleon necrosados. Se realizan dos resecciones intestinales con anastomosis término terminal en dos planos. **Resultados:** El paciente cursa con hipoproteinemia de 1.9 gr/dl por lo que es manejado en el postoperatorio con NPT, anticoagulación con heparina y antibiótico de amplio espectro (ertapenem). Su evolución es satisfactoria, egresándose con acenocumarina. **Conclusiones:** Se debe sospechar deficiencia de proteína C y otras (proteína S, antitrombina III), en pacientes con historia de eventos trombóticos recurrentes, especialmente si se trata de menores de 45 años y tienen historia de trombosis familiar. Estos pacientes deben someterse a tratamiento trombo profiláctico por hasta 6 meses y preoperatoriamente si es el caso.

073 C 134

### QUISTES COLEDOCIANOS. EXPERIENCIA QUIRÚRGICA EN EL HOSPITAL REGIONAL 1 DE OCTUBRE ISSSTE

Núñez GE, Reyes IL, Montes CM, Reyes IM

**Introducción:** El quiste coledociano es una causa inusual de obstrucción biliar, definido como dilatación aneurismal del árbol biliar, constituye el 1% del as lesiones biliares benignas. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo de revisión de expedientes de pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico para el manejo de quiste coledociano, de

enero de 1995 a junio del 2002, en el servicio de Cirugía General del Hospital Regional 1 de Octubre del ISSSTE. **Resultados:** 10 pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico por quiste coledociano. 7 mujeres y 3 hombres, edad de 27 a 78 años (mediana 51), todos presentaron ictericia obstructiva y dolor abdominal, 4 pacientes masa palpable y 5 pacientes cuadros de colangitis diagnóstico ultrasonido abdominal y tomografía computada en todos los casos, 4 pacientes por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) preoperatoria. 7 pacientes presentaron quiste coledociano con dilatación fusiforme del colédoco y dos pacientes con dilatación del árbol biliar en el duodeno (coledococèle) y un paciente con dilataciones quísticas intra y extrahepáticas. A 7 pacientes se les realizó resección quística con hepaticoyunoanastomosis en Y Roux, 3 pacientes resección quística con coledocoyunoanastomosis en Y Roux. Tiempo quirúrgico promedio 122 minutos. Estancia hospitalaria promedio 8 días, un paciente presentó estenosis y cuadros de colangitis a 2 años de seguimiento, manejado con dilataciones y endoprótesis. 9 pacientes asintomáticos. Se presentan imágenes del manejo quirúrgico de un caso representativo de resección quística y hepaticoyunoanastomosis Y Roux por un quiste coledociano fusiforme. **Conclusiones:** La derivación biliar continúa siendo el tratamiento de elección, en el manejo de quistes coledocianos.

074 C 135

### METÁSTASIS DE CA EPIDERMÓIDE (CA CU) HACIA CUERPO DE PÁNCREAS

Méndez RR, González LG, Reyes PP, Abascal AA

Departamento de Cirugía Digestiva y de trasplantes, Centro Médico Nacional Manuel Avila Camacho, Hospital de Especialidades, IMSS, Puebla, Pue.

**Antecedentes:** El carcinoma de células escamosas es el segundo tumor ginecológico más común, metastatiza hacia el hígado del 2.2 al 9% de los casos y los síntomas debidos a diseminación a la región del árbol hepatobiliar son muy raras, al igual que al páncreas. De hecho, en la literatura, sólo se mencionan cuatro casos con metástasis hacia árbol biliar. **Objetivo:** Presentar un caso clínico de metástasis hacia cuerpo de páncreas y ganglios pancreáticos de Ca Cu epidermoide que se presentó en nuestro Hospital. **Presentación del caso:** Femenino de 57 años de edad, ingresa el 12 de marzo del 2002 por presentar tinte icterico de escleras de 9 días de evolución. AHF: madre finada por esclerosis múltiple, padre finado por cardiopatía no especificada, tía materna finada por Ca Cu APNP: originaria de Tehuacán, residente de esta ciudad, escolaridad licenciatura en contaduría, dedicada a labores del hogar, habita en casa propia que cuenta con todos los servicios de urbanización, niega tabaquismo, alcoholismo y toxicomanías. AGO: Menarca a los 12 años, c: 4/30, IVSA: 27 años, una pareja sexual, G:4, P:0, C:3, A:1, FUR hace 10 a. APP: Refiere alérgica a metoclopramida y ranitidina, quirúrgicos: 3 cesáreas por distocias uterinas, niega transfusionales, refiere Ca Cu diagnosticado desde julio del 2000, EC IIB (epidermoide de células grandes no queratinizante), tratada con QT con 26 sesiones y con RT 5000 cgys. PA: Lo inicia desde el 03 de marzo del 2002, presentando tinte icterico de aparición súbita, acude a consulta de RT, con USG de control del 05/03, que reporta hemangioma hepático + hidrocolecisto, con lodo biliar, litos en su interior, así como ascitis.

BT	TGO	TGP	DHL
3.32	325	303	492

Por lo anterior se envía a la consulta de gastrocirugía el 07/03/02, con los siguientes laboratorios:

BT	BD	BI	TGO	TGP	DHL	FA
6.52	3.06	3.46	295	342	417	682

Se realizó TAC la cual reporta dilatación de la VB intra y extrahepática, ascitis, hidrocolecisto, páncreas normal, USG particular con PB plicolecisto, dilatación de colédoco, BT: 10.4, a expensas de indirecta de 6.8, por lo que se interna, para protocolo de estudio se solicita CPRE el 14/03/02, reportando redundancia y edema de pliegues duodenales, dificultando la canalización del ampulla de Vater. Durante su estancia presenta tiempos de coagulación prolongados, corregidos con PFC y vitamina K, se realiza colangiografía percutánea (19/03/02) reportando: dilatación de VB intrahepáticas de manera moderada y con gran dilatación de colédoco, terminando en punta de lápiz. Marcadores tumorales 18/03/02: AFP: 3.9, AgCE: 2.3 E.F: De relevancia, destaca ictericia escleral +++, así como tumoración palpable en hipocóndrio derecho de 4 x 5 aproximadamente. Se realiza intervención quirúrgica, encontrando estenosis de colédoco distal por compresión extrínseca, de ganglios pancreáticos y por cuerpo de páncreas, con tumor palpable en nivel para córtico, se realiza ETO reportando metástasis de cáncer epidermoide al cuerpo del páncreas, se realiza hepatoyeyunoanastomosis término lateral en Y de Roux y gastroyeyunoanastomosis latero-lateral. Dx definitivo el mismo que en el ETO. Con adecuada evolución postquirúrgica, es dada de alta ya con niveles de bilirrubinas dentro de límites normales y en sesiones de quimioterapia. **Conclusiones:** Es de relevancia presentar un caso clínico como éste, el cual se presenta poco frecuente según la literatura mundial, como consideración diagnóstica en un paciente con ictericia y antecedente de Ca Cu.

075 C 136

### CÁNCER DE COLON, ¿EL GRAN SIMULADOR?

Salazar TM, Reyes PP, Abascal AA

Departamento de Cirugía Digestiva y de Transplantes del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Manuel Avila Camacho, IMSS, Puebla.

**Antecedentes:** Aunque en la literatura no reporta que el Ca de colon debute o se confunda con cuadros de apendicitis, varios autores como Scott o Rutgeerts mencionan la relación con CUCI e inclusive la apendicectomía como factor protector contra la misma, otros autores como Rypms han utilizado anticuerpos monoclonales para diagnosticar apendicitis, otros hacen mención de la utilización de TAC y USG, lo que confirma la dificultad diagnóstica en algunos casos. **Objetivo del estudio:** Dar a conocer la experiencia en nuestro hospital, acerca de casos clínicos quienes se diagnosticaron como apendicitis o quiste de ovario, siendo el cáncer de colon el diagnóstico definitivo, en los últimos 18 meses. **Informe de los casos:** **Caso 1:** Femenino 37 años de edad quien inicia con cuadro agudo súbito de dolor abdominal en FID, se interviene quirúrgicamente encontrando quiste de ovario, el cual fue resecado, sin embargo, cuatro meses después presenta cuadro de oclusión intestinal, por lo que se inician estudios, se realiza colonoscopia encontrando tumoración en rectosigmoides con resultado definitivo de adenocarcinoma, se efectuó colostomía por actividad tumoral importante, así como radio y quimioterapia. **Caso 2:** Fe-

menino 46 años de edad con antecedente de dolor abdominal crónico, acude a su HGZ por presentar cuadro de abdomen agudo, se realiza apendicectomía, semanas después presenta cuadro de oclusión intestinal, el cual se resuelve, pero se palpa tumoración en flanco derecho por lo que es enviada a nuestro Hospital, se realiza colonoscopia, encontrando tumoración en colon derecho cuyo reporte histopatológico confirmó adenocarcinoma. El tumor fue irreseccable, realizando gastrostomía más yeyunostomía ya que sus condiciones no permitieron apoyarla con quimioterapia. **Caso 3:** Masculino 47 años de edad con antecedente de estreñimiento crónico, presenta cuadro de oclusión intestinal, se realiza laparotomía exploradora, se efectuó apendicectomía, en el posoperatorio, presenta nuevamente datos de oclusión, se envía a nuestra Unidad, donde se le realiza colonoscopia encontrando tumoración en sigmoides con reporte histopatológico de adenocarcinoma bien diferenciado, se realizó colostomía y apoyo con quimioterapia. **Caso 4:** Femenino 70 años de edad con antecedente de estreñimiento crónico, presenta dolor súbito en FID, en su HGZ se realiza apendicectomía, tres semanas después continúa con dolor importante en FID, donde se palpa tumoración, se toma colon por enema encontrando en colon derecho imágenes en sacabocado, se envía a nuestro Hospital donde se realiza colonoscopia, encontrando 8 ulceraciones en sigmoides, además de tumoración en ángulo hepático, se toman biopsias, con resultado histopatológico definitivo de CUCI y adenocarcinoma de colon ascendente. **Caso 5:** Femenino 21 años de edad quien presenta cuadro de abdomen agudo, se realiza apendicectomía en su HGZ y presenta datos de oclusión intestinal al mes, el cual se resolvió conservadoramente, dos semanas después presenta nuevamente dolor importante en fosa iliaca derecha y datos de oclusión, se interviene encontrando tumoración en ángulo esplénico de colon que abarcaba casi toda la luz, se reseca, realizando colostomía, se apoya con NPT y quimioterapia. **Conclusión:** En los 5 casos presentados anteriormente los pacientes fueron operados con dx de apendicitis, presentando Ca de colon el cual fue determinado hasta el posoperatorio por presentar en su mayoría oclusión intestinal. El diagnóstico de apendicitis es clínico, por lo que nos hace cuestionarnos si necesitamos ser más cautelosos en la anamnesis y la exploración física o es que acaso el cáncer de colon bien puede simular un cuadro apendicular pasando desapercibido y diagnosticándose hasta el posoperatorio?, es por eso que Vicenzi menciona el estudiar a todos los mayores de 50 años, ya que encontró un caso de mucocelo en una apendicectomía el cual reportó el año pasado.

076 C 137

### TRAUMA VASCULAR PERIFÉRICO

Torres GSA, Ortega MA, García BM  
Hospital General de Durango.

Masculino de 48 años de edad, vulcanizador, casado, católico. **Antecedentes:** Madre finada por Ca no especificado, apendicetomía hace 18 años, tabaquismo y alcoholismo positivo. **Padecimiento y evolución:** Cuadro clínico herida por proyectil de arma de fuego con orificio de entrada en región inguinal derecha y orificio de salida en región glútea izquierda, ingresa en estado de choque, hematoma evolutivo en región inguinal derecha, misma extremidad sin pulsos, hipotérmica, se decide su intervención quirúrgica de urgencia, se encuentra lesión de arteria femoral común

90% femoral superficial y vena femoral, se realiza colocación injerto con vena safena contra lateral de arterial femoral común a femoral superficial y anastomosis término lateral de arteria femoral profunda hacia arteria femoral superficial, e injerto en vena femoral anastomosis término-terminal. Ingres a Terapia Intensiva, 4 horas después se encuentran datos de trombosis venosa profunda, se decide reexplorar, encontrando acodamiento del injerto en vena femoral, realiza reanastomosis, tromboectomía y fasciotomía en pierna derecha. Se maneja con anticoagulación, en Terapia Intensiva, buena evolución de extremidad, pulsos distales presentes, temperatura adecuada y llenado capilar, 5 días después se cierran fasciotomías en pierna, se egresa con anticoagulación oral, para manejo por consulta externa.

077 C 138

### LIPOSARCOMA MIXOIDE RETROPERITONEAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Campos GJC, Garfias RJ, Silos NG, Espinoza RRDS, Servín A Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General Regional 220 Gral. J Vicente Villada, Toluca México.

