

# Cirujano General

Volumen 24  
Volume

Suplemento 1  
Supplement

Octubre-Diciembre 2002  
October-December

*Artículo:*

Trabajos en Cartel del 115-208

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*



**Edigraphic.com**

## TRABAJOS EN CARTEL

97	<b>Reconstrucción mamaria postmastectomía en nuestro hospital</b>	105	<b>Hernia lumbar primaria. Reporte de caso y revisión de la literatura</b>
97	<b>Comparación del jabón enzimático vs yodopovidona en el tratamiento de las heridas infectadas</b>	105	<b>Hernia paraesofágica</b>
97	<b>Cáncer de mama en varón/presentación de un caso/revisión de la literatura</b>	105	<b>Uso de sellantes de fibrina en fístulas anorrectales complejas. Reporte de dos casos</b>
97	<b>Vólvulo cecal</b>	105	<b>Melanoma de vulva. Reporte de un caso</b>
98	<b>Cirugía de control de daños</b>	106	<b>Metástasis cerebral en cáncer colorrectal. Informe de un caso y revisión de la literatura</b>
98	<b>Mucocele del apéndice veriforme reporte de un caso y revisión de la literatura</b>	106	<b>Metástasis de cáncer de mama en cérvix. Presentación de un caso</b>
98	<b>Tricobezoar sincrónico</b>	106	<b>Presentación de un caso de vólvulo gástrico</b>
99	<b>Linfoma de Burkitt</b>	107	<b>Quiste tiroglosa: experiencia de 13 años en el Hospital ABC</b>
99	<b>Hemangioma cavernoso de la glándula tiroides</b>	107	<b>Correlación entre las variedades histopatológicas y el manejo quirúrgico del cáncer tiroideo</b>
100	<b>Carcoma paratiroides, reporte de un caso</b>	107	<b>Apendicectomía laparoscópica. Técnica clásica</b>
100	<b>Plastía postinsisional por laparoscopia</b>	108	<b>Enfermedad poliquística autosómica dominante con afectación abdominal, presentación de un caso y revisión de la literatura</b>
100	<b>Fístula entero-entérica por enfermedad de Crohn. Reporte de un caso</b>	108	<b>Cistoadenocarcinoma mucinoso de apéndice, presentación de un caso y revisión de la bibliografía</b>
100	<b>Drenaje de quiste hepático gigante por laparoscopia. Reporte de un caso</b>	108	<b>Reparación de hernia inguinal bilateral gigante con material protésico en paciente portador de insuficiencia renal en programa de diálisis peritoneal</b>
101	<b>Manejo integral de la infección de tejidos blandos y aplicación de ketancerina al 2%</b>	109	<b>Hidrocolecolecisto gigante. Presentación de un caso y revisión de la literatura</b>
101	<b>Fístula bronco biliar congénita. Reporte de un caso</b>	109	<b>Enfisema masivo postCPRE. Presentación de un caso</b>
101	<b>Hernia diafragmática congénita en adultos. Informe de un caso</b>	110	<b>Obstrucción intestinal por divertículo de Meckel en adultos</b>
101	<b>Metástasis ósea de carcinoma papilar de tiroides que se manifestó como sarcoma de tejidos blandos</b>	110	<b>Evolución de la abdominoplastía en la obesidad refractaria</b>
102	<b>Mediastinitis descendente secundaria a angina de Ludwig. Reporte de caso</b>	110	<b>Procedimiento de Altemeier. Primer caso reportado en el ISEM</b>
102	<b>Obstrucción intestinal por Linfoma de Burkitt</b>	110	<b>Perforación ileal por tejido gástrico ectópico en un menor de 7 años</b>
102	<b>Tumores del corpúsculo carotídeo</b>	111	<b>Quiste postraumático de bazo en menor de 18 años</b>
103	<b>Cáncer de colon metacrónico con apendicitis como cuadro inicial</b>	111	<b>Torsión primaria de epiplón mayor, como causa de abdomen agudo quirúrgico</b>
103	<b>Quiste gigante de mesenterio recidivante</b>	112	<b>Duplicación de vena cava inferior. Reporte de un caso</b>
103	<b>Leiomiosarcoma de yeyuno: presentación de caso y revisión de literatura</b>	112	<b>Adenocarcinoma de intestino delgado. Una entidad patológica poco común en la práctica diaria de un cirujano</b>
104	<b>Paraganglioma de hilus renal. Reporte de un caso</b>	113	<b>Mucocele del apéndice</b>
104	<b>Control de sangrado de tubo digestivo alto por várices esofágicas con técnica Sugiura Futagawa</b>	113	<b>Leiomiosarcoma de tórax de bajo grado de malignidad. Reporte de un caso</b>
104	<b>Múltiples perforaciones intestinales como presentación inicial en el CUCI de rápida evolución</b>		

113	Trauma facial por mordedura de cerdo en un lactante de 12 días de edad	120	Pseudoquiste esplénico; reporte de un caso y revisión de la literatura
113	Tratamiento del síndrome de Frey en pacientes postparotidectomía con toxina botulínica tipo A	120	Fístula mesentérico cutánea secundaria a rechazo de material de sutura. Reporte de un caso
114	Colitis ulcerativa y uso de reservorio en J	121	Apendicitis aguda, por tumor apendicular (linfoma)
114	Quiste hepático gigante. Presentación de un caso	121	Incidencia de apendicitis aguda, en guardia nocturna de un hospital general de zona
114	Colon tóxico secundario a enema con agua hirviendo, en una paciente con CUCI	121	Leiomiosarcoma. Presentación de un caso
115	Obstrucción intestinal por cáncer de células claras de riñón en pacientes con duplicación de colon	122	Dilatación endoscópica de estenosis colorrectal
115	Colangitis esclerosante	122	Enfermedad de Crohn. Estado actual de las complicaciones
115	Crioquemadura de escroto	122	Uso de engrapadora circular para tratamiento de estenosis de anastomosis colorrectales
116	Hipoplasia de lóbulo hepático derecho como hallazgo en colecistectomía abierta	123	Tratamiento conservador de fistulas enterocutáneas de bajo gasto con pegamento de fibrina. (QUIXIL) presentación de un caso
116	¿Bocio intratorácico o CA anaplásico?	123	Tumor neuroendocrino de colon
116	Leiomiosarcoma de retroperitoneo dependiente de uretero: un reto diagnóstico y terapéutico. Revisión de la literatura	123	Síndrome de Peutz Jeghers
117	Mucocele apendicular gigante. Reporte de un caso	123	Profilaxis antibiótica en endoscopia de tubo digestivo bajo en pacientes con CUCI, ¿es necesaria?
117	Ascitis como manifestación de fibrosis retroperitoneal idiopática	124	Tricobezoar gástrico. Reporte de 1 caso
117	Hematoma retroperitoneal que semeja un pseudoquiste pancreático	124	Paliación quirúrgica del cáncer de la encrucijada biliar. Evaluación de resultados
118	Tricobezoar gástrico	124	Aneurisma micótico de aorta abdominal. Reporte de un caso
118	Enfermedad diverticular de íleon. Reporte de un caso	125	Cistectomía ovárica laparoscópica en el primer trimestre del embarazo
118	Adenocarcinoma gigante de ovario y embarazo	125	Lipomatosis intestinal, causa de intususcepción
118	Ascariasis biliar y embarazo	125	Hemangioma cavernoso de recto
119	Tricobezoar presentación de un caso	126	Endometriosis colónica
119	Leiomiosarcoma gástrico presentación de un caso	126	Adenoma de íleon
119	Diverticulitis de ciego: reporte de un caso	126	Pancreatoduodenectomía por cáncer de colon en ángulo hepático. Informe de caso

115 C 184

### RECONSTRUCCIÓN MAMARIA POSTMASTECTOMÍA EN NUESTRO HOSPITAL

Rodríguez OM, Moyeda BJR, Sastre LM, Ulloa GAO  
Departamento de Cirugía General y de Cirugía Plástica Hospital Regional ISSSTE. Monterrey N.L.

**Antecedentes:** La reconstrucción mamaria postmastectomía, es un verdadero reto para el cirujano, ya que las opciones terapéuticas en realidad a nivel institucional son pocas, no todo tipo de pacientes tienen los recursos económicos para que se les realice un procedimiento de reconstrucción mama-maria con prótesis ya sean salinas o de silicon, por lo que a nivel institucional la reconstrucción con tejidos autólogos tipo Tram Flap debe ser considerada una excelente opción terapéutica para este tipo de pacientes. **Objetivos:** El presente es un estudio retrospectivo, longitudinal, y observacional para evaluar a nivel institucional la reconstrucción mamaria en pacientes mastectomizadas por cáncer mamario en un periodo de 7 años a la fecha y demostrar la utilidad del Tram Flap pediculado, y ofrecer una opción terapéutica en aquellas que no cuenten con posibilidad económica para la reconstrucción con prótesis mamarias. **Material y métodos:** Se estudiaron 5 mujeres postoperadas de mastectomía radical modificada, por carcinoma de mama en estadio clínico IIa con edades las cuales oscilan entre 37 a 48 años, con una media de 42.5 años, y con posterior reconstrucción mama-maria a los 2 años de la mastectomía con técnica de Tram Flap pediculado, que además no tuvieron recidivas del carcinoma en este periodo, además de no tener antecedentes de cirugías previas en región abdominal, y sin antecedentes médicos de importancia, tales como diabetes o hipertensión, con una complejión mediana y con peso que oscila entre los 45 y 60 kilos, como criterios de inclusión que se utilizó para la reconstrucción. **Resultados:** Se evaluó el éxito de la cirugía en base a 2 parámetros, por el paciente y por el médico, siendo la satisfacción y la estética dichos parámetros. Con una escala apreciativa en donde, 1 es equivalente a no satisfactorio y 5 es satisfacción total. Todas las pacientes refirieron 5 puntos en cuanto a la satisfacción y en cuanto a la estética que fue evaluada por el médico siguiendo esta escala. Presentando en 4 pacientes puntuación de 5 y en una puntuación de 4, se tomó en cuenta en comparación de la mama contralateral: el volumen, la simetría y la caída de la mama. Las complicaciones que se observaron en estas pacientes fue hernia de pared abdominal en sitio de toma de colgajo, no se encontró recidiva de tumor en ninguna paciente, hasta la realización del estudio, la paciente se encuentra contenta con su mama y realiza su vida cotidiana como antes de la cirugía. Por lo que concluimos que a nivel institucional la reconstrucción mamaria postmastectomía con tejidos autólogos es una opción excelente para nuestros pacientes con cáncer en etapa temprana.

116 C 185

### COMPARACIÓN DEL JABÓN ENZIMÁTICO VS YODOPOVIDONA EN EL TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS INFECTADAS

Lara LE, Lerma AR, Caracheo R, Narváez FS  
Hospital General de Querétaro SSA

**Antecedentes:** El jabón enzimático es un compuesto biodegradable constituido por lipasas, amilasas y proteasas, utiliz-

zado en la limpieza de material quirúrgico, su habilidad para eliminar detritus, y tejido necrótico está bien demostrada, su inocuidad en tejidos como la córnea permiten su uso en tejidos expuestos como la heridas infectadas. **Objetivo:** Comparar la eficacia del jabón enzimático vs yodopovidona en el tratamiento de las infecciones del sitio incisional. **Sede:** Hospital General de Querétaro, Departamento de Cirugía General. **Diseño:** Estudio prospectivo, comparativo y aleatorio. **Análisis estadístico:** Se utilizaron las pruebas de chi-cuadrada, exacta de Fisher y t de Student. **Pacientes y métodos:** La asignación se realizó aleatoriamente a dos grupos: Grupo I (n = 20): pacientes tratados con jabón enzimático grupo II (n = 20): pacientes tratados con yodopovidona. Se evaluaron el tiempo de tratamiento, número de unidades formadoras de colonias por gramo de tejido (UFC/g), bacterias cultivadas, dolor durante el lavado de la herida y reacciones secundarias. **Resultados:** Los grupos fueron comparables en la distribución por edad, sexo y número de (UFC/g), al inicio del tratamiento. Los pacientes del grupo I requirieron menos días de tratamiento ( $p = 0.003$ ). Con diez días de tratamiento en 90% de los pacientes del grupo I pudo suturarse la herida, comparado con sólo el 25% del grupo II ( $p = 0.005$ ). La segunda determinación de UFC/g mostró resultados significativamente menores en el grupo I ( $p = 0.05$ ). Se observó menor intensidad del dolor en los pacientes del grupo I a partir del sexto día de tratamiento ( $p = 0.005$ ). No se observaron efectos secundarios con el uso de jabón enzimático. **Conclusión:** El uso de jabón enzimático disminuye el tiempo de tratamiento en las infecciones del sitio incisional superficial, restablece el equilibrio del tejido en menor tiempo y permite que los pacientes toleren mejor los lavados.