**Introducción:** Los sarcomas de partes blandas constituyen menos del 1% de todas las neoplasias malignas, estos tumores se originan del mesodermo embrionario excepto los Schwannomas que se originan del ectodermo. El liposarcoma es el más común y puede desarrollarse en cualquier parte, pero predomina en el muslo y en retroperitoneo, aparece a cualquier edad pero es más frecuente en mujeres con una relación de 3:1. El liposarcoma mixoide y el bien diferenciado son los tipos más comunes. El liposarcoma mixoide supone entre el 40% y el 50% de todos los liposarcomas, estos tumores típicamente tienen una traslocación en el cromosoma t (12 16) (q 13, p 11), éstos están compuestos por lipoblastos proliferantes en una red capilar delicada y tienen una matriz mixoide, la cantidad y distribución de material mucoide puede variar ampliamente, así mismo es considerado de grado intermedio de malignidad. La naturaleza blanda del tejido lipoide y su crecimiento lento son responsables de su diagnóstico tardío, alcanzando un tamaño considerable al tiempo de su diagnóstico, caracterizándose por ser una masa voluminosa, que presenta una pseudocápsula de células aplastadas que tienden a desplazar, más que a invadir los órganos adyacentes. Los signos y síntomas no son específicos, tales como aumento del volumen abdominal, dolor, oclusión intestinal, distensión, sensación de plenitud abdominal y masa palpable.

Los signos radiográficos en la placa simple de abdomen incluyen una masa de tejidos blandos, la cual usualmente desplaza las asas intestinales. En la TAC se observa una imagen mixta, con discretas áreas grasas combinadas con áreas de atenuación de tejidos blandos, después de administrar medio de contraste intravenoso muestra un reforzamiento variable, este estudio puede ser la mejor técnica de imagen para lesiones en abdomen, retroperitoneo, tórax, cabeza y cuello, también es el estudio más adecuado para observar la presencia de metástasis pulmonares y hepáticas. La RM es útil para explorar minuciosamente el tejido graso y es el método de elección en el caso de liposarcomas menos obvios, ya que proporciona una excelente definición de tejidos blandos y muestra la relación del tumor primario con los órganos adyacentes. El diagnóstico se establece por medio de biopsia por laparoscopia, laparatomía

exploradora o mediante biopsia dirigida por TAC o ultrasonido abdominal. La resección quirúrgica amplia y completa del tumor sigue siendo la modalidad de tratamiento más efectiva tanto para el tumor primario como para las recurrencias. A pesar de que la resección completa es posible en el 50% a 96%, la resección con márgenes negativos frecuentemente es imposible, debido a esto su recurrencia local es del 40% al 90%. La radioterapia postoperatoria reduce el índice de recurrencia local después de la resección completa amplia, sin embargo esta limitada por su toxicidad gastrointestinal y neuronal.

No se ha demostrado algún beneficio con quimioterapia pre y/o postoperatoria en sarcomas retroperitoneales. **Caso.** Paciente femenino de 45 años de edad, sin antecedentes heredofamiliares o personales patológicos de importancia, acude a consulta por presentar aumento de volumen en epigastrio de un año de nueve meses de evolución, posterior a un embarazo, con sensación de plenitud postprandial inmediato, meteorismo moderado, pérdida peso no cuantificada y alteraciones del tránsito intestinal caracterizado por estreñimiento. A la exploración física se encuentra paciente obesa, con signos vitales dentro de límites normales, área cardiopulmonar sin alteraciones, abdomen globoso por pániculo adiposo y a expensas de una tumoración en epigastrio y mesogastrio de aproximadamente 20 cm x 20 cm, no dolorosa, dura, móvil, mate a la percusión, con peristalsis presente normoactiva, con resto de exploración sin alteraciones. El laboratorio con Hb de 12.3 g/L, Hto de 38%, leucocitos 6,900/mm<sup>3</sup>, plaquetas 244,000/mm<sup>3</sup>, glucosa 108 mg/dl, creatinina 0.9 mg/dl, bilirrubina total 1.0 mg/dl, proteínas totales 7.2 mg/dl, albúmina 4.4 mg/dl, AST 21.0 mg/dl, ALT 11.0 mg/dl, LDH 128 mg/dl, F. Alcalina 78.0 mg/dl, TP 100% y TPT 34. El USG abdominal reporta: En topografía retroperitoneal la presencia de una imagen ovalada que se extiende transversalmente y que desplaza el hígado lateralmente, páncreas hacia abajo y atrás, con una dimensión de 190 mm x 180 mm x 110 mm, la textura es heterogénea por presencia de imágenes hipoecoicas de contornos regulares y definidos, la menor de 20 mm x 14 mm y la mayor de 35 mm x 46 mm, la textura tiende a ser hipoecoica, así mismo el riñón está desplazado, así como el bazo el cual conserva sus características. Se realiza TAC abdominal en la cual se observa una gran tumoración retroperitoneal. La paciente es sometida a cirugía con los siguientes hallazgos: Se encuentra una gran tumoración de contenido amarillento gelatinoso, de aprox. 18 cm x 16.5 cm x 12 cm, bien delimitada dependiente de retroperitoneo, con aporte sanguíneo de vasos mesentéricos superiores, con presencia de una cápsula, la cual se encontraba íntimamente adherida a cuerpo y cola de páncreas, rechazando así mismo la cara posterior de estómago y mesocolon transverso, adherido íntimamente a territorio de arteria cólica media, de la misma manera el mesenterio se encontraba adherido pero fácil de disecar, sin adherencia a asas de intestino delgado, el cual sólo estaba rechazado hacia flanco derecho y fosa iliaca derecha. El diagnóstico histopatológico final fue de un liposarcoma mixoide. **Discusión:** El pilar del tratamiento de los sarcomas retroperitoneales es la cirugía tanto para la enfermedad primaria como para la recurrente. El tratamiento quirúrgico consiste en una escisión completa de la masa tumoral en bloque, con el sitio de la biopsia y un margen de tejido normal alrededor del tumor razonablemente hecho en la región retroperitoneal, debido a que estos tumores se proyectan dentro de la cavidad abdominal, solo están cubiertos por peritoneo y la resección con márgenes negativos no es siem-

pre posible, debido a que muchos tienen cápsulas alrededor de ellos, que son un borde de tejido comprimido que está infiltrado por células tumorales. Así, la resección completa en los sarcomas retroperitoneales a menudo requiere ser multivisceral, incluyendo órganos adyacentes. La resección parcial debe ser reservada para pacientes quienes tienen síntomas significativos que son candidatos a cirugía paliativa. El rango de resección completa en enfermedad primaria varía de un 50% a un 90%. Varias series con seguimiento moderado sugieren que la recurrencia local ocurre sola o en asociación con recurrencia sistémica en 46% a 59 % de los pacientes sometidos a resección tumoral completa, así mismo el riesgo de recaída continúa más allá de los 5 años de posttratamiento, llevando algunos investigadores a concluir que el riesgo de recurrencia local excede el 70%. El rango de resección disminuye después de cada recurrencia local subsecuente, así después de la segunda recurrencia local el rango de resección es de 22% y después de la 3ra. recurrencia local es de 10%. Los factores predictivos de recurrencia incluyen: grado histológico alto y márgenes quirúrgicos micro y microscópicamente positivos. La re-exploración liberal racional en pacientes con la 1ra. recurrencia está fundada en hallazgos que la sobrevida media después de recurrencia local es de 60 meses en pacientes reseca- dos y 20 meses en pacientes no reseca- dos. El manejo de pacientes con recurrencia local es individualizado basado en la localización anatómica específica, edad del paciente, co-morbilidad y la naturaleza y extensión de procedimientos quirúrgicos previos y terapias no quirúrgicas. La escisión amplia con radioterapia adyuvante es la forma de tratamiento más común para adultos con sarcomas de tejidos blandos localizados, así la radioterapia puede ser dada en forma preoperatoria, postoperatoria o intraoperatoria. Estudios fase II han demostrado que la radioterapia postoperatoria en la forma de braquiterapia reduce la recurrencia local después de resecciones amplias y completas en sarcomas de extremidades y del tronco, la extrapolación de estos estudios fase II en sarcomas y la experiencia institucional retrospectiva en el tratamiento de sarcomas retroperitoneales sugiere que los rangos de recurrencia local puede ser reducida, el problema es que la dosis suficiente de radioterapia en el retroperitoneo frecuentemente está limitada por la toxicidad gastrointestinal o neuronal. El intestino delgado frecuentemente migra hacia el lecho tumoral posterior a la resección quirúrgica y muchas veces está fijo en el campo de radiación y esto aumenta el riesgo de toxicidad gastrointestinal a corto tiempo. La radioterapia preoperatoria es una alternativa con las siguientes ventajas: minimiza el riesgo de implantación tumoral en la cavidad peritoneal, regresión tumoral parcial, el tumor por sí mismo desplaza órganos radiosensibles del campo de radiación reduciendo la toxicidad y mejorando la tolerancia. Sin embargo no hay estudios que comparen la radioterapia preoperatoria vs postoperatoria. La eficacia de la radioterapia intraoperatoria y braquiterapia postoperatoria ha sido evaluada en dos recientes series con sarcomas retroperitoneales, se ha referido menor toxicidad gastrointestinal pero no encontraron diferencias en cuanto a control local, sobrevida libre de enfermedad o en la sobrevida global. El uso de quimioterapia sistémica parece ser mejor en el manejo de pacientes con recurrencia sincrónica local y a distancia en sarcomas de partes blandas. En los sarcomas de tejidos blandos los principales determinantes del pronóstico son: grado histológico, tamaño, profundidad del tumor y presencia de tumor en los márgenes quirúrgicos. Los sarcomas retroperitoneales tienen peor

pronóstico que los sarcomas de extremidades. Dentro de los factores pronósticos, el que determina el comportamiento biológico es el grado de diferenciación, tamaño de tumor, metástasis ganglionares y sitio anatómico. Se refiere en la literatura que los tumores con diploidia tienen mejor tasa de sobrevida que los tumores aneuploides, la ploidia debería ser analizada en cada caso para valoración de pronóstico y terapia adyuvante. El liposarcoma está asociado con recurrencia local y negativamente con metástasis distal, esto confirma el hecho de que muchos pacientes con enfermedad retroperitoneal mueren de recurrencia local, reportando muchos autores una recurrencia local en sarcomas retroperitoneales con rangos de 40% a 80%. Recientemente Sato et al concluye que los tumores mayores de 20 cm son predictivos de mal pronóstico. Un tumor irresecable, resección incompleta y grado histológico alto son predictivos de muerte por enfermedad específica. La sobrevida es pobre y aun en los pacientes en que se logra la resección completa del tumor, macroscópicamente sólo el 40% al 45 % sobrevivirán más de 5 años. Debido al riesgo de enfermedad recurrente en todos los pacientes sometidos a resección quirúrgica primaria de sarcomas retroperitoneales, debe de seguirse un protocolo de seguimiento cada 3 ó 4 meses con TAC o RM en los primeros 3 años, Rx de tórax anual y posteriormente a intervalos menos frecuentes hasta 10 años.

078 C 140

#### FIBROHISTIOCITOMA PRIMARIO MALIGNO DE HÍGADO

Gómez GE, Mondragón SR, Martínez GN  
Instituto Nacional de Cancerología.

**Introducción:** El Fibrohistiocitoma primario maligno es una lesión que comúnmente ocurre en tejidos blandos. En la mayoría de los casos se presenta en las extremidades y en el espacio retroperitoneal. Las lesiones en hígado son extremadamente raras y menos de 30 casos han sido reportados en la literatura. **Objetivo:** Presentar el caso de una paciente en quien se diagnosticó y trató un fibrohistiocitoma primario maligno de hígado. **Presentación del caso:** Mujer de 69 años de edad quien se presentó en el INCAN referida después de que se le realizó una biopsia guiada por laparoscopia, complicada con sangrado durante el procedimiento. Se le realizó una laparotomía y empaquetamiento y fue enviada a nuestro hospital para manejo definitivo. Al ingreso los estudios de laboratorio demostraban hemoglobina de 8.2 mg/dl, hematocrito de 24% y 20,000 leucocitos/campo. Los marcadores tumorales se encontraban normales. En la laparotomía se observaba una lesión con bordes mal definidos con el resto del hígado sano. Se le realizó una segmentectomía lateral izquierda y la paciente evolucionó sin complicaciones. El estudio histopatológico demostró lesión tumoral con células fusiformes y atípicas, con pleomorfismo y núcleo hiper cromático. Presentaba necrosis asociado a hemorragia. En inmunohistoquímica, las células tumorales presentaban positividad para vimetina y alfa 1 anti quimiotripsina. La paciente evolucionó bien, pero 6 meses después de la hepatectomía se presentó con dolor abdominal, se le realizó tomografía computada y resonancia magnética que demostraron recurrencia peritoneal. **Conclusiones:** Los sarcomas de hígado son lesiones extremadamente raras que representan menos del 1% de las lesiones primarias malignas de hígado. El fibrohistiocitoma primario maligno es una lesión que presenta un alto grado de malignidad en los tejidos blandos, pero la presencia de inflamación es una característica de mejor pronóstico. El

manejo quirúrgico es la primera opción de tratamiento y la supervivencia a 2 años es de 60%.

079 C 141

### LEIOMIOSARCOMA DE VENA CAVA INFERIOR DE LOCALIZACIÓN PARARRENAL. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

Gómez GE, Mondragón SR, Córdoba GH, Martínez GN, Garduño LAL

Instituto Nacional de Cancerología, Hospital General Adolfo López Mateos, Toluca, Edo. de México.

**Introducción:** El leiomioma de vena cava inferior es una neoplasia vascular rara, que tiene mal pronóstico, comparado con los leiomiomas en otros sitios del organismo. Este tumor se presenta habitualmente entre la quinta y la sexta décadas de la vida. Típicamente presenta bajo grado de malignidad, con un patrón de crecimiento lento, pero suele ser letal principalmente porque suele ser silencioso. **Objetivo:** Presentar dos casos de leiomioma de la vena cava inferior de localización pararenal, que fueron tratados con resección e injerto de vena cava inferior. **Presentación del caso: Caso 1.** Mujer de 28 años de edad que fue referida al INCan por presentar una masa palpable en epigastrio. Se realizó un ultrasonido que demostraba una masa sólida hiperecogénica en el cuadrante superior derecho del abdomen. Por tomografía se demostró una masa retroperitoneal que incluía a la vena cava inferior. Los estudios de laboratorio se encontraban normales. Se realizó laparotomía donde se observaba una lesión que se originaba de la vena cava inferior infrahepática en localización pararenal, se realizó resección de la masa que medía 10 x 15 cm con resección de la vena cava inferior. Se colocó injerto con pericardio bovino. Su evolución posoperatoria no presentó complicaciones. El estudio histopatológico demostró un leiomioma de alto grado de la vena cava inferior. Su evolución demostró recurrencia local por lo que requirió segunda laparotomía con resección. La paciente a 5 años de evolución presenta recurrencia hepática y pulmonar. **Caso 2.** Paciente femenina de 58 años de edad que se presentó por masa abdominal. Sus estudios de extensión demostraron lesión en cuadrante superior derecho. Se realizó laparotomía encontrando lesión dependiente de vena cava. Se realizó resección de vena cava, nefrectomía derecha y resección de la lesión. Se colocó injerto vascular con re-implante de vena renal izquierda. Su evolución no presentó complicaciones. La paciente se encuentra asintomática a 3 años de seguimiento. **Conclusiones:** Los sarcomas de vena cava son lesiones extremadamente raras. Cuando se presentan en la vena cava pararenal dificultan el manejo poniendo en riesgo la viabilidad renal. Presentamos dos técnicas quirúrgicas con las que se pueden manejar este tipo de lesiones.

080 C 145

### HIPERPLASIA NODULAR FOCAL. REPORTE DE UN CASO

Lamm WL, Baqueiro CA, Fernández AJ, Gómez LJM  
Hospital Español de México.

**Introducción:** La hiperplasia nodular focal es una lesión tumoral del hígado que ocupa el segundo lugar entre las neoplasias benignas superada por el hemangioma. La incidencia exacta es difícil de evaluar en la población general, en estudios de autopsia se ha identificado en un 0.31% de

hígados adultos. Ocurre igualmente en hombres y mujeres más frecuentemente entre la 2da y 3ra décadas. Morfológicamente se trata de nódulos solitarios, bien definidos, afectando por igual ambos lóbulos, con diámetros generalmente menores a los 5 cm aunque existen casos reportados con lesiones de hasta 20 cm. En la mayor parte de los pacientes el hallazgo de la tumoración es incidental, en un 10% de los casos pueden existir: dolor, sensación de presión o llenura, intolerancia a la vía oral o disnea, las complicaciones como ruptura, sangrado o infarto son raras, siendo la presencia de sintomatología la mayor indicación para la resección del tumor. **Presentación del caso:** Femenino de 49 años, ingirió anticonceptivos orales durante 4 meses hace 18 años, inicia 6 meses antes de su ingreso con dolor no caracterizado en epigastrio, sensación de plenitud postprandial y pérdida de peso. Se realiza un ultrasonido mostrando una lesión ocupativa en el lóbulo hepático izquierdo, el estudio de imagen se complementó con una TAC donde se observó masa hepática en segmentos II-III bien definida, vascularizada en su periferia, sin compromiso de vía biliar interpretándose como LOE probablemente benigna, sin poder descartar malignidad. Pruebas de función hepática y marcadores tumorales normales. La paciente se somete a laparotomía exploradora, realizándose segmentectomía lateral izquierda, sin incidencias. La evolución postoperatoria fue adecuada siendo dada de alta 7 días después de la cirugía. El reporte histopatológico reveló una hiperplasia nodular focal de 15 por 7 cm. La sintomatología de la enferma así como la duda diagnóstica fueron las indicaciones para la resección. Se presenta este caso además por el poco usual tamaño de la lesión.

081 C 148

### ESTRÉS EN MÉDICOS ESPECIALISTAS EN FORMACIÓN DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA DEL IMSS

Arenas OJ, Origel GJL, García VC, Mayoral SF, Carmona DV, Bebia PF, Alamilla MMG

El estrés es un proceso en el cual la relación entre el individuo y su medio se define como estresante en términos de la relación dinámica de dos procesos: La valoración cognitiva que cada individuo hace de las demandas ambientales y las estrategias de afrontamiento con que cuenta para enfrentar las situaciones estresantes. **Objetivo:** Determinar la relación entre el entorno e individuo en médicos especialistas en formación del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza. **Material y métodos:** Diseño prospectivo, transversal, descriptivo, observacional, abierto. A los médicos residentes en formación del ciclo lectivo 2000-2001 se les aplicaron tres cuestionarios: El inventario de estrés cotidiano (IEC), inventario de conducta tipo A (CTA) y el de estrés fisiológico (CEF). Análisis estadístico: r de Pearson, T Suden. **Resultados:** Se encuestaron a 363 médicos especialistas en formación, de ellos, 252 (69%) fueron del sexo masculino y 111 (31%) femeninos, la edad promedio fue de 29 años. Por lo que se refiere al estado civil el 50% de los médicos especialistas en formación estaban casados. El cuestionario de estrés cotidiano mostró a 16 (4%) mujeres con altos niveles de estrés, con mayor frecuencia en las especialidades de medicina interna, cirugía general y anestesiología. El inventario de conducta tipo A identificó a 36 (10%) con patrón de conducta tipo A, sin predominio por el sexo, en las especialidades cirugía general, medicina inter-



na, anestesiología, anatomía patológica, medicina del enfermo en estado crítico y dermatología. El cuestionario de estrés fisiológico evidenció la presencia de patología secundaria a situaciones estresantes: Gastritis 53%, contractura muscular 38%, colitis 26%, alcoholismo (26%), hipertensión, neurodermatitis, asma, ansiedad, insomnio. El promedio de incapacidad durante el ciclo lectivo fue de 58 días, las especialidades que la generaron fueron anestesiología, medicina interna, urología y cirugía general. El grado de escolaridad más afectado fue el segundo año seguido del tercero. **Conclusión:** Las situaciones socioeconómicas y familiares previas, la responsabilidad profesional, el modelo educativo propician en el medio hospitalario procesos estresantes. La correlación entre el CEF y CTA fue de .8222 y se observó con mayor frecuencia es la especialidad de medicina interna. El estrés ocurre ante las exigencias del medio y como consecuencia se presentan cambios internos en el médico residente que condicionan enfermedad como consecuencia del estrés crónico. La incapacidad médica para el médico especialista en formación puede ser un patrón de afrontamiento manipulativo o acomodativo al enfrentar procesos estresantes.

082 C 149

#### PREVALENCIA DE TROMBOSIS VENOSA ESPLÉNICA EN PANCREATITIS AGUDA GRAVE

Arenas OJ, Friday IO, Delgadillo TG, Serrano GI, Alamilla MG, Carmona DV, Origel GJ  
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza.

**Objetivo:** El objetivo de este trabajo es determinar la prevalencia de trombosis venosa esplénica en pacientes con pancreatitis aguda grave de la clasificación tomográfica C,D,E de Balthazar, tratados en el servicio de cirugía general del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza. **Material y métodos:** Diez pacientes, cinco mujeres de 19-68 años de edad y cinco hombres de 26-54 años con pancreatitis aguda grave, C,D,E de la clasificación de Balthazar fueron seleccionados en la consulta externa y hospitalización del servicio de cirugía general del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional la Raza entre noviembre de 2001 y febrero de 2002. Los pacientes fueron estudiados con TAC, se realizaron biometría hemática, tiempos de coagulación, química sanguínea completa y perfil hepática. Los pacientes fueron sometidos a ultrasonido Doppler duplex de la vena esplénica, portal, arteria esplénica y los vasos cortos. Se midieron además el volumen de los bazo. **Resultados:** 3 pacientes (hombres) 30% con pancreatitis aguda baltazar D (42%) tuvieron trombosis venosa esplénica. Ninguno de los pacientes con la clasificación C (40%) tuvieron trombosis venosa esplénica. Dos de los pacientes con trombosis tenían esplenomegalia con cortocircuitos por los vasos cortos y gastroepiploicos. **Conclusiones:** El estudio de ultrasonido Doppler dúplex detectó tres casos de trombosis venosa esplénica en el segmento distal de la vena esplénica (30%), lo cual semeja a los resultados obtenidos por Dr. Dorffel en Berlín en el año 2000.

083 C 150

#### RESECCIÓN DE QUISTE MESENTÉRICO GIGANTE POR LAPAROSCOPIA. REPORTE DE UN CASO

Fernández AJ, Baqueiro CA, Gómez LJM, Vargas UG, Orduña TD  
Hospital Español de México. México D.F.

**Objetivo:** Comunicar el caso de una paciente de 64 años a quien al realizarle un ultrasonido de hígado y vías biliares se le encuentra una gran masa abdominal hipoecoica por lo que se le realizan otros exámenes complementarios y es operada por laparoscopia realizándole resección del quiste y colecistectomía laparoscópica en el mismo tiempo operatorio. **Presentación del caso:** Paciente femenina de 64 años de edad, acude al servicio de urgencias por dolor abdominal tipo cólico en hipocondrio derecho por lo que se le realiza ultrasonido de hígado y vías biliares y como hallazgo ultrasonográfico se describe una gran masa abdominal de aproximadamente 15 cm de diámetro además de colecistitis crónica litiásica. Al examen físico paciente consciente, cardiopulmonar sin alteraciones, abdomen globoso, no cicatrices, peristalsis conservada, matidez hepática, timpanismo en resto de abdomen, se palpa masa en mesogastrio, de consistencia dura, no dolorosa, resto de examen sin particularidades. Se realiza laparoscopia diagnóstica, se identifica quiste mesentérico el cual disecado en su totalidad, puncionado, evacuado y resecado por laparoscopia. La paciente reinicia vía oral al día siguiente de la cirugía y es dada de alta al tercer día postoperatorio.

084 C 151

#### DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA DE URGENCIA: ¿CIRUGÍA JUSTIFICADA?

Domínguez FJ, Zimmermann JA, Arreola C  
Hospital General Regional de León, SSA Guanajuato.

**Antecedentes:** La duodenopancreatectomía es el procedimiento quirúrgico de elección en los tumores periampulares. Es cirugía mayor de tipo electivo. **Objetivo del estudio:** Presentar caso de adenocarcinoma del ampulla de Vater y sangrado de tubo digestivo refractario, con duodenopancreatectomía cefálica de urgencia. **Informe del caso:** Mujer de 47 años y padecimiento crónico con síndrome consuntivo e ictericia silenciosa. Con diagnóstico de adenocarcinoma bien diferenciado del ampulla de Vater. Portadora de una endoprótesis biliar. Estudios de extensión positivos a ganglios, negativos a metástasis. Internada en dos ocasiones en los quince días previos a la cirugía por sangrado de tubo digestivo, con intento hemostático fallido por endoscopia, y siete unidades hemáticas. Intervenido de urgencia por el sangrado que no cedió a la ligadura vascular. La exploración confirmó resecabilidad operatoria y se decidió realizar duodenopancreatectomía cefálica. Procedimiento realizado sin complicaciones y paciente egresada sin problemas. Reporte final de adenocarcinoma de ampulla de Vater bien diferenciado, límites quirúrgicos libres y ganglios negativos a neoplasia. **Discusión:** Se realizó una cirugía regular sin complicaciones trans o postoperatorias inmediatas, en condiciones de riesgo operatorio elevado y con acciones adversas para su pronóstico oncológico. El sangrado justifica la cirugía, sin embargo, es necesario considerar el efecto adverso de las transfusiones.

085 C 152

#### FIBROMATOSIS DIFUSA Y SARCOMA EPITELOIDE ESCLEROSANTE. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Garza H, Torres R, Canavati M, Gutiérrez R  
Hospital Christus Muguerza. Monterrey NL. México.

Paciente masculino de 38 años de edad que presenta desde hace 10 años tumoraciones en tejidos blandos de crecimiento lento, bien definidas y un nódulo pulmonar derecho que se estudió con aspiración con aguja fina guiada por TAC con reporte de fibrosis, inicia su padecimiento al presentar de forma insidiosa edema generalizado y ascitis, se realizan estudios de laboratorio e imagen con pruebas de funcionamiento hepático alteradas, sin poder llegar a un diagnóstico definitivo, se realiza biopsia hepática por laparoscopia y resección de tumoración en pared abdominal para estudio histopatológico que reporta fibromatosis y colestasis hepática más fibrosis, recibe tratamiento con metotrexate presentando resolución de ascitis y edema generalizado así como disminución del tamaño en las tumoraciones de tejidos blandos, a los 6 meses desarrolla diabetes, parestia y parestesia de miembros pélvicos, se realizan estudios de RMN y TAC reportando tumoración dorsal a nivel de T9 que invade canal medular, se realiza intervención quirúrgica para descompresión medular. El estudio histopatológico reporta sarcoma epiteloide esclerosante.