117 C 186

### CÁNCER DE MAMA EN VARÓN/PRESENTACIÓN DE UN CASO/REVISIÓN DE LA LITERATURA

García HFEM  
Servicio de Cirugía General. HGCMR "IMSS"

El cáncer de mama en hombres es un padecimiento raro a nivel mundial. Ocupa el 1% de los cánceres de mama en el varón, representando el 1% de las muertes en estos grupos. Se presenta el caso de un masculino de 50 años de edad, portador de lesión de mama derecha de 18 meses de evolución, que involucraba el complejo areola-pezón. El paciente presentaba: obesidad exógena, hepatopatía secundaria a consumo de alcohol e hipertensión arterial sistémica. Clínicamente se corroboró involucro del pezón, ausencia de adenopatía axilar ipsilateral al igual que a nivel supraclavicular. Se observó lesión tipo "pagetoide" discretamente dolorosa a la palpación, sin exudación por el pezón. Se realizó BAAF de la lesión, impronta del pezón, corroborándose carcinoma ductal de mama derecha. Los estudios de extensión sin evidencia de enfermedad metastásica. Se llevó a mastectomía radical modificada. Se reportan hallazgos histopatológicos de la MRM, como de los ganglios resecados en el procedimiento. Se concluye su rara presentación, se revisa el protocolo de estudio y su manejo en forma integral previa revisión de la literatura.

118 C 187

### VÓLVULO CECAL

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

Un factor importante en el desarrollo de un vólvulo cecal es la fijación peritoneal incompleta del colon a la pared abdominal derecha. Esto da por resultado un colon ascendente anormalmente móvil y la posibilidad de rotación en torno a un punto fijo, lo que produce un vólvulo. Presentamos el caso de femenino de 82 años, hipertensa en tratamiento. Acude a urgencias por presentar dolor abdominal de 6 horas de evolución, de inicio en mesogastrio, irradió a fossa iliaca derecha y posteriormente se generalizó. Náusea, llegando al vómito, distensión abdominal, obstrucción y constipación. A la exploración física, taquicardia, febril, abdomen distendido, con irritación peritoneal. La biometría hemática con leucocitos de 18,700. La radiografía de abdomen con distensión de asas de delgado y niveles hidroáreos. Dado lo anterior se decide su intervención quirúrgica, encontrando una rotación en sentido horario del colon derecho que rotaba el ileón terminal hacia la derecha del ciego, éste se encontraba con datos de isquemia y áreas de necrosis (foto 1). Se decide realizar hemicolectomía derecha con anastomosis ileotransversa. La evolución de la paciente satisfactoria, egresándose del hospital al 6to. día postquirúrgico. Concluimos, que la colectomía derecha con restauración de la continuidad intestinal, es el tratamiento definitivo y de elección del vólvulos cecal, si las condiciones del paciente lo permiten, ya que este procedimiento alivia efectivamente los síntomas, impide la recurrencia y se asocia con mínima mortalidad. Sin embargo, si las condiciones del paciente son muy graves al momento de la cirugía, la devolvulación y cecopexia, es una alternativa rápida y eficaz, a sabiendas del alto índice de recurrencia. Si existe gangrena y las condiciones del enfermo no permiten la anastomosis, se debe realizar colectomía con ileostomía y fistula mucosa. La destorsión simple del vólvulos se considera un tratamiento incorrecto. La cecostomía como tratamiento del vólvulos cecal está en desuso.

119 C 188

#### CIRUGÍA DE CONTROL DE DAÑOS

Contreras JE, García CR, Almanza CS, Castillo MM  
Hospital de Traumatología y Ortopedia Lomas Verdes. IMSS, Naucalpan, Edo. de México.

**Antecedentes:** El manejo moderno de lesiones graves del abdomen con hemorragia severa implica detener inmediatamente el sangrado y posponer la resolución de otras lesiones en una cirugía subsecuente. **Objetivo:** Análisis y presentación de un caso clínico de control de daños en cirugía de trauma abdominal. Masculino de 31 años de edad con antecedente de compresión a nivel de tórax y abdomen, a su ingreso, (13:30 h) con TA 120/80, FC 92, FR 24, Glasgow 14, palidez de tegumentos y diaforesis. Tórax con herida abierta de 8 x 5cm en cara anterior izquierda, enfisema subcutáneo extenso, neumotorax izquierdo y fracturas costales izquierdas 5 a 8. Abdomen distendido, blando, doloroso, peristalsis ausente lavado peritoneal al aspirado, positivo. Se realizó laparotomía, encontrando ruptura diafragmática bilateral, disrupción anterior de 20 cm izquierda y 19 cm derecha, sección completa del cuerpo pancreático y vena esplénica, hemoperitoneo inicial de 2,000 ml y sangrado transoperatorio total 5,500 ml, realizando pancreatectomía distal, empaquetamiento y transfundiendo 8 paquetes globulares en las primeras dos horas. El postoperatorio

inmediato en UCI con hipotensión, palidez y taquicardia, reinterviniéndose encontrando sangrado no mecánico y reempaquetándose (22:00 h). Se interviene nuevamente (08:00 h) hallando hemoperitoneo de 200 ml, necrosis distal pancreática realizando necrosectomía, empaquetamiento y dejando el abdomen abierto con bolsa de Bogotá. Se efectuaron 11 cirugías más para aseo quirúrgico durante un mes. Evolucionando el tórax favorablemente, abdomen con sitio quirúrgico con infección por *Enterococcus faecalis* y *Staphylococcus aureus*, posteriormente remitiendo y colocando injerto de piel. Ocho meses después se realiza plastia de la pared abdominal. **Resultados:** El manejo, inmediato, agresivo y continuo mediante control de daños permite mayor oportunidad de sobrevivir a los pacientes. **Conclusiones:** Las técnicas de control de daños han demostrado su utilidad en el manejo de pacientes muy graves. Las cirugías múltiples, procedimientos abreviados y reconstrucción posterior disminuyen la mortalidad de pacientes traumatizados graves.

120 C 189

#### MUCOCELE DEL APÉNDICE VERMIFORME REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Lara LE, Cholula HA, Aburto MC, Lerma AR, Caracheo R  
Hospital General de Querétaro SSA

**Antecedentes:** Mucocele is a cystic dilatation of the vermiform appendix that contains mucous material. It maybe caused by benign or malignant diseases. **Sede:** Hospital General de Querétaro, Departamento de Cirugía General.

**Diseño:** Reporte de caso. **Pacientes y métodos:** Femenino de 35 años acudió al servicio de urgencias con dolor abdominal tipo cólico en FID, náusea y vómito de 3 años de evolución, exacerbado en forma importante tres días previos a su ingreso con múltiples manejos con analgésico y antibióticos sin mejoría. A la exploración física había datos de hiperestesia abdominal e hiperbaralgia, rebote positivo, la biometría hemática reportó leucocitos de 10,200/mm<sup>3</sup> (normal: 4000-9000 mm<sup>3</sup>). La placa simple de abdomen sin cambios remarcables, se somete a laparotomía con el Dx de apendicitis aguda encontrando como hallazgo tumoración en la punta del apéndice de 3 x 1 x .5 cm de características quísticas y contenido mucinoso adherido a trompa uterina, se realiza apendicetomía y salpingotomía derecha. Se envió a estudio transoperatorio reportando cistoadenoma mucinoso. El estudio microscópico mostró que el lumen estaba cubierto por una capa simple de células cilíndricas secretoras de mucina con ligera atipia, los márgenes quirúrgicos libres de tumor. La paciente evolucionó en forma satisfactoria egresándose al segundo día de operada, su seguimiento a sido con colonoscopia, a un año no hay datos de recidiva. La primera descripción del mucocele del apéndice data de 1842 por Rokitanski. Desde entonces se han reportado cerca de 80 casos, la incidencia es de 0.2-0.3% de los especímenes de las apendicetomías y casi siempre es un hallazgo del patólogo. En enfermedad benigna la apendicetomía es tratamiento suficiente.

121 C 190

#### TRICOBEOZOAR SINCRÓNICO

Ávila CGE, Femat FB, Cruz de la Torre GJ, De Velasco JR  
Hospital de Especialidades Miguel Hidalgo. Aguascalientes. Ags.

Los bezoares son concreciones de material no digerible que se acumula en el estómago. El tricobezoar casi siempre se desarrolla en mujeres jóvenes que degluten su pelo. Se presenta el caso de paciente femenino 20 años soltera, con malformación congénita ósea, antecedente de cirugía para corrección de malformación de pies, se le interroga sobre el antecedente de manías el cual es negado. Inició su cuadro clínico quince días previos a su ingreso, con dolor en epigastrio irradiándose hacia mesogastrio de tipo urente, cólico de moderada intensidad, acompañándose de vómito gástrico en número de diez. Acude al servicio de urgencias donde se le realiza diagnóstico de oclusión intestinal, se hospitaliza y se inició protocolo de estudio, se solicita serie esófago gastro duodenal, observándose obstrucción proximal a nivel de yeyuno con signo de copa invertida, vaciamiento gástrico retardado, defecto de sustracción en estómago. TAC: reporta dos imágenes de misma densidad a nivel de estómago y yeyuno lo que integraba el término de tricobezoar sincrónico. Se somete a tratamiento quirúrgico y posteriormente psicológico.

122 C 191

**LINFOMA DE BURKITT**

Medrano GAG, Cerdá CL, Méndez OC, Torres FM, Guzmán CR, Zertuche TH  
Hospital General de Tampico "Dr. Carlos Canseco"

Fecha de ingreso: 22-mayo-2002

Paciente masculino de 3 años 4 meses de edad, ingresa al servicio de urgencias del Hospital General de Tampico "Dr. Carlos Canseco", presentando tumor abdominal de aproximadamente 2 meses de evolución antecedentes no relevantes para su padecimiento actual. PEEA: Inicia presentando dolor abdominal generalizado sin más síntomas acompañantes, posteriormente presenta evacuación de *Ascaris*, es valorado por facultativo indicándole pamoato de pirantel sin mejoría, se agrega hiporexia y pérdida de peso no cuantificada, la madre hace el hallazgo de masa localizada en mesogastrio aumentando de tamaño rápidamente, con distensión abdominal y náusea sin vómito. A su ingreso se realiza BH: Hb 9.3 g %, HCT 29%, LEU 7,600, NEU 60%, SEG 57%, BAN 3%, QS y EGO normales, Tele de tórax normal, Rx simple de abdomen con imagen de "migajón". EF: Abdomen distendido, masa palpable en flanco derecho, mesogastrio e hipogastrio, consistencia firme de aproximadamente 10 x 7 cm, fija, dolorosa a la palpación, no visceromegalias palpables, peristalsis presente, adenomegalias inguinales bilaterales, resto de exploración normal. Se realiza TAC de abdomen contrastado reportando masa abdominal independiente de riñón, extendiéndose de área subhepática hasta fossa iliaca derecha, retroperitoneo sin masas ni adenomegalias, colon por enema normal sin lograr vencer válvula ileocecal, PFH, ES normales, fracción Beta de HGC negativa, alfafetoproteína 1.91 ng/ml. Intervención quirúrgica (07-Junio-02) Nota postquirúrgica. Dx Preoperatorio: Tumor abdominal. Dx Postoperatorio: Tumor abdominal dependiente de mesocolon. Cirugía programada: Laparotomía exploradora. Cirugía realizada: Resección de tumor abdominal, ileostomía y fistula colo-cutánea, biopsia de ganglios mesentéricos e hígado. Hallazgos: Tumor dependiente de mesocolon comprometiendo colon ascendente, ciego, apéndice e íleon terminal. Sin complicaciones relacionadas al procedimiento. Dx Histopatológico: Linfoma de Burkitt.

123 C 192

**HEMANGIOMA CAVERNOZO DE LA GLÁNDULA TIROIDES**

Mondragón SA, Montoya G, Villalpando A, Meneses A  
Servicio de Cirugía General, Hospital Regional 1º de Octubre, ISSSTE, México D.F. Servicio de Patología Instituto Nacional de Cancerología

**Introducción:** Los hemangiomas cavernosos de la glándula tiroides son tumores benignos sumamente raros, originados de vasos sanguíneos. Han sido reportados de manera anecdótica en la literatura mundial. Presentamos un caso operado por cirugía videoassistida. **Presentación del caso:** Paciente masculino de 41 años de edad el cual presenta aumento de volumen a nivel de cara anterior izquierda de cuello 8 meses antes de su ingreso. Presentó crecimiento gradual y progresivo acompañado de dolor local. Se diagnosticó nódulo tiroideo realizando BAAF de tiroides obteniendo 10 cc de líquido hemático desapareciendo los síntomas. Recurre la masa y sintomatología realizándose perfil tiroideo, USG de cuello, gammagrafía, y BAAF con diagnóstico de lesión tiroidea quística, hipocaptante, negativa a malignidad. Se realizó hemitiroidectomía izquierda videoassistida sin complicaciones. El resultado histopatológico fue de un hemangioma cavernoso de la glándula tiroides. **Conclusiones:** Reportamos un caso de un tumor sumamente raro de la glándula tiroides. Los reportes en la literatura mundial son pocos y no existe ninguno resuelto por cirugía videoasistida. En nuestra experiencia es el primer caso observado. El pronóstico es bueno.

124 C 193

**DERIVACIÓN SAFENOCAVERNOSA EN PRIAPISMO PER-SISTENTE**

Sánchez ZC, Sánchez SG, Martínez MC  
Hospital Central Ignacio Morones Prieto San Luis Potosí, México.

**Antecedentes:** Priapismo es la erección continua y dolorosa del pene. Su nombre deriva de Príapo, dios de la fertilidad de griegos y romanos. Se origina por alteraciones en los mecanismos que controlan la flacidez del pene, afecta sólo los cuerpos cavernosos el cuerpo esponjoso, glande y uretra no se ven afectados. Frecuentemente idiopático, pero puede asociarse con algunas enfermedades sistémicas y el uso de inyecciones intracavernosas de medicamentos para tratamiento de la impotencia. **Objetivo:** Reporte de caso.