086 C 153

#### LESIÓN INTESTINAL POSTERIOR A DISCOIDECTOMÍA LUMBAR: INFORME DE UN CASO

Asz SJ, Flores GLM, Martínez MA, Valerio UJ, Montañez RH, Quijano OF

Departamento de Cirugía, The American British Cowdray Medical Center IAP, México D.F.

**Antecedentes:** Las lesiones ventrales causadas como complicación de una discoidectomía lumbar son raras. De éstas las más frecuentes son las lesiones vasculares. Las lesiones intestinales han sido informadas en muy pocas ocasiones.

**Objetivo:** Informar el caso de una lesión intestinal como complicación de una discoidectomía lumbar. **Informe del caso:** Masculino de 12 años que inició su padecimiento 24 horas después de operado de discoidectomía lumbar por hernia discal L5-S1. Presentó dolor abdominal intenso, fiebre e intolerancia a la vía oral por lo que fue referido con el cirujano al segundo día de operado. A la exploración se encontró en mal estado general, con fiebre, taquicardia y deshidratación. El abdomen se encontraba rígido con datos francos de irritación peritoneal. La radiografía de abdomen mostró hidroneumoperitoneo. Fue sometido a laparotomía exploradora encontrando abundante aire libre, 2000 cc de material intestinal, un orificio de aproximadamente 1 cm de diámetro en el retroperitoneo entre ambas arterias ilíacas y una perforación de aproximadamente 2 cm de diámetro en íleon terminal a 20 cm de la válvula ileocecal. Se le realizó resección intestinal con anastomosis término-terminal y lavado exhaustivo de la cavidad. Evolucionó satisfactoriamente sin complicaciones abdominales o neurológicas. **Conclusiones:** Aunque sólo existen 15 casos informados en la literatura, la discoidectomía lumbar puede tener como complicación una perforación intestinal. Es necesario tener un alto índice de sospecha para poder diagnosticarla y tratarla en forma apropiada.

087 C 154

#### PSEUDOMIXOMA PERITONEAL SECUNDARIO A ADENOCARCINOMA MUCOSECRETOR DEL APÉNDICE CECAL. REPORTE DE DOS CASOS

Castillo CA, Angeles SJ, Villalvazo NJ, García GR, Laguna BV, Azpeitia JL

Hospital General de Occidente, SSJ, Zapopan Jal.

**Introducción:** Las neoplasias malignas del apéndice cecal son raras, generalmente son encontradas como hallazgos de una laparotomía. Representan del 0.7 al 1.3% de todas las neoplasias del apéndice. El pseudomixoma peritoneal es una condición secundaria a la producción de moco, que por tumores apendiculares se debe del 30 al 33 % de las ocasiones. La incidencia de adenocarcinoma apendicular varía del 0.004 al 0.08% de todas las neoplasias apendiculares y se asocian con poca frecuencia al pseudomixoma peritoneal, y su manejo es agresivo con cirugía radical y quimioterapia intraperitoneal. **Objetivo:** Presentar dos casos de pseudomixoma peritoneal secundario a adenocarcinoma mucosecretor de apéndice cecal, clínicamente manifestado como hernia abdominal. **Reporte: Caso 1.** Femenino de 58 años, hernia umbilical de 30 años de evolución y hernia inguinal derecha de 6 meses de evolución, diabetes mellitus tipo 2 de 20 años, dislalia secundaria a evento vascular cerebral. Cirugía electiva: hernia inguinal Gilbert I, hernia umbilical 1 x 1 cm, tumor apendicular exofítico 0.5 x 0.5 cm con mucina adherida, material mucinoso libre 1300 ml se realiza hemicolectomía derecha, omentectomía, lavado de cavidad, ileotransversoanastomosis. Actualmente bajo quimioterapia con 5FU, con regular estado de salud. **Caso 2.** Femenino de 87 años, diabetes mellitus tipo 2 de 3 años de evolución. Cuadro de dolor abdominal difuso y ausencia de evacuaciones de 4 días de evolución, desequilibrio hidroelectrolítico y datos de hernia umbilical estrangulada. Laparotomía de urgencia: hernia umbilical de 4 x 3 con epiplon estrangulado, líquido mucinoso libre 2000 ml, apéndice cecal 12 cm indurada y blanquecina, se realiza apendicectomía y toma de biopsia por datos de inestabilidad transquirúrgica y pasa a terapia intensiva. Fallece 48 hrs ulteriores por datos de falla orgánica múltiple. **Conclusiones:** Las neoplasias del apéndice cecal continúan siendo un hallazgo transquirúrgico. El pseudomixoma peritoneal se presenta en ocasiones como cuadro obstructivo intestinal e infrecuentemente aunado a hernia abdominal. ADD: se cuenta únicamente con imágenes de histopatología.

088 C 155

#### PANCREATECTOMÍA DISTAL EN INSULINOMA NO DEMOSTRADO EN SALA, ¿ES VÁLIDO?

Zimmermann JA, Domínguez F, Martínez J

Hospital General Regional de León, Gto.

Masculino de 28 años, quien inicia su padecimiento hace aproximadamente 18 meses y quien no cuenta con antecedentes de importancia. Su cuadro manifestado por lipotimias durante el esfuerzo, empeora hasta la inconsciencia hasta por más de 24 horas y presentando convulsiones. Visto múltiples veces por médicos de urgencias, respondió a soluciones intravenosas y tratamiento no especificado hasta su ingreso actual, en que se encontraba inconsciente, estable pero bradicárdico, sin particularidades en la exploración física. Exámenes generales revelan primordialmente una glicemia de 20 mg/dl. Se resucita al paciente con soluciones glucosadas, se reportan insulina y péptido C séricos de 6.0 U/ml y 14 ng/ml respectivamente. TAC abdominal y angiografía no demuestran tumor pancreático. Intervenido quirúrgicamente con diagnóstico de insulinoma, no es encontrado mediante palpación y ultrasonido transoperatorio. Resecamos los dos tercios distales del páncreas. El patólogo encuentra un insulinoma de 0.8 cm de diámetro en el parénqui-

ma pancreático de la región del cuerpo. La evolución postoperatoria es satisfactoria, sin recaída de los síntomas a cuatro meses de la pancreatometomía y normalización de marcadores bioquímicos. Palpación y ultrasonido transoperatorios son el estándar de oro en la detección de insulinomas, sin embargo el no encontrarlo justifica aún la resección distal del páncreas considerando la probabilidad cercana al 70% de que el tumor se encuentre en cuerpo o cola del páncreas, considerando la naturaleza benigna de la mayoría de los tumores.

089 C 156

### VESÍCULA EN PORCELANA. PRESENTACIÓN DE 5 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Vázquez RR, Felix MC, Muñoz MW

Departamento de Cirugía General, Hospital Regional Poza Rica, Veracruz, Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos

**Introducción:** La vesícula en porcelana ha sido un hallazgo interesante y raro. Fabre la describió por primera vez en 1873 y Flörcken usó el término por primera vez en 1929. En el pasado la relación de vesícula en porcelana y carcinoma vesicular oscilaba en un 90%. Pero con el estudio minucioso y con series más grandes de esta patología se ha demostrado que la relación es sólo histórica. La etiología aún no ha sido determinada. Se sugieren dos teorías: obstrucción del cístico que puede resultar en la acumulación de carbonato de calcio, el cual se precipita en la pared de la vesícula biliar y otra hipótesis sugiere que la hemorragia intramural ocurre durante la colecistitis crónica con calcificación subsecuente de la pared de la vesícula biliar. **Objetivo del estudio:** El motivo de este estudio es presentar 5 casos de vesícula en porcelana y demostrar que no se encontró relación de estos casos y carcinoma de vesícula.

**Material y métodos:** Se revisaron los expedientes de pacientes sometidos a colecistectomía. De febrero 1998 a febrero 2002 aquellos con diagnóstico de cáncer de vesícula o vesícula en porcelana fueron analizados. Los datos reunidos de estos pacientes incluyeron edad, sexo, procedimiento quirúrgico, hallazgos quirúrgicos y patológicos. **Resultados:** A un total de 1235 pacientes se les practicó colecistectomía, entre estos pacientes 5 tuvieron vesícula en porcelana y 4 tuvieron carcinoma de la vesícula. La edad promedio de los pacientes con vesícula en porcelana fue de  $65 \pm 15$  años. 4 mujeres y 1 hombre. Cuatro presentaron signos y síntomas sugestivos de enfermedad vesicular. 1 paciente se le diagnosticó vesícula en porcelana como hallazgo incidental durante la evaluación de otra enfermedad gastrointestinal y después se le realizó colecistectomía por presentar vesícula en porcelana. Ninguno de los especímenes con vesícula en porcelana mostró evidencia de carcinoma. Adicionalmente a los 4 pacientes a los que se les encontró carcinoma de vesícula biliar, ninguno tuvo calcificaciones de la pared de la vesícula biliar al examen patológico. **Discusión:** Dado el riesgo histórico para carcinoma de la vesícula biliar, la práctica quirúrgica manda que a todos los pacientes con sospecha de vesícula en porcelana se les debe realizar colecistectomía. Shimizu propuso una clasificación para riesgo de carcinoma vesicular en vesícula en porcelana. Todos nuestros pacientes tuvieron calcificación incompleta de la vesícula biliar. De acuerdo a la clasificación, estos pacientes tienen alto riesgo para carcinoma de vesícula. Aunque no fue el caso de nuestra serie. La historia natural de la vesícula en porcelana aún permanece sin ser elucidada. Los resultados

del Dr. Shirin son muy comparables con los nuestros, no asociando la vesícula en porcelana al carcinoma vesicular.

090 C 157

### EXCISIÓN LOCAL. TRATAMIENTO DE CÁNCER DE RECTO

Charúa GL, Espinosa LJ, Navarrete CT, Avendaño EO, Jiménez BB

Hospital General de México. O.D.

**Objetivo:** Actualmente se reportan 11,000 casos nuevos de cáncer de recto en el Reino Unido. La clásica resección abdominoperineal continúa siendo el **gold standar** de tratamiento curativo para el cáncer rectal. La excisión total mesorrectal tiene un porcentaje bajo de recurrencia y preservación de la función, la radioterapia preoperatoria y el uso selectivo postoperatorio de quimiorradioterapia reducen la recurrencia local y mejoran la sobrevida. Sin embargo, la resección anterior y la resección abdominoperineal involucran una mayor disección pélvica y riesgo de lesión de los nervios pélvicos. Presentamos el caso de una mujer de 77 años con tumor a 6 centímetros del borde anal con situación anterior izquierdo, con ultrasonido endorrectal que mostró tumor polipoideo de 3 cm de diámetro sin infiltración a muscular ni nódulos linfáticos, se descartó invasión perirrectal, tumor sincrónico de metástasis a distancia, la biopsia reportó adenocarcinoma bien diferenciado, se estadificó como T1. Se realizó excisión local con técnica de Parks sin complicaciones con reporte histopatológico de adenocarcinoma bien diferenciado, sin evidencia de infiltración a muscular ni invasión vascular. La paciente evolucionó satisfactoriamente sin recurrencia tumoral. La excisión local tiene un potencial curativo siguiendo los siguientes criterios: tumor T1, tumor menor de 3 cm de diámetro, bien o moderadamente diferenciado sin nódulos linfáticos o invasión vascular.

091 C 158

### QUISTE GIGANTE PRIMARIO DE BAZO

León VF, Romero EJ, Zavala LL, De la Fuente EC, Alfaro RJ, Samaniego AG, Basto AH, Casaos MH, Blanco Gallardo A Hospital General Dr. Gustavo A Roviroza Pérez De Villahermosa Tabasco México.

**Objetivo:** Reportar en cartel el caso de una neoplasia poco frecuente. **Introducción:** Son lesiones raras, las cuales se pueden clasificar como primarios verdaderos o pseudoquistes parasitarios y no parasitarios, se caracterizan por tener un recubrimiento epitelial que suele ser estratificado escamoso o cilíndrico, su origen puede ser la inclusión de células del mesotelio en el periodo embrionario, hasta en un 80% son sintomáticos y su diagnóstico es por imagen, puede existir una elevación discreta del Ca 19-9, su manejo es quirúrgico, el estudio histológico confirma el diagnóstico. **Caso clínico:** Masculino de 20 años de edad, estudiante de bachillerato, sin antecedentes traumáticos ni patológicos de importancia, inicia con percepción de una masa tumoral en hipocondrio izquierdo de 5 meses de evolución, móvil, de superficie regular, consistencia dura y firme a plano profundo, con dolor leve opresivo con irradiación a espalda ipsolateral, con mejoría parcial a los analgésicos, sin cambios hemodinámicos, elevación discreta de la lipasa, mostramos métodos de imagen siendo de mayor utilidad la tomografía computarizada, y una colangiopancreatografía endoscópica retrograda (CEPRE) donde se muestra efecto de masa

sobre el conducto pancreático, se confirma el diagnóstico mediante la cirugía y reporte histopatológico, evolución satisfactoria. **Conclusión:** El quiste gigante primario de bazo es una entidad patológica poco común, con frecuencia son asintomáticos y su diagnóstico es por exploración física, estudios de imagen, cirugía y reporte histopatológico.

092 C 159

#### METÁSTASIS TIROIDEAS DE UN CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES

López F, Uribe UN, Lajous M, Fajardo CR, González O, Sánchez MJ, Herrera MF  
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

**Introducción:** Las metástasis a la glándula tiroides son poco comunes. El carcinoma renal es el tumor primario que con mayor frecuencia metastatiza a la tiroides. La presencia de carcinoma papilar de tiroides y un tumor metastásico sincrónico es aún más rara. **Presentación del caso:** Una paciente de 47 años de edad con el antecedente de nefrectomía izquierda 8 años antes por un carcinoma de células renales, fue vista en el servicio por un nódulo firme de 3 cm en el lóbulo derecho de la glándula tiroides, sin ganglios linfáticos palpables. Las pruebas de función tiroidea fueron normales, el gammagrama mostró un nódulo no funcional y el ultrasonido áreas de degeneración quística. Una BAAF sugirió la presencia de bocio hiperplásico con células de Hürthle. La paciente fue intervenida quirúrgicamente, encontrándose un nódulo de color fuertemente amarillo. El estudio histológico diagnosticó un carcinoma metastásico de células renales, hallándose en forma adicional un carcinoma papilar microscópico y tiroiditis de Hashimoto. **Discusión:** El presente caso muestra la presencia de una metástasis tifoidea poco común, desarrollada 8 años después de una intervención potencialmente curativa para el tumor primario que no pudo ser identificada en el estudio citológico.

093 C 160

#### MANEJO MULTIMODAL DEL TRAUMA. USO DE RUTAS CRÍTICAS EN SITUACIONES COMPLEJAS

Gutiérrez CC  
Hospital San Javier. Guadalajara Jalisco.

**Antecedentes:** El trauma urbano se incrementa en frecuencia y complejidad. Su tratamiento va de la observación a la intervención incluyendo procedimientos abreviados y angiografía. Unidades no especializadas pueden mejorar resultados estableciendo mecanismos de aplicación de conocimiento aprendido en centros especializados. **Objetivos:** Mostrar resultados de aplicación de ruta crítica en el manejo de trauma múltiple en un centro de alta tecnología no especializado en trauma. **Caso:** Femenino 24 años sin antecedentes patológicos, sufre compresión toracoabdominal por colisión vehicular, Glasgow 10, ISS 45, «in extremis» realizamos laparotomía abreviada empaquetando por hemiperitoneo de 3,000 ml, hematoma retroperitoneal derecho medio y alto evolutivo, laceración intraparenquimatosa grado V del lóbulo derecho del hígado no visible y renal derecha grado IV con sangrado arterial y venoso no quirúrgico (TP-50", TPT-75"), acidosis metabólica (pH 7.26) e hipotermia (26°C). Estabilizamos en UTI colocando pleurotomía bilateral por hemoneumotórax y fracturas de múltiples arcos costales posteriores. Reintervenimos para nefrectomía derecha por sangrado activo y reparación directa parcial de lesiones hepáticas abreviando procedimiento por sangrado no quirúrgico y lesión de acceso difícil. Estabilizamos en UTI con control térmico, transfusión selectiva y arteriografía hepática derecha y embolización selectiva de segmentos V-VI-VII y VIII y posterior reparación térmica apoyados por Hotline, recuperador celular y separadores mecánicos. **Resultados:** Se egresa a los 15 días sin secuelas. **Comentarios:** El manejo de alteraciones de salud complejas se facilitan al utilizar métodos de concentración y aplicación del conocimiento.

nimos para nefrectomía derecha por sangrado activo y reparación directa parcial de lesiones hepáticas abreviando procedimiento por sangrado no quirúrgico y lesión de acceso difícil. Estabilizamos en UTI con control térmico, transfusión selectiva y arteriografía hepática derecha y embolización selectiva de segmentos V-VI-VII y VIII y posterior reparación térmica apoyados por Hotline, recuperador celular y separadores mecánicos. **Resultados:** Se egresa a los 15 días sin secuelas. **Comentarios:** El manejo de alteraciones de salud complejas se facilitan al utilizar métodos de concentración y aplicación del conocimiento.

094 C 161

#### DERIVACIÓN BILIODIGESTIVA CON COLOCACIÓN DE ENDOPRÓTESIS TIPO AMSTERDAM EN LESIÓN DE VÍA BILIAR

Ramírez AF, Fajardo LM, Rojano RM  
Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro

Se trata de dos pacientes con antecedentes de litiasis vesicular, en los cuales se realiza colecistectomía, una abierta y otra laparoscópica, un paciente presentando síndrome de Mirizzi grado IV y otro paciente presenta conducto cístico corto, condicionando esto, lesión completa de conducto colédoco, en vía biliar no dilatada (colédoco de 8 mm de diámetro), se realiza derivación biliodigestiva (colédoco-duodeno anastomosis), con colocación de endoprótesis tipo Amsterdam colocando 4 puntos cardinales con vicryl 4-0, observando una evolución postoperatoria satisfactoria, asintomáticos y con niveles de bilirrubina séricos normales (bilirrubina total 0.7 mg/dl).

095 C 162

#### CARCINOMA MULTICÉNTRICO DE COLON. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Salazar IJ, García SJM, Abraham MS  
Instituto Mexicano del Seguro Social. Centro Médico Nacional Manuel Avila Camacho, Hospital de Especialidades de Puebla.

El colon, la mama y la piel, son órganos con mayores probabilidades de presentar asentamiento de uno o varios tumores malignos de tipo sincrónico con diagnóstico inferior a 6 meses y metacrónicos con intervalo superior a seis meses. Los tumores metacrónicos muestran aparición muchos años después de la primera intervención. Del 100% de pacientes, que son intervenidos por adenocarcinoma de colon el 2.52% de ellos presenta carcinoma múltiple, el 1.33% sincrónicos y el 1.19% metacrónicos. Se presenta el caso de un paciente masculino de 56 años de edad, el cual inicia con dolor tipo cólico acompañado de evacuaciones semilíquidas con rasgos de moco y sangre, con presencia de pujo, astenia, adinamia y anorexia con pérdida ponderal de 11 kg en siete meses. EF: tumor de aproximadamente 2 cm de diámetro en FII indurado, fijo a planos profundos. Laboratorios con presencia de anemia microcítica y trombocitosis. Colon por enema con masa ocupativa de sigmoides de 10 cm de bordes irregulares. Colonoscopia con presencia de lesiones a 12 cm del margen anal, de aspecto vegetante con estenosis infranqueable por efecto de masa realizando únicamente toma de biopsia. Se somete a cirugía el 050696 encontrando la presencia de tres lesiones tumorales de colon sigmoides, a 12, 26 y 35 cm del margen anal y de 6, 12 y 4 cm de diámetro respectivamente. La segun-

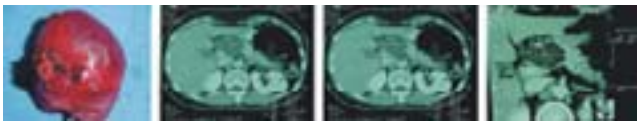
da indurada y fija a retroperitoneo sin comprometer el uretero izquierdo. Se realiza hemicolecotomía izquierda con anastomosis colorrectal en el mismo tiempo quirúrgico. La subsistencia de estos pacientes está en relación a la evolución del último tumor diagnosticado, alcanzando del 70 al 0.9% de supervivencia. Al paciente se le realizaron endoscopias cada seis meses los dos primeros años y posteriormente anuales, encontrándose hasta el momento sin presencia de nueva actividad tumoral a los seis años de postoperado.

096 C 164

**NEOPLASIA QUÍSTICA PANCREÁTICA. PRESENTACIÓN DE UN CASO**

García SMA, Luque De León E, Cortés TEJ  
Servicio de Gastrocirugía. HECMN SXXI.

**Antecedentes:** Los tumores quísticos pancreáticos se presentan como una patología rara, constituyendo el 2% de todos los tumores exocrinos del páncreas. La mayoría es de extirpe benigna (cistoadenoma seroso), otros de progresión maligna (cistoadenoma mucinoso) y tumores malignos extremadamente raros (cistoadenocarcinoma seroso.) El diagnóstico correcto es difícil, aún con la alta calidad de los procedimientos de imagen modernos y el análisis del fluido cístico, por ello existe controversia considerable sobre la conducta en cuanto a su manejo. **Objetivo:** Presentar caso clínico. **Caso clínico:** Femenino de 55 años; tabaquismo intenso. Con dolor abdominal crónico localizado en mesogastrio intermitente y transitorio de moderada intensidad; pérdida de peso en 3 meses de 5 kg. Se palpó tumor en mesogastrio de 5 X 5 cm, duro, adosado a planos profundos, discretamente dolorosa, localizada y bien delimitada. Estudios de laboratorio en rangos normales. El ultrasonido Doppler muestra una lesión quística con poca vascularidad en cabeza de páncreas. La TAC con imagen nodular hipodensa con septos en el interior del quiste de 39 a 49 mm. Panendoscopia y CPRE normales. Punción guiada con citológico negativo a malignidad. Se intervino quirúrgicamente con hallazgos de tumor quístico de 5 cm de diámetro en cabeza de páncreas abarcando el 90%. Se realiza enucleación sin complicaciones. El reporte histopatológico es de cistoadenoma seroso del páncreas. **Conclusiones:** Para el diagnóstico, sólo la resección quirúrgica de una neoplasia quística pancreática con confirmación histológica, es el método ideal. La resección quirúrgica debe realizarse para los cistoadenomas serosos sintomáticos, todo cistoadenoma mucinoso y tumores que no se definen claramente.



097 C 165

**GRANULOMATOSIS DE WEGENER (GW) CON AFECCIÓN COLÓNICA. PRESENTACIÓN DE UN CASO**

Pulido MMA, Cuevas M de OF, Rodríguez RF, Jara QLJ, Saavedra SM, García SA, Torres AA  
Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "La Raza", México D.F.

**Antecedentes:** La enfermedad granulomatosa de Wegener asociada con afección colónica es extremadamente rara. Es

una entidad clínico-patológica sistémica mediada por mecanismos inmunes. La tríada clásica de la granulomatosis de Wegener consiste en inflamación necrótica granulomatosa del tracto respiratorio superior e inferior, vasculitis necrosante de las arterias y venas de pequeño calibre, así como glomerulitis focal necrosante. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son de origen respiratorio superior (92%) y un 85% inferior; un 77% glomerulonefritis así como un 52% afección ocular, entre otras. El diagnóstico es histológico y se complementa con un título positivo de ANCAc. El tratamiento es con ciclofosfamida asociada con glucocorticoides. **Objetivo:** Se muestran imágenes espectaculares y únicas de la GW con afección colónica; que tuvo respuesta favorable al tratamiento con resolución total. **Caso clínico:** Masculino de 46 años con tabaquismo y alcoholismo intensos. Inicia hace 3 años con artralgias simétricas en tobillos y rodillas, tos, expectoración purulenta, disfonía, fiebre, afección ocular, dermatosis en extremidades, así como hematoquezia. Laboratorios con títulos de ANCA positivos y elevados así como VSG incrementados al doble. La endoscopia alta reporta gastritis y duodenitis petequeal. Se toma biopsia de piel con diagnóstico de vasculitis leucocitoclástica. En cirugía Cadwell-Luck se toma biopsia de senos paranasales con diagnóstico histológico de vasculitis necrótica. Desarrolló DM secundario a esteroides 5 meses después. Presentó fiebre, náusea, dolor abdominal de 8 días de evolución, difuso de moderada intensidad, diarrea profusa así como hematoquezia. Se realizó colonoscopia con los siguientes hallazgos:



098 C 166

**NEUMATOSIS COLI. PRESENTACIÓN DE UN CASO**

Pulido MMA, Cuevas M de Oca F, Rodríguez RF, Torres AA, García SMA  
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "La Raza", Instituto Mexicano del Seguro Social. México, D.F.

**Antecedentes:** La neumatosis coli es la manifestación colónica de la neumatosis quística intestinal. Esta rara enfermedad se caracteriza por quistes submucosos y serosos en los segmentos distales del colon y del recto en forma difusa o diseminada; de etiología desconocida. Y con frecuencia simula procesos malignos. Su presentación clínica es variada e inespecífica, el diagnóstico se realiza en combinación radiológica y colonoscópica. El tratamiento es expectante en los pacientes asintomáticos así como oxigenoterapia, quirúrgico y punción colonoscópica según lo amerite el caso. **Objetivo:** Presentación de un caso. **Resultados y conclusiones:** Paciente femenino de 69 años de edad sin antecedentes de importancia, que inició hace 2 años con dolor abdominal crónico intermitente de moderada intensidad en mesogastrio y fosa iliaca izquierda con constipación, disminución del calibre de las heces y rectorragia ocasional escasa. Actualmente asintomática. A la exploración física clínicamente con abdomen sin hallazgos anormales, con exploración ano-perineal sin alteraciones. Co-

lon por enema sin diagnóstico concluyente con estenosis y defectos de llenado en colon sigmoides; se realiza estudio colonoscópico en donde se detalla desde el margen anal hasta el ciego, alteración a 40 cm en el colon sigmoides de múltiples lesiones "bulosas" que protruyen la mucosa con una extensión de 20 cm con zonas aisladas de hiperemia. Se realiza punción y se toman biopsias que reportan colitis crónica, que descarta CUCI y malignidad. Por lo que se concluye el diagnóstico de neumatosi coli.