**Caso clínico:** Masculino 49 años con priapismo de 36 horas de evolución, posterior a tener relaciones sexuales. Antecedente de cuadro similar hace 2 años, resuelto con BPD y drenaje sanguíneo cavernoso. Al ingreso se aplica enema frío y hielo local con administración de analgésico parenteral, horas después se realiza BPD con infusión de bupivacaína con resolución del dolor, pero persistiendo la erección. Posteriormente se realiza drenaje cavernoso con aplicación de adrenalina cada 6 horas, durante 24 horas obteniendo flacidez del pene temporalmente, máximo 2 horas por lo que se realiza derivación safenocavernosa con resolución de la erección del pene. El paciente egresa 48 horas después por mejoría, continuando control por consulta. **DISCUSIÓN:** Cualquier paciente que presenta erección por más de 4 horas, especialmente si tiene enfermedad predisponente, probablemente requiera tratamiento para el priapismo. La mayoría de los casos manejados tempranamente

responden a medidas conservadoras, sin embargo, cuando no hay mejoría con esta terapéutica puede requerir tratamiento quirúrgico, como el presente caso.

125 C 194

#### CARCINOMA PARATIROIDEO, REPORTE DE UN CASO

Noriega MO, Reyna RT, Falcón ER  
Hospital Central Dr. IMP, SLP

**Antecedentes:** Es uno de los más raros cánceres presentados por el hombre, tiene un tejido hiperfuncional que aumenta considerablemente los niveles de hormona paratiroidea originando hiperparatiroidismo primario: del cual sólo 0.5-3% es originado por carcinomas, el resto son adenomas o hiperasplasia. No existe causa etiológica documentada, tiene asociación familiar en algunas series. Puede ser curable en caso de resección total. Se ha reportado una incidencia de 0.015 en 100,000 habitantes en USA. **Objetivo:** Informe de un caso. **Caso:** Paciente masculino de 30 años de edad y 4 meses de evolución con pérdida de peso de 20 kg, dolor osteomuscular, astenia, malestar general, debilidad, náusea, vómito presenta masa paratraqueal derecha de 4 x 5cm, de consistencia ahulada, móvil, no dolorosa, tráquea ligeramente desplazada, sin adenomegalias cervicales, sin cambios en tono de voz. Rx sin desmineralización ósea. Laboratorios de ingreso: calcio 19.32 mg/dl, P 3.9 mg/dl, creatinina 2.7 mg/dl, urea 99 mg/dl, BUN 463 mg/dl, FA 539 U/l. H. Paratiroidea 320 pg/ml (10-60 pg/ml), calcitonina 64 pg/ml (10-500 pg/ml). Se da manejo médico sin respuesta. Realizándose lobectomía tiroides derecha donde aparentemente va inmerso un tumor sin definición clara, sólo invasión tiroidea derecha, sin extensión a otras estructuras vecinas. Cuatro días posteriores con calcio de 7.65 mg/dl. El resultado histopatológico: carcinoma paratiroideo con inmunohistoquímica para CEA y calcitonina negativos. Alta 6 días posteriores a intervención quirúrgica. **Conclusiones:** Es una neoplasia poco frecuente, la cual presenta una masa mayor de 3 cm, con un calcio superior 14 mg/dl, ronquera, daño renal, desmineralización ósea.

126 C 195

#### PLASTÍA POSTINSICIONAL POR LAPAROSCOPIA

Sepúlveda MR, Gutiérrez MRA, Cavazos OMA, Guajardo PHJ, Reyes SHR  
Departamento de Cirugía General, Hospital Christus-Muguerza. Monterrey, Nuevo León

Presentamos nuestra experiencia de 4 casos, pacientes con hernias abdominales postincisionales las cuales fueron realizadas por técnica laparoscópica con malla de Goretex. **Caso I:** Paciente femenino de 54 años de edad con antecedente de histerectomía abdominal diez y ocho meses previos a su ingreso, la cual presenta defecto infraumbilical de cinco por cinco centímetros, con saco herniario reductible, no doloroso y sin cambios cutáneos. **Caso II:** Paciente masculino de 40 años de edad con antecedente de colecistectomía convencional quince años antes de su ingreso, quien presenta defecto herniario de veinticuatro meses de evolución en región epigástrica con diámetro de seis centímetros, con saco herniario reductible, dolorosa de forma ocasional y sin cambios cutáneos. **Caso III:** Paciente femenino de 60 años de edad con antecedente de histerectomía abdominal dieciséis años previos a su ingreso quien presenta hernia postincisional infraumbilical de doce meses de evolu-

ción, la cual aumentó su tamaño de forma progresiva hasta alcanzar dimensiones actuales de diez centímetros de diámetro, la cual es reductible, no dolorosa y sin cambios cutáneos. **Caso IV:** Paciente masculino de 30 años de edad con el antecedente de plastía umbilical catorce meses previos a su ingreso, que fue reintervenida por recidiva a los tres meses. Presenta defecto ventral supraumbilical de siete por cinco centímetros, con saco herniario reductible, no doloroso y sin cambios cutáneos.

127 C 196

#### FÍSTULA ENTERO-ENTÉRICA POR ENFERMEDAD DE CROHN. REPORTE DE UN CASO

Noriega MO, Torrescano GS, Oros OC  
Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, SLP

**Antecedentes:** Descrita como ileitis terminal por primera vez en 1932 por Crohn, Ginsberg y Oppenheimer. Puede ocurrir en cualquier parte del aparato digestivo. Relacionada estrechamente con la colitis ulcerativa. Existe un defecto fundamental de la regulación inmunitaria de la mucosa que conduce a una hiperactivación inmunológica, que incluye proliferación de linfocitos, liberación de citocinas, incorporación secundaria de células efectoras auxiliares, exceso de productos de neutrófilos y por último lesión tisular. **Objetivo:** Informe de un caso. **Caso:** Paciente masculino de 30 años de edad, antecedentes de múltiples internamientos previos por STDB. Cuatro días de evolución con melena y hematoquezia, dolor epigástrico tipo cólico y en flanco izquierdo sin radiaciones, debilidad generalizada, hiporexia, FNRT. A la EF con TA 100/60 mmHg, taquicardia de 105 x min, palidez generalizada, con hb 7.1g/dl, 11,300 leucos, 4% bandas, PCR 21.27 mg/dl, albúmina 2.6 g/dl. Endoscopia que revela múltiples ulceraciones superficiales en duodeno y yeyuno, colonoscopia normal, tránsito intestinal baritado en íleon áreas de estenosis en cuerda de aspecto granulomatoso fino y colon normal. Biopsia yeyunal con granulomas en lámina propia. Se realiza laparotomía encontrando fístula enteroentérica a 160 centímetros del ángulo de Treitz, mesenterio engrosado con ganglios crecidos, pared intestinal engrosada, se realiza resección de 35 centímetros con anastomosis T-T en dos planos. Reporte histopatológico enfermedad de Crohn y fístula enteroentérica. Presenta buena evolución y se egresa para ulterior manejo médico. **Conclusiones:** El tratamiento quirúrgico está destinado solamente a complicaciones, como en este caso.

128 C 197

#### DRENAJE DE QUISTE HEPÁTICO GIGANTE POR LAPAROSCOPIA. REPORTE DE UN CASO

Munro-Wilson R, Alcaraz HM, Cavazos OMA  
Departamento de Cirugía General, Hospital Christus-Muguerza. Monterrey, Nuevo León

En la actualidad los quistes hepáticos solitarios y múltiples son diagnosticados con mayor frecuencia debido a los avances en las técnicas de imagen. Con el advenimiento de la cirugía de invasión mínima, ésta se ha convertido en una herramienta de gran utilidad en el tratamiento de lesiones hepáticas benignas tanto sólidas como quísticas. Se presenta el caso de una paciente de 35 años sin antecedentes de importancia quien refiere un mes de evolución con una

tumoración en CSD, no refiriendo sintomatología agregada. A la exploración física se encontró hepatomegalia no dolorosa de 9 cm bajo el reborde costal. El TAC mostró un quiste a nivel del lóbulo derecho de 25 x 27 cm, que expande los segmentos 7 y 8. Se realizó laparoscopia diagnóstica en donde se realizó drenaje a través de la porción extraparenquimatoso del mismo, obteniéndose aproximadamente 2,800 cc de líquido citrino además de decorticación colocación de drenaje. Se egresó al cuarto día postoperatorio, presentó una recidiva con una colección de 70-80 cc, la cual se drenó por punción guiada por ECO, realizándose esclerosis con alcohol. Actualmente la paciente se encuentra asintomática y sin evidencia radiológica de recidiva a los 32 meses del segundo procedimiento.

129 C 198

#### **MANEJO INTEGRAL DE LA INFECCIÓN DE TEJIDOS BLANDOS Y APLICACIÓN DE KETANCERINA AL 2%**

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

**Antecedentes:** La infección de tejidos blandos es una enfermedad grave con un alto índice de mortalidad dependiendo de la extensión, grado de sepsis y factores agregados. **Objetivo:** Informar del manejo quirúrgico, colocación de injertos y aplicación de ketancerina al 2% en pacientes con infección de tejidos blandos. **Informe del caso:** Se trata de paciente masculino de 52 años de edad, con antecedente de diabetes mellitus de larga evolución sin control, inicia su pa posterior a picadura de insecto en la cara lateral de la pierna derecha presentando dolor importante hiperemia y salida de secreción purulenta, con destrucción y necrosis de piel, tejido celular y músculo. Realizándosele debridación quirúrgica con aseos mecánicos programados con manejo de triple esquema de antibiótico a base de cefalosporina de tercera generación, aminoglucósido y metronidazol, utilizando posterior a los lavados mecánicos, aplicación de ketancerina gel al 2% durante 20 días. Posteriormente colocación de injertos con aceptación íntegra de los mismos teniendo una evolución satisfactoria siendo egresado el paciente a los 35 días de su ingreso. **Resultados:** La evolución del paciente fue satisfactoria comprobando que el manejo multidisciplinario en estos casos es factor fundamental para una buena evolución. **Conclusión:** El manejo de infección de tejidos blandos con debridación intensa, lavados mecánicos, utilización de antibióticos y ketancerina son importantes para limitar el proceso séptico y preparar la zona lesionada para la colocación de injertos y tener una restauración de la zona afectada.

130 C 199

#### **FÍSTULA BRONCO BILIAR CONGÉNITA. REPORTE DE UN CASO**

Vázquez-Martínez AM, Medrano-Torres S, González-Zúñiga G, Guevara-Torres L  
Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto. San Luis Potosí.

**Antecedentes:** La comunicación anormal entre el árbol bronquial y biliar fue descrita inicialmente en 1889 por Chiari. Puede ser congénita o adquirida. En 1952 Neuhauser informó el primer caso congénito, desde entonces se han informado 20 casos en la literatura. Su origen embriológico no es claro,

puede ser una unión anómala entre el árbol bronquial y biliar, o una duplicación del tracto gastrointestinal superior. El diagnóstico diferencial incluye obstrucción intestinal, fistula traqueoesofágica y fibrosis quística. **Objetivo:** Informe del primer caso en México. **Caso clínico:** Recién nacido femenino, producto de parto eutóxico en hospital de primer nivel, con cuadro de insuficiencia respiratoria, tos productiva amarillo-verdosa desde el nacimiento, refractaria a manejo convencional, trasladada a esta institución a los cuatro días de vida con diagnóstico de probable fistula traqueoesofágica. A su ingreso se realizan SEGD, endoscopia esofagogastrica, TAC toracoabdominal informadas como normales. Broncoscopía en la que se observa presencia de material amarillo-verdoso en tráquea, decidiendo toracotomía derecha encontrándose una estructura tubular desde bronquio principal derecho hasta el diafragma a la que se inyecta medio de contraste, se toma radiografía mostrando árbol bronquial y biliar. Se realiza resección y ligadura de trayecto fistuloso. En el postoperatorio presenta drenaje de material biliar por pleurostomía. Se reinterviene vía toracoabdominal y se encuentra conducto fistuloso que nace en lóbulo caudado del hígado, se reseca y liga. Alta por mejoría 5 días después.

131 C 200

#### **HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA EN ADULTOS. INFORME DE UN CASO**

Vázquez-Martínez AM, Guevara-Torres L, Leiva-Pons J  
Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto SLP

**Antecedentes:** Riverius describió el primer caso de hernia diafragmática congénita en 1679, lo demostró en un examen *post mortem* en un varón de 24 años de edad. En 1848, Bochdalek comentó la herniación de parte del intestino a través del espacio lumbodorsal del diafragma. La prevalencia de la hernia diafragmática congénita es de 1 en 2,100 a 5,000 nacimientos, la mayoría se diagnostica en recién nacidos teniendo una supervivencia de 63 a 77.8%. Esta patología es muy rara en adultos. **Objetivo:** Informe de caso. **Caso clínico:** Masculino de 17 años de edad, que ingresa por cuadro de insuficiencia respiratoria aguda y neumotórax a tensión, sin antecedente de trauma, que requirió punción pleural de urgencia, con mejoría parcial. La Rx de tórax mostró claro pulmonar con nivel líquido en hemitórax izquierdo y desplazamiento importante del mediastino y silueta cardiaca hacia la derecha, se colocó pleurostomía, se toma nueva Rx de tórax observándose ausencia de hemidiafragma izquierdo y asas intestinales en hemitórax ipsilateral. Se realiza laparotomía con diagnóstico de hernia diafragmática. Se encontró estómago, bazo, colon ascendente y transverso en cavidad pleural, se reducen estas estructuras a cavidad abdominal y se lleva a cabo sutura del defecto posterolateral del diafragma. El paciente evoluciona favorablemente y egresa 8 días después.

132 C 203

#### **METÁSTASIS ÓSEA DE CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES QUE SE MANIFESTÓ COMO SARCOMA DE TEJIDOS BLANDOS**

Ortiz-González J, Reyes-Segura MP, Padilla-Rosciano AE, Cuéllar-Hubbe M, Martínez-Said H, Sánchez-Lozada R  
Departamento de Piel y Partes Blandas del Instituto Nacional de Cancerología (INCAN) México, D.F. Hospital General de México, O.D

**Antecedentes:** Las metástasis óseas se presentan en el 8% del cáncer papilar de tiroides (CPT). **Objetivo:** Informar el caso inusual de un paciente con metástasis óseas de CPT en huesos de la cadera, que clínicamente simuló sarcoma de tejidos blandos. **Caso clínico:** Masculino de 45 años de edad con padecimiento de 2 años de evolución, caracterizado por dolor y aumento progresivo de volumen de cadera y muslo derecho. Al examen físico con tumor que involucra el tercio proximal de muslo, el hueso coxal, el pubis y la fosa ilíaca derecha. Nódulo tiroideo izquierdo de 4 cm y ganglio de 3 cm en nivel III cervical derecho. La tomografía helicoidal demostró lesión que destruye el ilíaco, el pubis y cabeza femoral derecha, con gran componente de tejidos blandos. Metástasis pulmonares. La biopsia del muslo demuestra metástasis de carcinoma papilar. La BAFF del nódulo tiroideo demostró carcinoma papilar. La BAFF del ganglio cervical señaló metástasis de CPT. Se sometió a hemipelvectomía interna y dos semanas después se realizó disección radical de cuello bilateral. Actualmente se encuentra en tratamiento con Iodo-131. **Resultados:** El estudio anatomo-patológico definitivo reportó carcinoma papilar de tiroides metastásico a huesos de la cadera. **Conclusiones:** Las metástasis óseas del CPT son poco comunes y parecen tener un impacto sustancial en el pronóstico. Habitualmente la tasa de mortalidad en estos pacientes es muy alta a corto plazo. Este caso demuestra la necesidad de considerar a las metástasis óseas del CPT en el diagnóstico diferencial de los sarcomas de tejidos blandos.

133 C 204

#### MEDIASTINITIS DESCENDENTE SECUNDARIA A ANGINA DE LUDWIG. REPORTE DE CASO

Valdez MD, Pérez DM, Jiménez FE

Departamento de Cirugía General y Cirugía de Tórax del Hospital General "Manuel Gea González" SS, México, Distrito Federal

**Antecedentes:** La angina de Ludwig se define como la celulitis cervical en espacio submandibular, en la gran mayoría de los casos de origen odontológico, con capacidad de disección de las fascias musculares en forma descendente, capaz de causar mediastinitis de fatales consecuencias. **Objetivo:** Se presenta el reporte de un caso de absceso submandibular de características ya descritas, causante de mediastinitis descendente, junto con la descripción clínica de su presentación, el abordaje diagnóstico y terapéutico. Se presenta caso clínico de paciente masculino de 33 años de edad, taxista, originario y residente de la ciudad de México. Inició padecimiento actual con dolor en segundo molar inferior izquierdo, que le motivó a consulta odontológica para extracción de la pieza, sin recibir tratamiento antimicrobiano. Ocho días después nota incremento progresivo de región submandibular izquierda, acompañada de fiebre, taquicardia y dolor torácico, motivo de consulta en nuestro Hospital. A su ingreso a urgencias taquicárdico, taquipneico, diaforético. Región submandibular izquierda con incremento importante de volumen, hiperémico, congestivo, muy doloroso a la palpación. Piso oral asimétrico, con abombamiento ipsilateral (se presenta fotografía clínica). Tórax simétrico, adecuada movilidad ventilatoria, murmullo vesicular normal. Resto de exploración sin alteraciones. Por paraclinicos con leucocitosis y bandemia, hiperglucemía y prolongación de tiempos de coagulación. Telerradiografía de tórax (se muestra radiografía) con ensanchamiento mediastinal e infiltración parahiliar, así

como derrame pleural bilateral. Se realiza drenaje de absceso submandibular por abordaje cervical, encontrándose disección del mismo hacia mediastino superior, por lo que se realiza estereotomía media hallando infiltración gaseosa de grasa mediastinal, derrame pericárdico purulento y empiema bilateral. Se elabora ventana pericárdica, y se colocan drenajes pleurales y mediastinal, así como desbridación de herida cervical. Luego de 13 días de estancia en terapia intensiva, con cobertura antimicrobiana específica contra *Staphylococcus sciuri* y *Acinetobacter calcoaceticus*, desbridaciones frecuentes de tejido necrótico de herida cervical y resolución de empiemas y derrame pericárdico, es egresado exitosamente de nuestro servicio. Se muestra en este caso clínico el manejo agresivo y oportuno de la mediastinitis descendente de origen dentario como es propuesto en las pocas series existentes en la literatura mundial al respecto del tema, con excelentes resultados.

134 C 205

#### OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR LINFOMA DE BURKITT

Espinoza del Río MA

Centro Médico del Potosí

La obstrucción intestinal es una causa común de consulta quirúrgica, pero por lesión tumoral extrínseca es infrecuente. **Caso:** Masculino, 49 años, niega antecedentes de importancia con cuadro de dolor abdominal cólico, periumbilical, con náuseas sin vómito, diarrea 2-3 por día malestar general y diaforesis. Hace un mes melena. Exploración sin adenopatías, abdomen distendido, peristalsis activa, de tono normal, dolor generalizado, rebote negativo, no masas ni visceromegalias. Laboratorio, Rx de abdomen y panendoscopia normales. Evolución con incremento del dolor, náuseas y vómitos aislados. US abdominal con imagen de intususcepción, corroborada por TAC abdominal, placas de abdomen con niveles hidroáreos. Laparotomía exploradora con intususcepción de yeyuno a 120 cm del Treitz y masa de 6 x 6 cm en mesenterio, se realiza resección y anastomosis. Evolución postquirúrgica satisfactoria. Patología reporta linfoma de Burkitt con infiltración a médula ósea. Se inicia quimioterapia sistémica e intratecal con vincristina, adriamicina y ciclofosfamida alternando metrotexate y Ara-C. La obstrucción intestinal en adultos es tumoral en 10-15% y la intususcepción es infrecuente. El linfoma de Burkitt representa menos del 1% de los linfomas no-hodgkinianos en adultos. Su presentación es esporádica o asociada a inmunodeficiencia. Se presenta como una masa tumoral en cuello o intraabdominal, y es común la afección a SNC. Muestra una respuesta inicial favorable a la quimioterapia con recaídas frecuentes y una sobrevida a 5 años de 30-40% (con quimioterapia). **Conclusión:** Los linfomas son una causa rara de obstrucción intestinal, pero tiene el mismo cuadro clínico que en los padecimientos más frecuentes.

135 C 208

#### TUMORES DEL CORPÚSCULO CAROTÍDEO

Ferrufino L, Guzmán P, Zavala JC, Tanabe F, González G, Marenco J, Pavón N, Neri A

Hospital Obrero Número 2, Caja Nacional de Salud. Cochabamba-Bolivia

**Objetivos:** Evaluar el estado, repercusión clínica, métodos de diagnóstico, edad y sexo prevalentes, tipo de tratamien-

to, morbilidad postoperatoria. **Material y métodos:** Se trata de un estudio retrospectivo de pacientes operados en el Servicio de Cirugía del Hospital Obrero No. 2 de la CNS Cochabamba-Bolivia por tumor de cuerpo carotídeo en los últimos 12 años de 1988 a 2000. Fueron estudiados 15 pacientes, que fueron evaluados clínicamente con estudios complementarios como eco Doppler a color, TAC, angiografía. La evolución y seguimiento se realizó por consulta externa con particular atención en los déficits neurológicos. **Resultados:** Se encontraron 15 pacientes con diagnóstico de tumor de corpúsculo carotídeo de una revisión de 45,459 historias clínicas, constituyendo el 3.29 x 100,000 pacientes. Diez pacientes presentaban tumefacción cervical asintomática y cinco sintomática. El eco Doppler a color como apoyo diagnóstico se realizó en 10 pacientes y la arteriografía en 9 pacientes. Todos los pacientes fueron reseados quirúrgicamente, sin mortalidad operatoria. Se confirmó histológicamente todos los casos y el seguimiento postoperatorio fue de 1 mes a 5 años. **Conclusiones:** Los tumores del corpúsculo carotídeo, son relativamente raros. Su presentación clínica más frecuente fue como masa cervical asintomática, de evolución lenta. La realización del eco Doppler a color del tumor y la angiografía de los vasos carotídeos son indispensables en la evaluación preoperatoria de estos tumores. La resección quirúrgica y exéresis es la mejor opción terapéutica.

136 C 209

#### CÁNCER DE COLON METACRÓNICO CON APENDICITIS COMO CUADRO INICIAL

Solórzano Trelles Fernando, Palomo Monroy Víctor, Guerrero Rivas Aarón, Salas Garza Antonio, Rascon Ortiz Pablo, Marquina Ramírez Manuel, Vivas Montoya José Luis  
Departamento de Cirugía General, Hospital Juárez de México SSA. México, D.F. 2002

**Antecedentes:** El adenocarcinoma es la lesión maligna más frecuente de colon, la frecuencia reportada es mayor en colon izquierdo, sin embargo ha disminuido y aumentado en colon derecho. La clínica del carcinoma colónico por frecuencia es: dolor abdominal, cambios en hábitos intestinales, STDB u obstrucción. **Objetivo:** Presentación de un caso clínico con confirmación histológica. **Descripción del caso:** Paciente femenino de 25 años, sin antecedentes de importancia, la cual 4 días previos a su ingreso es operada por apendicitis, la cual es comprobada histopatológicamente, posteriormente inicia con datos de abdomen agudo, fiebre, vómito e hipotensión asociada a sepsis. **Resultados:** Se interviene quirúrgicamente con hallazgos de: material intestinal libre en cavidad, induración de ciego, estenosis de colon transverso y adenomegalías mesentéricas. Histopatológicamente se diagnostica lesión polipoide tubulovellosa con displasia focal a 0.7 cm de válvula ileocecal y adenocarcinoma moderadamente diferenciado en colon transverso, infiltrante y polipoide con estenosis de 80% y 2 de 40 ganglios linfáticos con metástasis. **Conclusión:** Se consideran a los pólipos adenomatósos lesiones precursoras de cáncer colónico y puede presentarse con adenoma concomitante en el 33% de los casos, esto duplica el riesgo de carcinoma metacrónico. La incidencia de cáncer de colon en pacientes menores de 30 años es de 5 al 10%. Las estenosis en corazón de manzana y lesiones polipoides irregulares son prácticamente diagnósticas. Los estudios ideales para el diagnóstico son el guayaco y la colonoscopia. El marcador

adequado para seguimiento es el antígeno carcinoembrionario. La asociación entre apendicitis y lesiones neoplásicas del ciego no se encuentra establecida.

137 C 212

#### QUISTE GIGANTE DE MESENTERIO RECIDIVANTE

León-Vilchis F, Samaniego AG, Romero-Espinosa J, Romero-Cruz Z, Rincón T, Casaos MH  
Departamento de Cirugía General, Departamento de Patología, Departamento de Imagenología  
Hospital General Dr. Gustavo A Rovirosa Pérez de Villahermosa Tabasco, México

**Objetivo:** Reportar en cartel un caso de esta neoplasia infrecuente, así como aspectos de su diagnóstico y tratamiento. **Introducción:** El quiste de mesenterio se ha reportado en menos de 900 ocasiones en el mundo, el primer reporte se atribuye a Beneviene en 1507, la incidencia varía desde 1 en 27,000 ingresos hasta 1 en 250,000, con mayor frecuencia se manifiestan en la cuarta década de la vida, el lugar de presentación más común es el mesenterio ileal (45%), seguido de epiplón y mesocolon, en un mayor porcentaje son asintomáticos, el manejo es con la resección total por el riesgo de recidiva o transformación maligna. **Caso clínico:** Femenino de 46 años de edad con el antecedente de quiste de mesenterio manejado con aspiración simple 3 años antes a su nuevo ingreso, se presenta con cuadro de 6 meses de evolución con percepción de tumor en mesogastro, de crecimiento paulatino, superficie regular, móvil, no pulsátil, levemente dolorosa a la presión media sin irradiaciones, se sospecha el diagnóstico con estudios de imagen, se realiza punción de la misma encontrando elevación de la amilasa, los resultados de exámenes sanguíneos en parámetros normales, se realizó la resección quirúrgica confirmándose el diagnóstico por histopatología, la evolución postquirúrgica fue satisfactoria. **Conclusión:** Estos tumores son raros, con frecuencia asintomáticos, se diagnostican con la exploración clínica y estudios de gabinete principalmente, y su manejo es la resección completa.