099 C 167

**QUISTE DE COLÉDOCO ROTO EN UN LACTANTE HALLAZGO TRANSOPERATORIO. REPORTE DE UN CASO**  
Avilés TM, Guardado AJ, Vega BK, Fernández GM, Aguilar LM  
Hospital General de Atizapán SSA. Cirugía General

Los quistes del tracto biliar constituyen una anomalía congénita poco frecuente, que por lo regular se presenta durante la infancia o adolescencia. Éstos están condicionados por una falta de separación entre el canal pancreático ventral y el colédoco con el consiguiente reflujo del jugo pancreático, en las vías biliares, clínicamente se manifiestan con fiebre dolor, ictericia, masa palpable. Para hacer el diagnóstico se debe de apoyar en la TAC, ecografía y certificada por colangipancreatografía endoscópica, las complicaciones de las dilataciones quísticas en la vía biliar extrahepática son, obstrucción, malignización y ruptura, la intervención quirúrgica de elección es la exéresis de la formación quística seguida de una hepaticoyeyunostomía en Y de Roux, en algunas ocasiones no es posible disfuncionalizar un asa a consecuencia del proceso inflamatorio, en estos casos, la realizará cistoyeyuno anastomosis, con asa disfuncionalizada o en otros casos resección del quiste y ferulización de la vía biliar. Presentamos el caso de una paciente femenina de 1.1ª, de vida la cual acudió al servicio de urgencias con un padecimiento de 48 h de evolución caracterizado por vómito, fiebre, distensión abdominal, intolerancia a la vía oral, dolor abdominal generalizado, tratada en forma empírica por los padres sin mejoría. A la exploración física FC 160/min, FR 48/min, temp 38.5°C, PA 45 cm, irritable con palidez de tegumentos hipoactiva, con resequedad oral, sonda orogástrica, con gasto de material en pozos de café, cardiopulmonar con aumentó de trabajo respiratorio, taquicárdica, abdomen con reflejos abolidos, hiperestesia e hiperbaralgesia, distensión abdominal dolor a la palpación superficial a profunda, peristalsis abolida, con datos francos de irritación peritoneal, laboratoriales, con Hb 16.8, Hto 50, leucocitos 5,800, radiografías con imagen en vidrio despulido, niveles hidroaéreos, no se contó con ultrasonido. Se somete a laparotomía encontrando biliperitoneo de 300 cc, quiste de colédoco tipo II roto a cavidad, realizando colecistectomía, con resección del quiste cierre primario y ferulización de la vía biliar extrahepática, lavado secado y drenaje de la cavidad. (Dadas las características de la cavidad

no es posible realizar derivación biliodigestiva). Evolución satisfactoria con gastos mínimos por sonda en T y drenaje. Control con colangiografía con permeabilidad adecuada de la vía biliar y trayecto fistuloso adecuado se retira sonda en T, con evolución satisfactoria al momento.

100 C 168

**COLEDOCOLITIASIS: PAPEL DE LA ESFINTEROPLASTÍA TRANSDUODENAL EN LA ACTUALIDAD, REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

Bonifaz CIJ, Barrera RFJ, Vivanco A, Gallo RM, Santiago PAC, Garza SV, Rosas FMA  
Hospital General de México, O.D.

Mujer de 19 años, antecedente de colecistectomía por coledocolitiasis hace 6 años, con padecimiento de 1 año caracterizado por náusea, dolor, ictericia, acolia y coluria de 1 mes de evolución. Presenta 2 cuadros de colangitis, previo a su hospitalización, realizando colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), encontrando dilatación coledociana (18 mm) y de conductos hepáticos, y defectos de llenado se maneja con antimicrobianos, realizando exploración de vías biliares, extracción de litos y esfinteroplastía transduodenal (ETD), con evolución satisfactoria a los 5 meses de seguimiento. La importancia de este estudio radica en que la ETD es la derivación bilio-intestinal (DBI) más comúnmente realizada según la literatura, cuyas principales indicaciones son la coledocolitiasis recidivante y la estenosis del esfínter de Oddi. En los últimos años se ha impulsado la realización de esfinterotomía endoscópica y esfinteroplastía laparoscópica como alternativas a la ETD, aunque se ha observado que las complicaciones asociadas a ambos procedimientos son mayores que las observadas en la ETD, y no se ha demostrado una mejor evolución. La ETD es un procedimiento efectivo y seguro en pacientes seleccionados cuando se realiza con la técnica correcta, con la misma o aún menor incidencia de complicaciones (colangitis) que otras derivaciones. Por tal razón, la ETD debe ser un componente esencial del conocimiento del cirujano general. Sin embargo, la ETD en nuestro hospital es menos frecuente que otro tipo de DBI, por lo que es necesaria la realización de estudios prospectivos que comparen la evolución de los pacientes sometidos a los diferentes procedimientos en nuestro medio.

101 C 169

**TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HERNIAS DE PARED ABDOMINAL E INGUINAL RECIDIVANTE COMPLICADAS CON OCLUSIÓN INTESTINAL: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

Bonifaz CIJ, Barrera RFJ, Alcaraz G, Rodea RH, Athié GC, Gutiérrez OG  
Hospital General de México, O.D.

Mujer de 84 años, antecedente de plastía inguinal hace 20 años, refiere 20 años con aumento de volumen paraumbilical derecho, alteraciones intestinales de 1 año. Un día previo al ingreso presenta distensión abdominal, náusea y vómito gastrobiliar, obstipación y constipación. EF: tumor en hemiabdomen inferior (25 x 12 x 10 cm) irreductible, tumor inguinal derecho (15 x 15 x 10 cm), peristalsis abolida e irritación peritoneal, leucocitosis y datos radiológicos de oclusión intestinal. Se realiza laparotomía con incisiones en

línea media e inguinal derecha, encontrando defecto de pared de 6 cm con saco herniario conteniendo colon ascendente y transversal con cambios isquémicos, defecto inguinal tipo IV B de Nyhus y necrosis de 150 cm de íleon, realizando resección intestinal, entero-entero-anastomosis y cierre de los 2 defectos, con desarrollo postquirúrgico (5 días) de respuesta inflamatoria sistémica y deceso. La importancia de este caso radica en el diagnóstico y tratamiento oportunos en pacientes con oclusión intestinal secundaria a hernias de pared abdominal. Es imperativa la cirugía de urgencia en casos no resueltos en 6 horas de observación, con revisión de viabilidad de asas intestinales. La realización de un doble abordaje quirúrgico está reportado en la literatura, en casos de imposibilidad de reducción del contenido a través de abordaje único. El tratamiento quirúrgico debe ser expedito, sobre todo en casos de oclusión intestinal de más de 48 horas de evolución, pues cuando excede este periodo la mortalidad llega al 25%, comparada con 10-12% en evoluciones menores de 24 horas. Las complicaciones y mortalidad aumentan en relación directa con la edad y enfermedades asociadas.

102 C 170

#### **AGENESIA DE VESÍCULA BILIAR Y COLEDOCOLITIASIS REPORTE DE UN CASO**

Aguilar LM, Guardado AJ, Avilés TM, Vega BK, Fernández GM  
Hospital General de Atizapán, SSA, Cirugía General

**Objetivo:** Exponer un caso de agenesia vesicular y presencia de coledocolitiasis. **Introducción:** Dentro de las anomalías congénitas que se presentan en la vesícula biliar está la agenesia de vesícula, la cual está asociada a algunos síndromes en los cuales se presentan agenesias o hipotrofías de otros órganos, siendo de las anomalías congénitas de las menos frecuentes y su diagnóstico se presenta generalmente durante laparotomías o durante la exploración, ecografía abdominal y últimamente se han reportado casos los cuales se asocian a una coledocolitiasis primaria. **Resumen:** Se trata de una mujer de 52 años de edad, la cual no cuenta con antecedentes de importancia para su padecimiento actual, ingresa al hospital al servicio de urgencias adultos por presentar cuadro clínico de antecedente de 10 años de evolución, con dolor abdominal tipo cólico en epigastrio y en hipocondrio derecho manejada por facultativo, acompañándose de náusea y vómito gastrobiliar, así como fiebre de 38°C y escalofríos, refiere que actualmente cuenta con 24 h de evolución iniciándole cuadro posterior a ingesta de colecistoquinéticos y refiere que en las últimas 24 h se acompañó de cuadro de coluria y acolia a la exploración física: paciente con FC 110X<sup>1</sup>, temp 38°C, FR 22X<sup>1</sup>, TA 110/70 mmHg intranquila, consciente, orientada. Ictericia (++), sequedad de mucosas orales, cardiopulmonar ruidos cardiacos rítmicos sin agregados taquicardia ya mencionada abdomen con resistencia muscular en hipocondrio derecho, reflejos cutáneos presentes, Murphy (+) así como dolor a la palpación profunda en epigastrio y en hipocondrio derecho, hiperestesia e hiperbaralgia presentes en hipocondrio derecho. Laboratorios Hb 14.8 ng Hto 48%, leucocitosis 18,000 bandas 5%, TP 11.8 seg, TPT 37seg, BT 8.4 mg, BI 0.3, BD 8.1 Mg, TGO 200, TGP 180, proteínas 8.3 g, glucosa 130, urea 36, creatinina 0.8. Gabinete Rx simple de abdomen con asa fija en hipocondrio derecho así como íleo reflejo. USG no se aprecia vesícula biliar y se reporta dilatación del colédoco de

1.5 mm, con litos en su interior. Se realiza laparotomía con hallazgos de agenesia vesicular con proceso inflamatorio importante de las vías biliares principales, con dilatación de 1.5 cm del colédoco, palpándose litos en su interior, se realiza exploración de vías biliares extrayéndose tres litos de 1 cm, se coloca sonda en T y drenaje con perno colocado al hiato de Wislow, se realiza colangiografía transoperatoria con buena permeabilidad de la vía biliar y con ausencia de litos. Evolución satisfactoria con retiro de sonda a los 10 días y buena evolución hasta el momento.

103 C 171

#### **SARCOMA EMBRIONARIO INDIFERENCIADO DE HÍGADO: OPCIONES TERAPÉUTICAS Y PRESENTACIÓN DE UN CASO**

Barrera RFJ, Bonifaz CIJ, Jiménez BB, Rodea RH, Zárraga RJL  
Hospital General de México, O.D.

Se trata de una mujer de 35 años, con dolor abdominal con evolución de 3 meses localizado en epigastrio, disminución ponderal de 8 kilogramos, náusea y vómito. En los últimos 5 días acompañado de fiebre nocturna (38.5°C). Exploración física se palpa tumor abdominal de 12 x 20 x 15 centímetros multinodular dolorosa, poco móvil que ocupa cuadrante superior derecho además de datos de irritación peritoneal. Se realiza tomografía computada observando tumor de lóbulo hepático izquierdo que rechaza estómago y asas intestinales, heterogéneo con áreas de necrosis, sus exámenes con anemia e hipoalbuminemia discretas. Se realiza laparotomía encontrando tumor de lóbulo hepático izquierdo de 30 x 20 x 17 centímetros, quístico con áreas de necrosis, así como necrosis parcial de omento, secundaria a compresión extrínseca, sin datos de diseminación local realizando hepatectomía izquierda, con adecuada evolución postoperatoria. Dos meses después la paciente presenta ascitis, ictericia obstructiva, manejándose conservadoramente, falleciendo 4 meses posteriores a cirugía. Patología reporta sarcoma embrionario indiferenciado de hígado, con bordes quirúrgicos libres de tumor. La importancia de este caso radica en que se trata de un tumor infrecuente (27% de tumores hepáticos) con presentación en menores de 15 años (88%). La resección es el tratamiento de elección, con reportes de estudios retrospectivos donde la quimioterapia adyuvante incrementa la sobrevida. Probablemente, la menor sobrevida en nuestro caso, respecto a series reportadas se deba a mayor agresividad en pacientes cuya edad de presentación está fuera de límites pediátricos y en aquellos en los que el diagnóstico se retarda hasta las complicaciones.

104 C 172

#### **CÁNCER RENAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO**

Peschard DFZA, Corrales RE, Cisneros TE, Vázquez FJA  
Hospital General SSA. Durango

Se trata de una mujer de 37 años, acude a consulta externa de urología refiriendo dolor sobre flanco izquierdo, 5 años de evolución, multitratada, con ultrasonido que demuestra tumoración sólida sobre riñón izquierdo. Los laboratorios de rutina se encuentran dentro de la normalidad, sin hematuria y sin alteraciones en función hepática. La tomografía abdominal demuestra la tumoración antes mencionada de aproximadamente 45 x 55 milímetros, sólida, sin metástasis abdo-

minales y sin infiltración vascular. Se practica angiografía renal, observando la arteria con 3 ramas, la más inferior para la tumoración, con múltiples cortos circuitos arteriovenosos y angiogénesis importante. Durante ese mismo procedimiento se decide embolizar dicha arteria con gelfoam. Con diagnóstico prequirúrgico de cáncer renal etapificado como Robson I. Se realiza lumbotomía izquierda y se encuentra tumoración esférica sobre polo renal inferior, sólida, coloración blanquecina de aproximadamente 5 x 4 cm, sin ganglios afectados ni metástasis, hilio renal sin actividad. Se procede a biopsia transquirúrgica que reporta adenocarcinoma, se practica nefrectomía simple. El reporte histopatológico final es carcinoma de células claras estadio I-A TNM. Durante el postquirúrgico evoluciona favorablemente. Los controles por consulta externa con química sanguínea normal y curación total. **Resultados:** Se obtuvo la curación de la paciente y los controles de paraclínicos por consulta externa son normales.