138 C 213

#### LEIOMIOSARCOMA DE YEYUNO: PRESENTACIÓN DE CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA

Pérez García Roberto, Guerrero Rivas Aarón, Solórzano Trelles Fernando A  
Departamento de Cirugía General. Hospital Juárez de México D.F. 2002

**Antecedentes:** Los sarcomas del estroma gastrointestinal son un grupo raro de tumores malignos del tracto digestivo pero alcanzan una mortalidad hasta del 42-80%. Éstos representan alrededor del 9% de todos los tumores y el 11% de los tumores malignos del intestino delgado. Se dividen en tres grupos: 1) Con diferenciación bien definida (leiomiomas, schwannomas), 2) Con pobre diferenciación sin malignidad o indeterminados, 3) Con malignidad, denominados sarcomas del estroma gastrointestinal (GIST). **Objetivo:** Mostrar nuestra experiencia de un caso **Descripción del caso:** Paciente femenina de 37 años con un padecimiento de 3 años, caracterizado por evacuaciones melénicas, astenia y adinamia, con presentaciones intermitentes, requiriendo hemotransfusiones, se estudia con endoscopias, rectosigmoidoscopias y colon en enema, resultando angiodisplasia

de colon transverso, ésta se electrofulgura, resolviéndola pero sin presentar cambios en la sintomatología. Un mes después presenta choque hipovolémico grado I, por HTDA, se realiza endoscopia no concluyente, y gammagrafía reportando captación en ligamento falciforme, con una banda horizontal en mesogastrio, sugiriendo divertículo de Meckel. **Resultados:** Se interviene quirúrgicamente, encontrando lesión tumoral en yeyuno a 170 cm del ligamento de Treitz, hiperémica y pediculada, de aprox. 5 x 5 x 4 cm, resecando 5 cm a cada lado, con entero-entero anastomosis término-terminal. El reporte histopatológico revela tumor de estroma gastrointestinal maligno con diferenciación hacia músculo liso. **Conclusión:** La mayoría de los gistogramas provienen de músculo liso intestinal, la distribución es uniforme en el intestino delgado. Éstos se desarrollan como lesiones intraluminales, serosas o anulares, el síntoma más frecuente es la melena recidivante. Uno de sus diagnósticos diferenciales es el divertículo de Meckel.

139 C 214

#### **PARAGANGLIOMA DE HILIO RENAL. REPORTE DE UN CASO**

Zertuche TH, Durán VP, Lerma Cerda LJ

Masculino de 16 años sin antecedentes de importancia para su padecimiento actual, un año de evolución con cefalea, náuseas, palpitaciones, diaforesis, la sintomatología se exacerba en marzo del 2002, se le detecta hipertensión arterial con cifras de hasta 130-220, por lo que es referido ese mismo mes a servicio de cardiología, el cual le inicia tratamiento con inhibidores de la ECA, presentando mejoría en cuanto a la sintomatología y cifras tensionales, se realiza eco abdominal marzo 2002, el cual reporta masa tumoral dependiente de hilio renal. TAC abdominal marzo 2002 masa tumoral 6 x 5 cm dependiente de hilio renal derecho, angiografía reporta tumor retroperitoneal, el cual con compresión parcial de la vena cava. Se ingresa para cirugía el día 23 de abril 2002, programado para resección de tumor renal. En el preoperatorio, fue manejado por la UCI por presentar crisis hipertensiva, la cual requirió de tratamiento con infusión de nitroprusiato, pues presentaba cifras tensionales de hasta 130-200. Se efectuó nefrectomía y resección de tumor el día 24 de abril 2002, durante la cual de manera incidental se lesionó la vena cava, la cual se reparó sin complicaciones. Dx histopatológico: Tumor de hilio renal de 7 cm encapsulado con cambios, compatible con paragangliomas y atipias nucleares. Riñón con cambios de hidronefrosis (atrofia del parénquima, probables cambios con pielonefritis crónica). El paciente con buena evolución postoperatoria. Ya sin crisis hipertensivas a pesar de no tomar ningún tratamiento antihipertensivo.

140 C 215

#### **CONTROL DE SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO POR VÁRICES ESOFÁGICAS CON TÉCNICA SUGIURA FUTAGAWA**

Guerrero Rivas Aarón, Solórzano Trelles Fernando, Pérez García Roberto  
Departamento de Cirugía General. Hospital Juárez de México. D.F. 2002

**Antecedentes:** Las várices esofágicas (VE) se encuentran en el 30% de los pacientes con cirrosis hepática. De éstos el

30% desarrolla hemorragia en los 2 años postdiagnóstico. Las VE se encuentran cuando el gradiente de presión entre porta y cava excede los 12 mmHg. La tasa de mortalidad asociada a hemorragias es de 20-50%, y más del 60% de los pacientes mueren dentro de los 5 años siguientes sin tratamiento quirúrgico. **Objetivo:** Mostrar nuestra experiencia de un caso. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 50 años de edad, con alcoholismo intenso crónico desde los 20 años de edad. Su padecimiento se remonta a hace 1 año con pirosis posterior a ingesta de irritantes, con hematemesis en 9 ocasiones y 3 internamientos por choque hipovolémico, acompañados de melena, presenta insuficiencia hepática Child C, el último ingreso con misma presentación, se realiza panendoscopia encontrando várices esofágicas grado V de Dagradi y gastropatía congestiva leve, en un mes se realizan cinco sesiones de escleroterapia sin respuesta. Se decide su intervención quirúrgica. **Resultados:** Se realiza Sugiura Futagawa tiempo abdominal modificada con vagotomía supraselectiva sin piloroplastia, cinco meses después se realiza Sugiura tiempo torácico modificado con cerclaje de mucosa, el paciente evoluciona satisfactoriamente y es dado de alta sin sangrado hasta el momento. **Conclusión:** El Sugiura, descrito en 1973 consta de abordaje abdominal en donde se realiza esplenectomía, desvascularización de la curvatura mayor del estómago, vagotomía y piloroplastia, y el torácico, realizando desvascularización y transección esofágica a 6 cm de UEG, las modificaciones realizadas, ya han sido descritas previamente.

141 C 216

#### **MÚLTIPLES PERFORACIONES INTESTINALES COMO PRESENTACIÓN INICIAL EN EL CUCI DE RÁPIDA EVOLUCIÓN**

Guerrero Rivas Aarón, Solórzano Trelles Fernando, Rascón Ortiz Pablo  
Departamento de Cirugía General, Hospital Juárez de México S.S.A. México, D.F. 2002

**Antecedentes:** El término enfermedad inflamatoria intestinal (EII), agrupa a dos padecimientos generalmente de evolución crónica, etiología desconocida y progresión variable: la colitis ulcerativa inespecífica y la enfermedad de Crohn.

**Objetivo:** Presentar el caso de una paciente con EII severa de rápida progresión. **Descripción del caso:** Femenina de 38 años, sin antecedentes, con padecimiento de un mes de evolución caracterizado por hematoquezia, y evacuaciones disminuidas de consistencia que ingresa con dolor abdominal, cólico, de localización difusa, ataque al estado general, astenia y adinamia. Se realiza colonoscopia reportando patrón vascular alterado de colon transverso, descendente y sigmoideas, lesiones de aspecto pseudopolipoide, afectando toda la circunferencia de la pared y proctitis crónica intensa ulcerada. La TAC muestra engrosamiento de pared de colon ascendente y ciego. **Resultados:** Es sometida a laparotomía de urgencia por choque hipovolémico, realizando colectomía total por infiltrado hemorrágico y múltiples perforaciones de predominio en colon transverso y ciego. Histopatológicamente con colitis ulcerosa crónica idiopática, activa perforada, con pseudopolípos de regeneración sin displasia en colon ascendente, transverso y ciego, con hiperplasia mixta en ganglio linfático. **Conclusión:** La EII presenta complicaciones locales y sistémicas a largo plazo o incluso debutar con alguna de las mismas. El manejo quirúrgico es requerido hasta en el 25% de los casos. La mortalidad por

perforación o dilatación tóxica del colon es superior al 30%, por lo que es indispensable la cirugía oportuna en los casos indicados. Sólo un 15% de los casos presenta una evolución fulminante como en este caso.

142 C 217

#### **HERNIA LUMBAR PRIMARIA. REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

Pelayo Pelayo Gerardo de Jesús, León Garnica Gustavo Hospital Regional de Tepatitlán, Jalisco, SSJ

Desde su descripción por primera vez por Gyrnfeltt en 1866, se han reportado 120 casos de hernia lumbar en sus diferentes variantes según una revisión del Medline. Nuestro objetivo es presentar un caso de ésta poco común enfermedad y analizar la literatura en busca de las variantes etiológicas y de manejo. Presentamos el caso de una mujer de 68 años, sin antecedentes traumáticos, infecciosos o quirúrgicos, con una hernia lumbar superior primaria, la cual se presentó con un cuadro de 6 meses de evolución con dolor en hipocondrio y fosa renal derechas, acompañado de masa en región lumbar superior dolorosa, reductible a la presión, en la cual efectuamos diagnóstico clínico y decidimos corroborar con tomografía computada, posteriormente sometiéndola a cirugía abierta bajo anestesia mixta con bloqueo peridural y general inhalada, en posición decúbito lateral izquierdo, con hallazgos de saco herniario de 8 x 3 cm, con contenido grasa perirenal a través de un defecto de 2 cm de diámetro y con pared muy flácida, el cual se trató con cono de polipropileno y parche intrafascial del mismo material. Sólo llevamos un seguimiento de 4 meses, sin embargo la paciente se encuentra asintomática, realizando su actividad normal y sin recidiva. Consideramos se aplicó una adecuada alternativa aún cuando pareciera excesivo el uso de material protésico.

143 C 218

#### **HERNIA PARAESOFÁGICA**

Domínguez Alfredo, Romero César, López Guillermo, Paipilla Omar, Contreras Francisco Hospital General de Tijuana

Nombre: R.P. Sexo: Masculino. Edad 60 años. Lugar de residencia: Tijuana, BC. Motivo de consulta: Taquicardia al momento de ingerir alimentos opíparamente y ocasionalmente se asocia dolor precordial tipo pungitivo, referido a miembro torácico izquierdo, no disneizante ni incapacitante, de un año de evolución. Se asocia disnea de medianos esfuerzos dos semanas previas a consulta con facultativo. AHF: Sin importancia para el padecimiento. APNP: Tabaquismo ocasional, etilismo fin de semana, sin llegar a la embriaguez. APP: Apendicectomía. Fracturas costales secundarias a caída de caballo, no recuerda la edad. EF: Se trata de paciente masculino de edad aparente similar a la cronológica, con los siguientes signos vitales TA: 140/70 mmHg, FC: 78x, FR: 16x, T: 36.7. Consciente, buena coloración de piel y tegumentos, mucosas en reg. edo. de hidratación. Tórax normolíneo movimientos de amplexación y amplexión normales hipoventilación basal izquierda. Ruidos cardiacorritmicos de buen tono e intensidad sin agregados. Abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, peristasis presente, no megalías, no datos de irritación peritoneal, genitales de acuerdo a edad y sexo, tacto rectal diferido. Extremidades pulsos simétricos, adecuado llenado capilar, no edema, ROTs eurrefléxicos.

Laboratorio BH: Eritros: 5.9, Hb: 17.1, Hcto: 47.6%, MCV: 80.6, MHC: 28.9, Leucos: 6,930, TP: 13.2/12.0, TPT: 32.2/30 seg, glucosa 106, urea 44, BUN 20.6, Cr 1.0, Ac. úrico 6.6, colesterol 198, triglicéridos 93, Prot. total 6.0, albúmina 3.8, globulina 2.2, A/G 1.7, BT 1.0, BI 0.8, TGO 15, TGP 19, FA 105, LDH 131, Na 143, K 4.3. Cl 109.

144 C 219

#### **USO DE SELLANTES DE FIBRINA EN FÍSTULAS ANORECTALES COMPLEJAS. REPORTE DE DOS CASOS**

Quijano OF, Martínez MA, Padilla LR Departamento de Cirugía, Hospital ABC, México, D.F

**Introducción:** Las fistulas anorrectales que involucran a ambos esfínteres, requieren de fistulotomía en dos etapas con aplicación de seton para disminuir el riesgo de incontinencia, sin embargo, requiere tratamiento prolongado y produce muchas molestias al paciente. El uso de sellantes de fibrina ha demostrado ser de gran utilidad para impermeabilizar trayectos instantáneamente y acelerar la cicatrización de tejidos, por lo que ha sido propuesto para acortar el tiempo de duración del seton sin afectar su efectividad. **Técnica:** Se realizó en dos pacientes con fistulas trans-esfintéricas altas, en un primer tiempo drenaje y desbridación del trayecto fistuloso respetándose al esfínter externo, se colocó un anillo de sonda Nélaton 8 Fr a manera de seton. Se reintervino a los pacientes 2 semanas después, al tiempo que se desbridó nuevamente el trayecto y se cerró el orificio en la mucosa rectal y el trayecto fue sellado en su totalidad con 1 cc de fibrina (Tissucol®) con baja concentración de trombina (4 U). En ambas ocasiones los pacientes se manejaron como ambulatorios. No se presentaron complicaciones ni recidivas en estos pacientes a un año y 6 meses de seguimiento. **Conclusión:** Éste es un reporte inicial, pero se confirma la efectividad en el uso de adhesivos de fibrina para facilitar el tratamiento de fistulas anorrectales complejas.

145 C 220

#### **MELANOMA DE VULVA. REPORTE DE UN CASO**

Ramírez BM, Robles AJ, Alonso RJ Albores ZO HCSAE Pemex

**Antecedentes:** El cáncer de vulva representa el 5% de las neoplasias del aparato genital femenino, siendo su presentación en el 70% de los casos en los labios, de predominio en el mayor, teniendo como tratamiento de elección la vulvectomía radical, comparándola últimamente con la hemivulvectomía. La estirpe histológica en la mayoría de los casos es un Ca epidermoide, pero el melanoma es el segundo cáncer invasivo más frecuente en la vulva. **Objetivo:** Presentar un caso de melanoma de vulva. **Descripción del caso:** Femenino de 36a de edad, toxicomanías negadas, M12a, ciclos 28 x 5, IVSA 16a, MPF OTB, G2P2, DOC (-), Qx plastía inguinal der. en la niñez y OTB. Inicia en noviembre del 2001 al presentar un nódulo en labio mayor izq., de aprox. 1 cm de diámetro, la paciente se presentaba asintomática, sin adenomegalias, pero con crecimiento paulatino del nódulo, hasta llegar casi a los 2 cm, por lo que acude a médico que realiza Bx excisional el 25-04-02 con reporte de melanoma nodular Niv V Clark, se realizan estudios de extensión reportando Rx de tórax normal, TAC y RMN abdominal normal, RMN pélvica con reporte con imagen homogénea iso intensa en la pared lat izq. de la vagina, de aprox. 2.5 cm de diámetro, que corresponde a

lesión residual, laboratoriales dentro de parámetros normales. Se envía a tercer nivel para su manejo, realizando hemivulvectomía izq. con linfadenectomía homolateral, sin incidentes, permaneciendo la paciente estable en el postoperatorio inmediato y mediato. **Conclusiones:** El melanoma de vulva es el segundo cáncer invasor, después del epidermoide, está lesión probablemente surge de un nevo de transición o compuesto a medida que el melanoma se extiende en profundidad, el pronóstico empeora notablemente, asociándose el Niv V de Clark al 23% de sobrevida a 10 años. La literatura refiere que la resección local amplia o la hemivulvectomía proporcionan los mismos resultados en tumores TI, TII que la vulvectomía radical clásica.

**Palabras clave:** Melanoma, vulvectomía, hemivulvectomía.

146 C 221

#### METÁSTASIS CEREBRAL EN CÁNCER COLORRECTAL. INFORME DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Aguilar Melchor JM, Ruiz Molina JM

Instituto Nacional de Cancerología, Departamento de Cirugía Gastrointestinal

Las metástasis cerebrales únicas por cáncer colorrectal son raras. El hígado es la localización principal de metástasis hematogénas seguido por el pulmón. En alrededor del 40% de los estudios de autopsias, el hígado es la única localización metastásica. Solamente al tiempo del diagnóstico el 2-3% pueden presentarse con metástasis cerebrales y otro 10% de los pacientes pueden desarrollar metástasis cerebrales durante el curso de su enfermedad. Femenino de 44 años de edad con historia de 8 meses con sensación de distensión abdominal, dificultad para evacuar y canalizar gases. La colonoscopia reporta tumor a los 20 cm del margen anal en el inicio del sigma que estenosa su luz en un 80%. La biopsia reporta adenocarcinoma moderadamente diferenciado invasor. Estudios de extensión, ACE 49.8, TAC muestra lesión a nivel de sigma sin involucro de la grasa del mesocolon. Se realiza resección de sigma, colostomía y procedimiento de Hartman además de resección de 10 cm de íleon con entero entero anastomosis por encontrarse adherido al tumor. Se realiza resección RO. Los hallazgos microscópicos fueron: Adenocarcinoma moderadamente diferenciado, ulcerado que infiltra hasta tejido adiposo pericolónico con inflamación de serosa de íleon. Recibió adyuvancia a base de 5FU y Leucovorin 4 ciclos, al término de la QT mantiene el ACE en límites normales, posteriormente al año de seguimiento presenta síndrome cerebeloso, cefalea náuseas y vómitos. Se realiza TAC de cráneo observándose lesión de tipo metastásico de 3 x 2 x 4 cm en vermis dorsal y compresión de cuarto ventrículo e hidrocefalia severa aguda. ACE de 784 ng. Se realiza colocación de válvula de derivación ventrículo peritoneal y posteriormente RT a cráneo total 30 Gy en 10 fracciones. **Conclusión:** Las metástasis cerebrales por cáncer colorrectal como sitio único de metástasis es poco frecuente. Estos pacientes se ven beneficiados con tratamiento quirúrgico o RT a cráneo con mejoría en la sobrevida, observando peor pronóstico en lesiones suprasensoriales y con enfermedad metastásica en otros sitios.

147 C 222

#### METÁSTASIS DE CÁNCER DE MAMA EN CÉRVIX. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Gharzouzi Basila EN, Aguilar Melchor JM, Bargallo Rocha JE, González Enciso A

Instituto Nacional de Cancerología, Departamento de Ginecología Oncológica

Femenina de 49 años de edad conocida por primera vez en esta Institución el día 21-05-96, con antecedentes de mastectomía radical modificada tipo Patey izquierda, un año previo a la consulta con reporte histopatológico de carcinoma lobulillar infiltrante, permeación vascular y linfática, bordes positivos y metástasis a 8/8 ganglios linfáticos resecados. Rehusa ha tratamiento adyuvante y en esta ocasión acude por presentar induración en mama contralateral. Al examen físico presenta ausencia quirúrgica de mama izquierda, cutanides de 0.5 mm en la periferia de la cicatriz, mama derecha ocupada por masa de 10 cm y adenopatía de 2 x 1 cm móvil. Se realiza Bx de cutanides y lesión de mama derecha reportándose Ca. lobulillar infiltrante. Recibió 6 ciclos de QT a base de CISCA y RT 45 Gy a ambas mamas con respuesta parcial. Se realiza mastectomía radical modificada tipo Patey derecha, reportándose en estudio histopatológico sin tumor residual y 26 ganglios resecados negativos. Continúa seguimiento en consulta externa y al tercer año presenta sangrado transvaginal, realizando colposcopia presentando induración cervical con extensión a ambos parametros y tercio inferior de vagina. Se realiza biopsia cervical con reporte de metástasis de Ca. lobulillar metastásico. Considerándose metástasis de primario de mama, recibe 6 ciclos de NVB-adriamicina semanal con respuesta parcial, posteriormente es evaluada y por considerarse hasta el momento irresecable recibe QT/RT, 7 ciclos a base de Platinato -NVB y RT a pelvis 50Gy con respuesta clínica completa. Finalmente se realiza hysterectomy extrafacial complementaria. Actualmente la paciente se encuentra en vigilancia sin evidencia de enfermedad metastásica en otros sitios.

148 C 223

#### PRESENTACIÓN DE UN CASO DE VÓLVULO GÁSTRICO

Romero Xochicale Armando, Barrón Soto Mauricio

HEE CMN. MAC IMSS. Puebla, Puebla

Se trata de mujer de 82 años de edad. Antecedentes de importancia DM tipo 2 de 5 años de evolución, hipertensión arterial sistémica de 5 años de evolución con manejo actual, secuelas de enfermedad vascular cerebral de 5 años, niega quirúrgicos, inicio de padecimiento hace 1 año con dolor tipo cólico intermitente, intensidad leve a nivel abdominal no localizado de predominio postprandial mediato, aumenta tras ingesta de alimentos cediendo en forma espontánea, agregándose pérdida de peso aproximadamente 10 kg, distensión abdominal, náuseas, vómito, fue ingresada a su HGZ de Tehuacán donde se le realizó SEGD con reporte de estómago retenciónista y nulo pase del medio de contraste a duodeno, motivo por el cual es enviada a CMN MAC al momento de su ingreso se coloca SNG sólo drena aire, con distensión abdominal, timpanismo, red venosa colateral, sus laboratorios hemoglobina de 11 g/dl, hematocrito de 48.0%, leucocitos 6.1 miles/ul, bandas 2%, plaquetas 282,000, tiempo de protrombina 16.0 seg = 67.7%, glucosa de 87.0 mg/dl, urea de 15.0 mg/dl, creatinina 0.6mg/dl, electrolitos séricos, cloro 99.0 mmol/l, potasio 3.5 mmol/l, sodio 135.0 mmol/l, SEGD confirma el diagnóstico de vólvulo gástrico, por lo que se somete a cirugía por vía laparoscópica, encontrando adherencias, que dificultan dicho procedimiento convir-

tiendo a abierta encontrando vólvulo gástrico mesenterioaxial con brida fijando píloro a hiato esofágico de 2 cm de longitud, se corta la brida y se realiza gastropexia con 3 puntos, fijando cara anterior hacia pared con prolene 1-0, la paciente fue egresada del hospital 6 días después del postoperatorio con buena evolución al mismo, tolerando la vía oral adecuadamente.

149 C 224

#### **QUISTE TIROGLOSO: EXPERIENCIA DE 13 AÑOS EN EL HOSPITAL ABC**

Drs. Félix TJA, Stoopen ME, Asz SJ, Vega BM, Guzmán NL  
American British Cowdray, Medical Center. México, D.F

Los quistes del canal tirogloso, constituyen la mayoría de las anomalías congénitas del cuello, ocurren en cualquier sitio del trayecto de emigración de la glándula tiroideas y se presentan clínicamente como una masa suprahioidea indolora, ubicada sobre la línea cervical anterior. **Objetivo:** Conocer la presentación clínica, epidemiológica y manejo del paciente con quiste tirogloso en el Hospital ABC. **Métodos:** Se revisaron los expedientes del American British Cowdray, Medical Center, desde el día 1 de enero de 1988 al 31 de diciembre del 2000, de los pacientes que ingresaron con diagnóstico de quiste tirogloso, con un seguimiento de 2 años. Se excluyeron los pacientes en los que el diagnóstico postoperatorio (macroscópico o histopatológico) no fuera quiste tirogloso.

**Resultados:** Se operaron 54 pacientes, 25 mujeres y 29 hombres. La edad máxima de diagnóstico fue de 72 años y la mínima de 2 años. Predominó el grupo de 5 a 10 años de edad, el tiempo promedio de evolución entre el diagnóstico y el tratamiento fue de 2 meses. Se observaron 5 pacientes con fistula y 4 con quiste abscedado. El diagnóstico se basó principalmente en los hallazgos clínicos. El procedimiento más utilizado fue la técnica de Sistrunk sin morbilidad, ni mortalidad. No se han reportado recidivas. **Conclusiones:** El quiste tirogloso es la falla de la obliteración del conducto tirogloso. En nuestro hospital fue diagnosticado principalmente de manera clínica, en un 45% de los pacientes se utilizó la técnica de Sistrunk, sin encontrar recidivas. La indicación quirúrgica del quiste tirogloso es el hecho de diagnosticarlo, no es una urgencia quirúrgica.

150 C 225

#### **CORRELACIÓN ENTRE LAS VARIEDADES HISTOPATOLOGICAS Y EL MANEJO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER TIROIDEO**

Hernández GMG, Moyeda BJR, Rodríguez OM  
Hospital Regional ISSSTE, Monterrey NL. México

**Introducción:** El espectro de la agresividad biológica del cáncer de tiroides es extremo y no se compara con el de otro órgano sólido. El diagnóstico clínico correcto, así como el transoperatorio y el histopatológico del cáncer de tiroides es de gran importancia ya que existen diferencias en su diagnóstico y tratamiento. **Objetivos:** Determinar la frecuencia del cáncer de tiroides entre los derechohabientes del Hospital Regional del ISSSTE Monterrey, durante el periodo del 1 de enero de 1999 al 31 de dic. del 2001, así como identificar el tipo histológico más común de cáncer de tiroides y demostrar que la biopsia por aspiración fina es poco utilizada como recurso diagnóstico prequirúrgico en nuestro medio. **Material y métodos:** Para conocer la frecuencia

del cáncer de tiroides entre los derechohabientes del ISSSTE, se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se revisaron todos los expedientes de los enfermos con diagnóstico de nódulo tiroideo y sus resultados histopatológicos, incluyéndose únicamente a los pacientes con diagnóstico de cáncer tiroideo de ambos sexos, mayores de 15 años sometidos a procedimiento quirúrgico con diagnóstico positivo para cáncer tiroideo. Se incluyeron a 8 enfermos, 6 mujeres y 2 hombres con edad media de 38.6. Se les realizó biopsia por aspiración a 2/8, gammagrama a 7/8 se intervinieron quirúrgicamente los 8 mediante tiroidectomía total más radical de cuello a 3/8, tiroidectomía total 2/8, hemitiroidectomía 3/8. **Resultados:** Fueron intervenidos quirúrgicamente con diagnóstico prequirúrgico de nódulo quístico 1 (10%), cáncer tiroideo 6 (80%), quiste tiroideo 1 (10%). En todos se confirmó el diagnóstico de cáncer de tiroides, la variedad histológica fue la siguiente: cáncer papilar 6 (80%), folicular 1 (10%), de cels. de Hurstle 1 (10%). Los métodos diagnósticos utilizados fueron biopsia por aspiración fina 2 (25%), ultrasonido 5 (62.5%), gammagrama: 7 (87.5%), pruebas de función tiroidea 7 (87.5%), biopsia transoperatoria 7 (87.5%). **Conclusiones:** Los pacientes sometidos a cirugía tuvieron una mortalidad nula. Se concluye que el procedimiento de elección es la tiroidectomía total, lo que va en acuerdo con los estándares internacionales sobre el manejo de este padecimiento.