105 C 173

### **PALIACIÓN QUIRÚRGICA DEL CÁNCER DE LA ENCRUCIJADA BILIAR: EVALUACIÓN DE RESULTADOS**

Dávila BDA, Alonso RJC

Hospital Regional de Especialidades No. 25 del IMSS. Centro Médico Nacional del Noreste

**Antecedentes:** Los cánceres periampulares incluyen un grupo de neoplasias malignas que nacen de la ampolla de Vater o cerca de ella. La localización de estos tumores produce su síntoma primario, la ictericia obstructiva. Debido a su localización común necesitan un manejo similar tanto para la resección curativa como para la paliación. En su gran mayoría estos tumores son adenocarcinomas que nacen de la cabeza del páncreas, la ampolla de Vater, el colédoco distal o el duodeno. El adenocarcinoma ductal pancreático constituye cerca del 70% de las neoplasias periampulares, los tumores restantes son colangiocarcinomas de la parte distal del colédoco, adenocarcinomas duodenales y adenocarcinomas ampulares. Morgagni fue el primero en describir al carcinoma de páncreas en 1769. En 1898 Halsted efectuó la primera resección ampular de un adenocarcinoma ampular. Codavilla informó la primera resección en bloque de la cabeza del páncreas en 1898. El reconocimiento de que la obstrucción biliar producía coagulopatía fue lo que propició la resección de dos etapas, informada por primera vez por Krausch en 1912 para el carcinoma ampular. En 1937 Brunschwig extendió las indicaciones de la pancreatoduodenectomía para incluir al cáncer de páncreas. La primera etapa del acceso de dos etapas tenía como finalidad descomprimir al sistema biliar, y la segunda, la resección del tumor. El restablecimiento del flujo biliar hacia el intestino o el estómago durante la primera etapa operatoria permitió que hubiera nueva absorción de las vitaminas liposolubles, en especial la vitamina K, y que se corrigiera la coagulopatía. En 1941 Whipple, Trimble y Parsons, efectuaron pancreatoduodenectomía de una sola etapa para el cáncer del páncreas y el cáncer de la ampolla respectivamente. En 1948 Catell, realizó la pancreatoyeyunoanastomosis de dos capas de conducto a mucosa que es la técnica preferida por muchos cirujanos para tratar al residuo pancreático en la actualidad. La operación tuvo resultados variables con morbilidad y mortalidad altas. Howard informó de 41 operaciones de Whipple consecutivas sin una sola defunción en 1968. Trede y cols informaron la ejecución de 118 pancreatecto-

mías consecutivas sin defunción alguna en 1990. Traverso y Longmire publicaron un informe sobre la pancreatoduodenectomía que preservaba al píloro en los pacientes con pancreatitis crónica. La clasificación de la etapa quirúrgica constituye el estándar dorado para los pacientes con neoplasias periampulares, 30-50% de los pacientes que se consideran con enfermedad resecable resultan tener otra cosa. Los principales motivos para la irreseccabilidad son carcinomatosis, metástasis hepáticas ocultas y tumores avanzados a nivel local. La clasificación de la etapa quirúrgica consiste en exploración abierta y clasificación laparoscópica de la etapa, con citología o ultrasonografía o sin ellas. Actualmente, la resección quirúrgica brinda la única oportunidad de curación para los pacientes con carcinoma pancreático y periampular. La técnica preferida en la mayoría de los casos es la pancreatoduodenectomía. El tratamiento quirúrgico de los pacientes con neoplasias periampulares y pancreáticas ofrece la única esperanza de supervivencia a largo plazo sin pruebas de la enfermedad. Las finalidades básicas de la cirugía son extirpación completa del tumor en todo lo posible, preservación o restauración de la continuidad intestinal, restauración de la continuidad bilioentérica y tratamiento del residuo pancreático. Los propósitos adicionales son clasificación definitiva de la etapa del tumor y procedimientos paliativos para el alivio del dolor. Lamentablemente sólo una minoría de pacientes con carcinoma del páncreas son apropiados para la resección y tienen posibilidades de curación al momento del diagnóstico. Sólo 10-20% de los individuos con neoplasias periampulares tienden a ser candidatos para la resección con intento de curación. La ictericia obstructiva es el síntoma más frecuente del cáncer periampular. La paliación no quirúrgica se ha vuelto una opción para el manejo de estos pacientes. La mortalidad a 30 días en la paliación no quirúrgica es superior a las series quirúrgicas y la paliación no quirúrgica se asocia frecuentemente con complicaciones tardías de obstrucción del tracto de salida gástrico e ictericia recurrente que conducen a la necesidad de una rehospitalización. Por lo que se recomienda la paliación quirúrgica es que ofrece la única posibilidad de paliación prolongada de los tres síntomas principales del carcinoma pancreático: ictericia obstructiva, obstrucción duodenal y dolor. Se puede realizar una derivación biliodigestiva como una colecistoyeyunoanastomosis o una coledocoyeyunoanastomosis o hepaticoyeyunoanastomosis. La capacidad de realizar una gastroyeyunoanastomosis dirigida a tratar o prevenir la obstrucción del tracto de salida gástrico es el único procedimiento paliativo que no se puede realizar sin cirugía. La principal ventaja de la paliación quirúrgica se relaciona con el manejo del dolor. La inyección intraoperatoria en los ganglios celiacos con alcohol al 50% puede aliviar satisfactoriamente el dolor e impedir su desarrollo en los pacientes sin dolor en el momento de la exploración, no se relacionó con morbilidad mortalidad o prolongación de la estancia hospitalaria. La decisión entre paliación quirúrgica o no quirúrgica está influida por algunos factores entre los cuales se encuentran los síntomas del paciente, su estado general de salud, la morbimortalidad predicha relacionada con el procedimiento y la supervivencia proyectada. Un enfoque quirúrgico agresivo permitirá la resección ocasional para la curación potencial en los pacientes que, de otro modo, podrían considerarse que tienen baja posibilidad de resección. Las complicaciones quirúrgicas que ocurren rara vez ponen en peligro la vida, la estancia hospitalaria varía de 7-10 días, la evitación de las complicaciones tardías de la ictericia recurrente la obstrucción



duodenal y el dolor discapacitante apoyarían el argumento a favor de la paliación quirúrgica en los pacientes que se espera sobrevivan 6 meses o más. La edad avanzada, el sexo masculino, las metástasis hepáticas y los diámetros tumorales grandes son factores pronósticos desfavorables, que inducen a favorecer un enfoque no quirúrgico. **Justificación:** Nuestro hospital es un Hospital de Concentración de la zona Noreste del país en donde se atiende a la mayoría de los pacientes con diagnóstico de cáncer de la encrucijada biliar en el IMSS. Sólo 10-20% de los individuos con neoplasias periampulares son candidatos para la resección con intento de curación. La paliación en el cáncer de cabeza de páncreas y periampular consiste en alivio de la obstrucción biliar, alivio de la obstrucción intestinal y alivio del dolor. Existen dos procedimientos quirúrgicos que son utilizados como paliación quirúrgica y que consisten en duodenopancreatectomía (procedimiento de Whipple) y derivación biliodigestiva. Existen diferencias entre uno y otro procedimientos y se ha demostrado que el procedimiento de Whipple paliativo no mejora la sobrevida y sí aumenta la mortalidad. Por lo que deseamos corroborar esta información. **Objetivo principal:** Conocer la evolución postoperatoria hasta la muerte de los pacientes con diagnóstico de cáncer de la encrucijada biliar que recibieron tratamiento quirúrgico paliativo en el servicio de Cirugía Digestiva y Endocrina del Hospital Regional de Especialidades No. 25 del IMSS, en un periodo de 5 años comprendido desde el año de 1996 hasta el año 2000. **Objetivos específicos:** 1. Conocer el número de procedimientos de Whipple realizados en este periodo, y definir cuantos fueron con fines curativos y cuantos fueron con fines paliativos. 2. Conocer el número de derivaciones biliodigestivas realizadas en este periodo. 3. Conocer la evolución postoperatoria, la calidad de vida y sobrevida posterior al procedimiento quirúrgico. 4. Conocer las complicaciones que se presentaron en el postquirúrgico. 5. Conocer la mortalidad y causas de muerte de estos pacientes. **Material y métodos:** El presente trabajo se realizará bajo un estudio observacional, descriptivo, comparativo, transversal y retrospectivo, recopilando los datos informativos de los diarios donde se lleva el registro de cirugías realizadas en el servicio de Cirugía Digestiva y Endocrina en el Hospital Regional de Especialidades No. 25 del IMSS desde el año de 1996 al año 2000. **Criterios de inclusión:** Todos los pacientes con diagnóstico de cáncer de páncreas y periampulares sometidos a procedimiento quirúrgico paliativo en el servicio de Cirugía Digestiva y Endocrina del Hospital Regional de Especialidades No. 25 del IMSS, captados en los diarios de registro de procedimientos quirúrgicos realizados en el servicio de Cirugía Digestiva y Endocrina de los años de 1996 al año 2000. **Criterios de exclusión:** Pacientes operados durante este periodo con diagnóstico de cáncer de cabeza de páncreas y periampular sometidos a procedimiento quirúrgico con fines curativos. **Criterios de eliminación:** Pacientes de quienes no se cuente con expediente clínico o que se les haya perdido seguimiento postoperatorio adecuado, pacientes con causa de muerte diferente al padecimiento actual. Pacientes que hayan sido operados sólo de laparotomía exploradora + BTO por el servicio de Cirugía Digestiva y Endocrina en este periodo. Se acude a la oficina del servicio de Cirugía Digestiva y Endocrina en el Hospital Regional de Especialidades No. 25 del IMSS, en donde se solicitan los libros de registro de los procedimientos quirúrgicos realizados en el período comprendido desde 1996 hasta el año 2000. Se pone a nuestra disposición 5 libros de registro de procedimientos quirúrgicos correspon-

dientes a este periodo. Se revisa cada uno de estos libros por separado en busca de la siguiente información: a). Pacientes con dx de cáncer de cabeza de páncreas o periampulares a quienes se les realizó pancreatoduodenectomía con fines curativos. b). Pacientes con dx de cáncer de cabeza de páncreas o periampulares a quienes se les realizó derivación biliodigestiva o pancreatoduodenectomía con fines paliativos. Una vez obtenida la información se procesará mediante método estadístico comparativo y de manera retrospectiva y así se determinará el cumplimiento de los objetivos de este trabajo.

106 C 174

**MIASIS EN PACIENTES CON PIE DIABÉTICO**

Albores ZO, Ramírez BM, Albores ZC

Hospital Rural Solidaridad No. 30 Ixmiquilpan, Hgo.

**Reporte de 5 casos:** Ingresaron en un periodo de 5 meses, al servicio de cirugía general 5 pacientes con antecedentes de coma, son 3 hombres y 2 mujeres, edad promedio 63 años, tabaquismo en 4 de ellos y alcoholismo a base de destilados en todos ellos. Diabetes tipo 2 de larga evolución controlada con insulina subcutánea en 3 de ellos y los otros 2 con HGO, 3 de ellos hipertensos. A su ingreso por urgencias se detectó desequilibrio hidroelectrolítico secundario a coma, cetoacidosis diabética y pie diabético, tres de ellos con proceso vascular agregado que involucraba todo el pie hasta por arriba del tobillo, los otros dos únicamente afección del primer oratejo. Todos ellos tenían larvas en la región afectada respectivamente. Se corrigió su estado hídrico, así como metabólico y se sometieron a cirugía, realizando amputación supracondílea en tres de ellos (los que tenían afección por arriba del tobillo) y amputación del 1er oratejo en los otros dos. Su evolución fue satisfactoria egresándose por mejoría al 6º día de ingreso al hospital.

107 C 175

**NEUMOPERITONEO ESPONTÁNEO (REPORTE DE 1 CASO)**

Alvarado AL, Pantoja VA, Magaña SI

Hospital Central Militar

**Antecedentes:** El neumoperitoneo espontáneo, es una patología poco común que se presenta en la mayoría de las ocasiones en pacientes ancianos con antecedentes de enfermedad diverticular o trastornos acidopépticos, debutando casi siempre como abdomen agudo del anciano. **Objetivo:** Presentar el caso de una paciente con neumoperitoneo espontáneo, con más de dos semanas de evolución y sintomatología única de distensión abdominal. **Informe del caso:** Femenina de 80 años de edad, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de importancia, la cual ingresó al servicio de urgencias del HCM por presentar distensión abdominal importante de dos semanas de evolución (única sintomatología). Al interrogatorio refiere inicio de su padecimiento 15 días previos a su ingreso, con distensión abdominal súbita, que no disminuyó ni se manejó de forma médica. En la exploración física se encuentra sin alteraciones cardiopulmonares, abdomen distendido, timpánico, sin dolor ni datos de irritación peritoneal, adecuado tránsito intestinal, sin más hallazgos clínicos. Sus estudios de laboratorio, hemograma, química sanguínea y funcionamiento hepático dentro de parámetros normales. Estudios

de imagen con aire libre subdiafragmático en la Rx de tórax, corroborado por tac de abdomen donde no se evidenció presencia de colecciones y/o perforaciones. Se realizó laparotomía exploradora no identificando lesiones o alteraciones intra ni retroperitoneales, evoluciona su postoperatorio sin complicaciones y se egresó en 3 días con evolución extrahospitalaria sin complicaciones. **Resultados:** La paciente presentó neumoperitoneo espontáneo sin evidencia de causa orgánica del mismo, ni complicaciones postoperatorias. **Conclusiones y discusión:** En la literatura mundial se ha señalado como la principal causa de neumoperitoneo espontáneo las microperforaciones de enfermedad diverticular o acidopéptica que pueden sellar autolimitando la patología de base, pero que en definitiva condicionan, en su gran mayoría, datos de irritación peritoneal, lo cual es indicativo de laparotomía exploradora. El caso se presenta dada la escasa frecuencia de neumoperitoneo espontáneo asintomático y sin causa aparente de perforación o microperforación que explique su etiología, pero que en este caso se pueden plantar diferentes causas como translocación neumática de colon, a través del hiato esofágico o a nivel ginecológico.