151 C 226

#### **APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA. TÉCNICA CLÁSICA**

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

**Introducción:** El abordaje del paciente con dolor abdominal es de gran importancia, la apendicitis aguda es un padecimiento considerado como de fácil diagnóstico y tratamiento, sin embargo es difícil de diagnosticar y tiene mortalidad sobre todo en niños y ancianos mayores de setenta años. La técnica tradicional: es muy buena, menos morbilidad con la experiencia habitual, (menor riesgo de verter el contenido del apéndice), un cirujano con habilidad, incisión pequeña, un costo menor y accesibilidad en todos los hospitales. El tratamiento quirúrgico laparoscópico: ¿tan seguro como el tradicional?, quizás no en todas las manos y no reproducible ampliamente. Las infecciones postoperatorias son menores. El tiempo quirúrgico es similar en ambos, una vez que se tiene el adiestramiento adecuado. No hay más complicaciones postoperatorias. El costo es mayor en laparoscópica, es segura y eficaz. Tiene las mismas indicaciones y no tiene contraindicaciones, hay menos dolor postoperatorio. Hay menos adherencias postoperatorias. Menos riesgo de oclusión intestinal a futuro. Y quizás cosméticamente es mejor. **Material y métodos:** Se analiza un caso en el que se utiliza una técnica que está al alcance del cirujano general en cualquier parte del país, sin necesidad de bisturí armónico, endoloops o engrapadoras automáticas. Paciente femenina de 17 años de edad que inicia su padecimiento el día 28 de junio del 2002, por la mañana con dolor abdominal en epigastrio que en pocas horas se localiza a fossa 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, rovings, psoas y obturador positivos. Tiene leucocitosis de 16,900 con neutrofilia y sin bandemia. Las placas de abdomen revelan 1 fecalito en área de fossa 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 suprapúblico 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 media justo en el área de fecalito, se diseña, 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 trócar suprapúbico sin que haya contacto con pared abdominal y desecharlo inmediatamente el trócar. 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 nilón 000. Se tiene video para mostrar. **Resultados:** 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. **Conclusiones:** Se describe este caso sólo para comentar algunos aspectos de la appendicectomía tradicional versus appendicectomía laparoscópica. En 1983 Kurt Semm describió la primera appendicectomía por laparoscopia, desde entonces su desarrollo ha sido gradual pero más bien lento y no ha incursionado ampliamente en el campo del cirujano como la colectectomía e incluso la funduplicatura. Se describe y se muestra video con el abordaje por laparoscopia, pero con los mismos pasos técnicos que siempre se han utilizado en cirugía abierta, con sutura y ligadura de mesoapéndice y de la base apendicular, aspiración y lavado peritoneal, y drenaje. Una vez entrenado, la técnica está al alcance del cirujano general.

152 C 227

#### **ENFERMEDAD POLIQUÍSTICA AUTOSÓMICA DOMINANTE CON AFECTACIÓN ABDOMINAL, PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

Alfaro MCG, González ML, Edgardo Argüelles E, Menéndez AR, Palacios RJA  
Hospital General "Manuel Gea González"

Se presentó una paciente, femenina de 50 años a la consulta externa del servicio de cirugía general para ser valorada por dolor abdominal crónico, la paciente sin antecedentes de importancia: casada, católica y comerciante. Presenta dolor de intensidad moderada cólico, localizado en epigastrio sin otros acompañantes o exacerbantes, a la exploración física se encontró paciente con signos vitales normales, no ictericia en escleras, con cardiorrespiratorio sin alteraciones, presentando en abdomen gran masa abdominal palpable que rebasa en líneas convencionales 7-10-12, ligeramente dolorosa consistencia dura, móvil, resto de la exploración abdominal sin alteraciones. En estudio laboratoriales: biometría hemática, química sanguínea, pruebas de función hepática, pruebas de función renal, tiempo de coagulación en límites normales. El estudio tomográfico, se observó múltiples quistes hepáticos, renales gigantes que involucran casi toda la glándula hepática y el parénquima renal. La enfermedad poliquística presenta una forma autosómica dominante que afecta 500,000 personas en E.E.U.U. el más común ligado al cromosoma 16, las manifestaciones raramente aparecen antes de los 25 años, las manifestaciones renales van a relación cuando los riñones son palpa-

bles y presenta dolor sordo, inespecíficos, aunque la hematuria y el dolor son las más frecuentes manifestaciones, la insuficiencia renal se presenta en 25% de los casos a los 25 años. Las manifestaciones extra renales apoyan el diagnóstico de enfermedad poliquística autosómica dominante sobre todo hepática. Los genes permiten ahora identificar a los portadores pre sintomáticos, el tratamiento se lleva a tratar la hipertensión, evitar las complicaciones como infecciones renales y manejo sintomático hasta que los pacientes llegan a la falla renal que amerita trasplante o diálisis peritoneal, sino hay manifestaciones el manejo se lleva por consejo genético únicamente.

153 C 228

#### **CISTOADENOCARCINOMA MUCINOSO DE APÉNDICE, PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA**

Hernández VM, González OME, Salgado CP, Mancilla FCE, Gallardo ORA, Hernández GR  
Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, Ciudad de México. HG. Dr. Belisario Domínguez, ISSSTE, Chiapas

**Antecedentes:** Los tumores del apéndice son poco frecuentes y son diagnosticados hasta en 75% durante la realización de appendicectomía por cuadro clínico de apendicitis aguda. Los tres tipos de neoplasias encontradas son: el carcinoide (frecuencia de 0.5%), el mucocele (0.2%) y adenocarcinoma (0.08%) de todas las appendicectomías realizadas. **Presentación del caso:** Masculino de 42 años de edad, con padecimiento de 4 meses de evolución caracterizado por dolor en fossa iliaca derecha, masa de 10 x 5 cm palpable en cuadrante inferior derecho, náusea y vómito ocasional con reducción de 6 kg de peso. Se realiza colon por enema, USG y TAC abdominal que reportan tumoración extracecal de 12 x 7 cm dependiente del apéndice, urografía excretora normal. Se somete a laparotomía exploradora encontrando tumoración apendicular con aspecto macroscópico de mucocele con base y mesenterio respetados, se realiza appendicectomía simple tipo Halsted. **Resultados:** El paciente evoluciona en forma estable siendo egresado a las 72 h. El estudio histopatológico reporta cistoadenocarcinoma mucinoso de apéndice con base y mesenterio libres de tumor. **Discusión:** El mucocele se produce a consecuencia de uno de tres tipos de proliferación: Hipérplasia mucosa, cistoadenoma mucinoso y cistoadenocarcinoma mucinoso, este último puede penetrar la pared y extenderse fuera del apéndice en forma de implantes peritoneales productores de mucina produciendo la entidad conocida como pseudomixoma peritoneal, que es sólo una forma de diseminación intraperitoneal. **Conclusión:** La appendicectomía simple es el tratamiento adecuado del mucocele, sino existe evidencia de infiltración evitando la perforación para prevenir la aparición de pseudomixoma peritoneal por implantación.

154 C 229

#### **REPARACIÓN DE HERNIA INGUINAL BILATERAL GIGANTE CON MATERIAL PROTÉSICO EN PACIENTE PORTADOR DE INSUFICIENCIA RENAL EN PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL**

Sánchez VJ, Olvera EP, Morales E, Flores JL, Gaytán MM  
Servicios de Cirugía General y Departamento de Diálisis. Hospital General de Zona No. 76. Instituto Mexicano del Seguro Social. Xalostoc, Edo. de México

**Antecedentes:** Los defectos de pared abdominal son comunes en los pacientes con intervenciones y reintervenciones por cirugía abdominal debido a colocación y/o re-colocación por disfunción de catéter de Tenckhoff, dichos defectos de pared abdominal en forma progresiva se vuelven incapacitantes debido al aumento de volumen de la pared abdominal o la región inguinal por la aplicación de la solución de diálisis peritoneal, por lo que su reparación es indispensable para mejorar la calidad de vida de los pacientes portadores de estas patologías. **Objetivo:** Evaluar la utilidad de la aplicación de material protésico y las diferentes estrategias quirúrgicas para el manejo de hernias inguinales e incisionales en pacientes portadores de insuficiencia renal con diálisis peritoneal. **Informe del caso:** Paciente masculino de 62 años de edad, con antecedente de hernia inguinal bilateral de 3 años de evolución, portador de insuficiencia renal crónica terminal, en programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA), se llevó a cabo colocación de catéter de Tenckhoff en otra institución 4 meses previos a su ingreso al programa de DPCA del HGZ No. 76, sin manejo para la patología herniaria. A la exploración física se encuentra sin alteraciones cardio-pulmonares, con abdomen globoso por panículo adiposo, presencia de catéter de Tenckhoff disfuncional al retorno, extraído por contrabertura al flanco izquierdo. Se encuentra hernia inguinal bilateral que involucra el escroto, de aproximadamente 20 x 20 cm, irreductible en ambas regiones inguinales. Durante la aplicación de la solución de diálisis peritoneal, dicho defecto aumenta de volumen encontrándose la bolsa escrotal a tensión, produciendo dolor intenso durante el procedimiento dialítico, midiendo aproximadamente 45 cm de diámetro, con extensión prácticamente hasta ambas rótulas. Se llevó a cabo plastía inguinal bilateral mediante abordaje posterior, con hallazgos de saco herniario indirecto de 25 x 25 cm en el lado derecho conteniendo asas de delgado e hidrocele de 7 x 7 cm, saco herniario izquierdo de 22 x 25 cm conteniendo asas de delgado. Se llevó a cabo hidrocelectomía derecha, reducción y resección de sacos herniarios y a través del acceso pre-peritoneal se lleva a cabo permeabilización y colocación del catéter de Tenckhoff al hueco pélvico, reparación del tracto iliopúbico y colocación de material protésico de polipropileno en forma bilateral fijándose mediante grapas de titanio y sutura monofilamento inabsorbible. **Resultados:** Se reparó en forma satisfactoria en un tiempo quirúrgico el doble defecto herniario y la disfunción del catéter de Tenckhoff, reintegrando al paciente a sus actividades habituales con mejora significativa en su calidad de vida. El seguimiento prospectivo del paciente muestra evolución satisfactoria. **Conclusiones:** El abordaje posterior a través de la línea media permite la visualización adecuada de defectos bilaterales en el canal inguinal, así como las estructuras anatómicas involucradas en su manejo, como ligamento de Cooper, tracto iliopúbico y vaina femoral, permitiendo además la evaluación adecuada de los sacos herniarios y la apertura peritoneal en caso de requerirse. Dado el antecedente de los requerimientos de expansión cotidiana de la cavidad abdominal por los procedimientos dialíticos, consideramos conveniente la utilización de material protésico además de la reparación mediante material de sutura del tracto iliopúbico, llevando a cabo una variación de la técnica descrita por Nyhus con relación al manejo de las hernias de tipo IIIB, presentes en este caso, de acuerdo a la clasificación descrita por el mismo autor. Hasta el momento, la evolución postquirúrgica es satisfactoria.

155 C 230

#### HIDROCOLECISTO GIGANTE. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Zamora LJA, Hernández LA, Gómez VR, Escamilla OA  
Servicio de Cirugía General. Hospital General Tacuba. ISSSTE

**Antecedentes:** La litiasis vesicular es una de las entidades más frecuentes en nuestro medio. En las ocasiones en que se presenta con datos de obstrucción del conducto cístico se presenta la acumulación de bilis y secreción de moco por la vesícula, formando un hidrocolesto en el cual se presenta proliferación bacteriana pudiendo formarse un piocolcisto. **Presentación del caso:** Paciente femenino de 35 años quien se presenta de la consulta externa con diagnóstico de litiasis vesicular y programada para colecistectomía convencional. Durante el transoperatorio se encuentra vesícula de 22 x 8 x 6 cm, con hidrocolesto a tensión de 600 ml y con paredes engrosadas, lito impactado en el cístico, cístico de 3 mm, colédoco de 6 mm. Evolución postoperatoria satisfactoria. El estudio de patología confirma la inflamación crónica y 126 litos. El cultivo positivo a *E. coli* y *Proteus*. **Discusión:** La vesícula biliar tiene una capacidad de 30 a 50 ml en condiciones fisiológicas y con una capacidad de distensibilidad y compliance restringidas. En la obstrucción del cístico por litos o inflamación se presenta engrosamiento y distensión vesicular la cual la mayor parte de las veces evoluciona hacia piocolcisto y hasta perforación. El manejo es la colecistectomía y en ocasiones la exploración de la vía biliar, además de antibióticos.