108 C 176

#### FÍSTULA APENDICULOVESICAL POST-RADIACIÓN. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Gomezcordero LR, Ramírez OB, Ovando JE, Aguilar SJ, Aznar AJ, Ortiz ZM, Jaramillo AR, Vargas HJ, García NR, Torres HG, Pantoja JJ, González SP, Aznar JA  
Hospital General de Tlalnepantla Valle Ceylán Segundo Nivel de Atención

**Objetivo:** Presentación de un caso. Masculino de 65 años tabaquismo y alcoholismo positivos. Adenocarcinoma de sigmoideas 9 años antes tratado con proctocolectomía izquierda, colostomía permanente y radioterapia. Plástia de pared con colocación de malla por hernia incisional 4 meses previos a su ingreso. Ingresó al servicio de cirugía con 5 días de evolución, mal estado general, náuseas, vómito gastrobiliar, distensión abdominal ausencia de evacuaciones y gases por estoma, desequilibrio hidroelectrolítico, disuria, polaquiuria, tenesmo vesical y posteriormente neumaturia y fecaluria. La endoscopia reporta: cistitis postradiación y orificio fistuloso a la izquierda del techo vesical, otro en fondo vesical, presencia de material fecal intravesical. Laparotomía exploradora con hallazgos: distensión de asas, adherencias firmes hacia pelvis, apéndice con punta hacia la izquierda del hueco pélvico con fístula a vejiga. Se realiza resección intestinal de íleon, apendicectomía Halsted, reactivación de bordes y cierre vesical en dos planos. Evolución tórpida al 5º día con fístula enterocutánea, se reinterviene encontrando necrosis de ciego y dehiscencia de la sutura vesical, se realiza jareta al ciego y parche de epiplón a vejiga con colocación de sonda Foley para fístula controlada. Se egresa por mejoría. **Reporte histopatológico:** Apéndice cecal y segmento de intestino delgado con proceso inflamatorio agudo y crónico de mucosa y submucosa postradiación. Dos meses después reingresa con desnutrición severa, desequilibrio hidroelectrolítico, acidosis metabólica, y fallece a las 24 horas. **Discusión:** El proceso inflamatorio que condiciona las radiaciones es considerado una causa relativamente infrecuente de fístulas enterovesicales, representando sólo el 10% de todas las causas que las condicionan.

109 C 177

#### TROMBOSIS MESENTÉRICA EN PACIENTE CON ANTI-COAGULACIÓN. REPORTE DE UN CASO

Lozano CHE, Palacios MR, Guerrero RJF, Borja HM, Pérez PY, Vistrain AF, Martínez CG  
Hospital Central Norte de Concentración Nacional PEMEX. México, D.F.

**Introducción:** La enfermedad oclusiva de las arterias que riegan vísceras y riñones se acompaña de las complicaciones de infarto intestinal e insuficiencia renal. **Informe del caso:** Paciente femenino de 68 años, antecedente de colocación de válvula aórtica, por estenosis aórtica y doble lesión mitral de etiología reumática, anticoagulada con acenocumarina y control con digoxina. Transfusionales positivos. Acude con dolor abdominal de 3 días de evolución, cólico intenso en fosa iliaca derecha, irradiado a región lumbar ipsilateral, con estado nauseoso, resto normal. **Paraclínicos:** Anemia y leucocitosis, con TP y TPT: no coagula. Placa simple de abdomen asa fija en cuadrante inferior derecho, tomografía de abdomen con presencia de colección a nivel de ciego y apéndice sugestivo de absceso. Se realiza laparotomía exploradora encontrando segmento de íleon (20 cm) a 20 cm de la válvula ileocecal, isquémico, con puntillero hemorrágico, se realiza resección intestinal con entero-entero-anastomosis término-terminal, con evolución adecuada se egresa. **Resultados:** Reporte histopatológico enfermedad isquémica intestinal secundaria a trombosis de los vasos mesentéricos. **Discusión:** Existen 4 causas: embolización o trombosis de la arteria mesentérica superior, isquemia mesentérica no oclusiva y trombosis venosa mesentérica aguda. **Conclusión:** Los émbolos suelen originarse en el corazón, pacientes con fibrilación auricular, infarto al miocardio. La trombosis se presenta en enfermedad aterosclerótica mesentérica que progresa a la oclusión, en la isquemia no oclusiva en pacientes de bajo gasto, uso de digoxina y vasopresores, la trombosis secundaria a infección o deshidratación.

110 C 178

#### POLIPECTOMÍA, TRATAMIENTO DEFINITIVO EN UN CASO DE CARCINOIDE

López OM, Rojano ME, Ramírez A, Fajardo M  
Hospital General "Dr. Darío Fernández Fierro"

Se presenta revisión de la literatura, y un caso de un paciente con antecedente de hemorragia tubodigestiva bajo. Se realiza colonoscopia encontrando un pólipo, se realiza polipectomía con asa. Reporte de patología con carcinoide sin invasión. Se presenta la polipectomía como un tratamiento definitivo y seguro en caso de neoplasias colónicas sin invasión.

111 C 179

#### QUISTE DE COLÉDOCO DIAGNOSTICADO EN EL EM-BARAZO. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Rosas FM, Cervantes SC, Galindo GF, Gracida MN, Jalife MA, Vega CS, Orea GY  
Hospital General de México O.D.

**Antecedentes:** Un quiste coledociano se define como una dilatación congénita o combinada del árbol biliar extrahepá-

tico o intrahepático. Los quistes coledocianos han sido comunicados en más de 3,000 pacientes. En los países occidentales la incidencia del quiste coledociano se encuentra alrededor de 1 por cada 150,000 nacidos vivos. En la mayoría de las series la relación mujer-hombre es de 4 a 1, generalmente se reconoce antes de los 10 años. Los pacientes con quistes de colédoco tienen riesgo de desarrollar colecistitis aguda, pancreatitis, litiasis biliar y tumores malignos originados de la pared del quiste. La presentación de los quistes de colédoco durante el embarazo son una condición muy poco común, habiéndose reportado hasta hoy muy pocos casos, dicha patología incrementa el riesgo de la madre y el producto, además que conllevan la inquietud para el médico desde el momento del diagnóstico, debido a los materiales radiactivos que se utilizan para confirmar el diagnóstico, ya que éstos están implicados en daños para el producto. **Objetivo:** Describir el manejo de esta patología en el embarazo. **Método:** Se presenta el caso de femenino de 23 años que ingresa por ictericia y dolor abdominal, se inicia protocolo de estudio, solicitando USG abdominal, el cual reporta dilatación de la vía biliar, por lo que se realiza una colangiografía transhepática percutánea, en la cual se confirma el diagnóstico, aprovechando para colocar un catéter de derivación biliar externa, permitiendo de esta manera la resolución del embarazo y el manejo quirúrgico posterior del quiste. **Conclusiones:** Se sugiere la ruta diagnóstica y el manejo quirúrgico del quiste, ante este dilema quirúrgico-obstétrico.

112 C 180

#### TAMPONADE CARDIACO EN TRAUMA NO PENETRANTE DE TÓRAX

Suástegui HJ, García CR, Almanza CS, Castillo MM, González AY

Hospital de Traumatología y Ortopedia de Lomas Verdes, IMSS, Naucalpan, Edo. de México

**Antecedentes:** El tamponade cardiaco es una condición rápidamente letal, 8 de cada 10 pacientes fallecen antes de llegar al hospital. La presentación de tamponade cardiaco en trauma cerrado de tórax es excepcional. **Objetivo del estudio:** Análisis y presentación de un caso de tamponade cardiaco en trauma no penetrante de tórax. **Material y método:** Masculino de 25 años, al ir como conductor presenta accidente automovilístico. Trasladado a un Centro de Trauma, donde posterior a control radiológico es enviado a HTOLV. Admitido en urgencias 5 1/2 h posteriores al accidente hemodinámicamente estable, sin compromiso cardiopulmonar, EKG y enzimas cardiacas dentro de rangos normales. Radiológicamente fracturas costales izquierdas 4-6. Veinticuatro h posteriores al accidente el EKG muestra supradesnivel en DII, DIII, V2, V3, ondas "T" acuminadas, PVC 23.5, CPK 2,673 (MB174), e hipoventilación basal derecha. Se coloca sonda pleural derecha drenando 1,040 de líquido serohemático. La TAC toracoabdominal mostró colección líquida pericárdica y derrame pleural izquierdo. Se colocó sonda pleural izquierda y realiza pericardiocentesis guiada por USG, extrayendo 180 cc de material hemático, mejora clínicamente con PVC 15.5, realizándose toracotomía anterolateral izquierda descubriendo pericardio a tensión, en la pericardiotomía se expulsan a presión 100 cc de sangre y se localiza lesión en el ventrículo derecho 12 x 3 mm, la cual se sutura con polipropileno cardiovascular 000. Ingres a UCI, extubándose a las 24 h de postoperado, y egresa de

UCI a las 72 h. Evolución favorable. **Resultados:** A pesar de que se presentaron datos tardíos de tamponade, el tratamiento quirúrgico fue oportuno debido a la sospecha clínica. La evolución postoperatoria fue satisfactoria. **Conclusiones:** La presentación clínica de tamponade puede ser sutil, el médico debe sospecharlo en el trauma severo de tórax. En nuestro Centro de Trauma, se presenta un solo caso de tamponade por trauma cerrado tórax al año.

113 C 181

#### UTILIDAD DE LA LAPAROSCOPIA EN DOLOR ABDOMINAL AGUDO, CON SOSPECHA DE PATOLOGÍA MALIGNA

Martín E Rojano, Rodríguez B, Álvarez G, Ramírez A, Fajardo M

Hospital General "Dr. Darío Fernández Fierro" ISSSTE

Se presenta la experiencia en laparoscopia diagnóstica en paciente que presentan dolor abdominal agudo, pero que por sus antecedentes y presentación clínica se sospecha de patología maligna. Estos pacientes se sometieron a laparoscopia diagnóstica descartando alguna enfermedad aguda, se corrobora malignidad y se da oportunidad de realizar protocolo de estudio de extensión, así como de manera electiva planeación de la mejor conducta terapéutica, evitando la toma de decisiones intempestivas en la Cirugía de Urgencia.

114 C 182

#### MANEJO LAPAROSCÓPICO DE QUISTE HEPÁTICO GIGANTE

Cervantes MPJ, Garcés MAG, Sánchez BMR, Esparza PR, Ortiz MAL, Martínez CA, Arroyo GC, Cruz LJ, Rocha GE  
Hospital General de Zona No. 30 IMSS

Femenino de 60 años. Antecedentes de tabaquismo 40 años e HAS de 10 años. Inició padecimiento en marzo del 2001 con distensión abdominal, dolor cólico esporádico en HCD irradiado hacia región dorsal, además incapacidad para eructar y pirosis ocasional, se da manejo sintomático. Se efectuaron PFH's, amilasa, QS, BH ES encontrándose normales, persistió con sintomatología, se realizó US abdominal encontrando quiste hepático en lóbulo izquierdo, corroborado por TC con 57 x 54 mm de diámetro. CPRE fue normal. Asintomática hasta enero del presente, agregándose masa palpable en epigastrio, se repitió ultrasonido reportando imagen anecoica de 118 x 100 x 102 mm en lóbulo izquierdo. En marzo persistió sintomatología, y un nuevo TC reportó quiste de 100 x 120 mm, por lo que se decidió tratamiento quirúrgico. El 13 de mayo se efectuó cirugía laparoscópica, encontrando quiste gigante de 12 cm de diámetro, cápsula nacarada, vascularizada, bien delimitado, con adherencias hacia epiplón menor. Se puncionó drenándose 750 ml de líquido parduzco, se reseca cápsula a 1.5 cm del borde hepático. Se encontraron múltiples quistes pequeños y uno de 3 cm en lecho vesicular, que se reseco y practicó colecistectomía. Evolucionó satisfactoriamente, egresándose al 2º día. Seguimiento a los 3 meses refiriéndose asintomática, clínica y laboratorialmente normal. **Reporte histopatológico:** Pared con epitelio cúbico simple y fibras de colágena. Cultivo del líquido del quiste sin desarrollo. Es un padecimiento de muy baja incidencia a nivel mundial, cuyo tratamiento es la resección quirúrgica, presentando estadísticamente menor recidiva y con las ventajas de la cirugía laparoscópica, que es similar a la literatura mundial.