156 C 231

#### ENFISEMA MASIVO POSTCPRE. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Ramírez CG, Zamora LJA, Gómez VR  
Servicio de Cirugía General. Hospital General Tacuba. ISSSTE

**Antecedentes:** La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es un procedimiento invasivo de mucha utilidad en enfermedades biliopancreáticas. Sin embargo, presenta complicaciones inherentes a la realización del mismo, como la perforación duodenal la cual puede ser inadvertida durante el procedimiento presentándose posteriormente. **Presentación del caso:** Femenino 29 años ingresa con diagnóstico de colelitiasis e ictericia, el US confirma litiasis vesicular y colédoco dilatado, se realiza CPRE logrando extraer lito único de 5 mm con evolución satisfactoria. Dos días después, presenta enfisema subcutáneo en cuello, tórax y extremidades inferiores. Se realiza colecistectomía abierta con exploración de vías biliares encontrando perforación de 5 mm en 2<sup>a</sup> porción del duodeno y absceso contenido, se realiza exclusión pilórica y colecistectomía con EVB y colocación de drenajes. El postoperatorio es satisfactorio, egresándose 45 días después con ingesta de vía oral y colangiografía transonda satisfactoria. **Discusión:** La CPRE es un método de extracción de litos de la vía biliar, sin embargo no es inocuo, ya que en porcentajes significativos (5%) presenta complicaciones. La perforación duodenal postCPRE generalmente se presenta con dolor abdominal, disfagia y raramente con enfisema subcutáneo. El manejo de las lesiones del duodeno es proporcional a la magnitud de la lesión. La CPRE debe realizarse por manos expertas y en función proporcional a la curva de aprendizaje para evitar complicaciones.

157 C 232

**OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR DIVERTÍCULO DE MECKEL EN ADULTOS**

Zamora LJA, Ramírez CG, Gómez VR

Servicio de Cirugía General. Hospital General Tacuba. ISSSTE

**Antecedentes:** El divertículo de Meckel (DM) puede persistir en la edad adulta como asintomático, el diagnóstico es incidental durante alguna laparotomía por otra causa o bien durante la inflamación o complicación de éste en las que se encuentra la obstrucción intestinal. **Presentación de los casos:** Paciente 1: Masculino 56 años, con dolor abdominal de tipo cólico de localización en fossa iliaca derecha con vómito fecaloide, constipación y obstipación de dos días de evolución con elevación febril, se realiza laparotomía encontrando hernia interna secundaria a DM de 12 cm, con necrosis del asa eferente 20 cm. Se realiza resección intestinal y anastomosis TT. Evolución satisfactoria, alta en 7 días. Paciente 2: Masculino 24 años con dolor abdominal, distensión, constipación, vómito gástrico y febrícula. Se realiza laparotomía encontrado hernia interna no complicada por DM de 5 cm. Se realiza diverticulectomía en cuña sin complicaciones. Evolución satisfactoria, alta en 5 días. **Discusión:** Las causas más frecuentes de obstrucción intestinal en adultos son las adherencias, las hernias y las neoplasias. Se ha descrito la obstrucción por DM en 0.8% en series grandes de pacientes con obstrucción intestinal. El diagnóstico la mayoría de las veces se realiza durante el transoperatorio, aunque se han descrito técnicas más específicas. El manejo puede requerir desde la resección del divertículo hasta la resección intestinal del segmento afectado.

158 C 233

**EVOLUCIÓN DE LA ABDOMINOPLASTÍA EN LA OBESIDAD REFRACTARIA**

Choy-Gómez J, Uribe-Tovar F, Villanueva-Samano C, Pérez-García R

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 paciente 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 abdominoplastía 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 de

10 al 15% de peso con tratamiento médico en el momento previo a la cirugía. Se realiza técnica de abdominoplastía anterior con reimplantación umbilical en forma electiva. **Resultados:** Dentro de las complicaciones 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.

159 C 234

**PROCEDIMIENTO DE ALTEMEIER. PRIMER CASO REPORTADO EN EL ISEM**

Ovando JE, Ramírez OB, Coyoli GO, Gómez CLR, Aguilar SJ, Aznar AJC, Pazarán MCD

Hospital General de Tlalnepantla. ISEM

**Introducción:** En los pacientes con alto riesgo quirúrgico, a quienes conviene evitar una laparotomía, la rectosigmoidectomía perineal y plastía de elevadores del ano, es el procedimiento de elección para el manejo del prolaps rectal completo, considerándose una cirugía relativamente segura en pacientes de edad avanzada. **Resumen:** Se presenta el caso de paciente femenino de 71 años, exp: 331968, con antecedente de exposición a humo de leña desde la infancia, prolaps rectal de 18 años de evolución intermitente, desde hace 2 años con cada evacuación, y desde hace 1 año incontinencia fecal. Valoración cardiológica con neumopatía obstructiva, aortoesclerosis e insuficiencia venosa periférica, ASA III. Se ingresa para preparación de colon y se programa para procedimiento de Altemeier, el cual se realiza sin complicaciones. Se inicia dieta al cuarto día, manejándose con doble esquema de antibióticos, analgésico y bloqueador H2. Se egresa al 5º día por mejoría. **Comentario:** El procedimiento de Altemeier, es una técnica segura y puede realizarse en un hospital de segundo nivel.

160 C 235

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

Rodríguez-Paz CA, Carreón BRM

Hospital Rural 41 Cerritos, Programa IMSS-Solidaridad, IMSS-San Luis Potosí

Paciente masculino de 7 años, ingreso por dolor abdominal de 12 h de evolución epigástrico de inicio y actual con localización en fossa iliaca derecha, con McBurney, psoas, obturador, Prielasky (+) laboratoriales con 13,200, leucocitos, 3% bandas, HB 9.2. Placas de radiología con opacificación en mesogastro. 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

oxicíticas, 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 Mekel, 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).

161 C 236

#### **QUISTE POSTRAUMÁTICO DE BAZO EN MENOR DE 18 AÑOS**

Carreón BRM, Rodríguez-Paz CA  
Hospital Rural 41 Cerritos, Programa IMSS-Solidaridad, IMSS-San Luis Potosí

Los quistes de bazo se dividen en parasitarios y no parasitarios de estos últimos, 80% corresponden a pseudo quistes postraumáticos, apenas describiéndose 800 casos en la literatura mundial (Surg Today 2001; 31: 262-265). Paciente masculino de 18 años que sufre caída de un árbol en aproximadamente 3 m, se presenta a nuestra unidad por presentar dolor abdominal difuso de 24 h de evolución, sin náusea, ni vómito ni anorexia. A la exploración sin datos de dolor a la palpación superficial o profunda, sin datos de reacción peritoneal, sin peristalsis audible, signos de Kehr, Saegessen y Ballance negativos. Placas de abdomen simples sin datos de fracturas u otros relevantes, lavado peritoneal negativo. Ante la duda se somete por el cirujano a un ultrasonido encontrándose líquido libre en la corredera izquierda sin otra imagen visible. Se hace laparotomía exploradora con sangre oscura en corredera izquierda en 1,000 cc aproximadamente, posterior a la ruptura del quiste tras manipular la masa, con bazo de 10 x 5.5 x 3 cm, con quiste de 8.5 cm de diámetro, se hace esplenectomía más esplenosis. Cursa paciente estable su postoperatorio egresándose a las 72 h y se revisa paciente al año sin entidades agregadas. En el estudio histopatológico se reportó la pared del quiste de 0.5 cm constituida de tejido conjuntivo fibroso denso, poco celular, con zonas de hemorragia antigua con presencia de depósitos de hemosiderina. El revestimiento interior del quiste lo forma una capa de células cúbicas, parecidas a la de los sinusoides. El resto del bazo presenta laceraciones múltiples sin alteraciones relevantes en lo macro o microscópico.

162 C 237

#### **TORSIÓN PRIMARIA DE EPIPLÓN MAYOR, COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO**

Drs. Héctor Rendón Dosal, Luis Manuel García Núñez  
Hospital Central Militar

**Introducción:** La torsión del epiplón mayor es una patología rara que requiere intervención quirúrgica inmediata. Se divi-

de en torsión primaria (sin factores desencadenantes obvios) o secundaria (como resultado de una afección intra-abdominal preexistente). Es usualmente observada entre la cuarta y quinta década de la vida y predomina en varones. El diagnóstico preoperatorio es muy difícil y es común la confusión con el cuadro clínico de la apendicitis o colecistitis aguda. Tres cuartas partes de los pacientes reciben tratamiento quirúrgico con el diagnóstico preoperatorio de apendicitis aguda. Debido a que se trata de una patología quirúrgica aguda, la torsión primaria del epiplón mayor siempre se diagnostica transoperatoriamente. Cuando se observa epiplón torcido, no debe destorcerse manualmente debido al riesgo de trombosis y de la subsecuente necrosis hemorrágica. Debe de practicarse una omentectomía regular, intervención que usualmente es suficiente. **Reporte del caso:** Se trata de paciente masculino de 44 años de edad, sin antecedentes de importancia para su padecimiento actual, que ingresó por presentar cuadro clínico de 5 días de evolución, caracterizado por dolor abdominal de tipo cólico atípico ubicado en hipocondrio derecho abdominal, acompañado de náuseas y vómito de contenido gástrico en una ocasión, manejado extrahospitalariamente de forma conservadora con hidratación parenteral y antiespasmódicos bajo el diagnóstico presuntivo de trastorno funcional del colon. Ante la falta de respuesta al mismo, el paciente se refirió a nuestro nosocomio para estudio integral. A su llegada al servicio de urgencias, se observó al paciente levemente pálido, con mucosa oral moderadamente deshidratada, incremento en la frecuencia ventilatoria y disminución en la profundidad de ventilación. El abdomen se encontró plano, con resistencia muscular refleja predominantemente hacia hemiabdomen superior. Se encontró signo de Murphy. Los ruidos intestinales aparecieron disminuidos en frecuencia e intensidad. Las maniobras de rebote en hemiabdomen inferior demostraron irritación peritoneal hacia la parte alta del abdomen. El resto de la exploración física no arrojó ningún dato de interés. Los estudios de laboratorio mostraron únicamente leucocitosis de 14,000/mmc. La radiología torácica y abdominal no mostró datos característicos. El estudio ultrasonográfico de hígado y vías biliares reportó engrosamiento de la pared vesicular de 4 mm y ausencia de litos. Se decidió llevar al paciente a intervención quirúrgica con el diagnóstico de abdomen agudo secundario a colecistitis aguda alitiásica. A la sección del peritoneo, se encontró fluido serohemorrágico y plastrón inflamatorio por torsión del epiplón mayor, ubicado en cuadrante superior derecho del abdomen. Se exteriorizó el epiplón encontrando rotación dextrogira, signos de necrosis grasa, disminución de la temperatura y trombosis de los trayectos vasculares arteriales y venosos, por lo cual se decidió la omentectomía simple. Se complementó la laparotomía exploradora según protocolo exploratorio de Ellis, sin encontrar otras alteraciones. El reporte histopatológico de la pieza quirúrgica señaló la presencia de necrosis grasa hemorrágica y trombosis, venosa y arterial. El paciente evolucionó con datos de íleo postoperatorio, el cual se resolvió progresivamente con manejo conservador. Presentó sangrado de tubo digestivo alto sin repercusión hemodinámica ni hematológica, manifestado por residuos hemáticos en pozos de café por drenaje nasogástrico, y el cual se evaluó por medio de panendoscopia. El reporte del estudio fue de desgarro de Mallory-Weiss en fase de cicatrización y sin sangrado activo. El paciente egresó al séptimo día en buen estado y con tolerancia plena a la vía oral. **Discusión:** La torsión del epiplón fue descrita por primera vez por Eitel en 1899, y es una entidad rara en la cual su enroscamiento deriva en una necrosis isquémica. Se han re-

portado menos de 100 casos en la literatura. La torsión puede clasificarse en casos primarios y secundarios. La torsión primaria ocurre con más frecuencia en los varones que en las mujeres, con una relación de 2:3 entre los 30 y los 50 años. Debido a su gran peso y soltura, la porción derecha del epiplón mayor con frecuencia es la más involucrada. La torsión secundaria por lo común es el resultado de una adherencia (torsión bipolar) o de una hernia. Algunos factores que precipitan la torsión omental incluyen cambios en la posición corporal, tos, movimientos intestinales hiperperistálticos y ejercicio extenuante. Nihei y col. reportaron una destorsión espontánea que generó hemorragia sin infarto ni trombosis. El epiplón afectado muestra congestión, trombosis y hemorragia. Si no recibe tratamiento, la masa de tejido necrótico puede infectarse o, en forma eventual, convertirse en fuente de adherencias y cicatrización. En general, el paciente se queja de dolor moderado a severo, de inicio agudo, que se localiza en la fossa iliaca derecha. Además, puede tener náuseas y vómitos, junto con algunos grados de temperatura y leucocitosis moderada. El examen revela defensa y sensibilidad. Por lo tanto, puede diagnosticarse en forma errónea una apendicitis aguda. Además de que el cuadro clínico simula otras patologías, los estudios de laboratorio y gabinete usualmente no manifiestan datos característicos. La ultrasonografía puede mostrar una masa compleja y una mezcla de material sólido y zonas hipoeicas localizadas entre el estómago y el colon transverso. El tratamiento de la torsión del epiplón es la completa escisión del epiplón involucrado. En pacientes con diagnóstico preoperatorio de apendicitis y cuyo apéndice es normal en el momento de la intervención, debería considerarse la torsión del epiplón, en especial si se descubre líquido peritoneal libre de aspecto serohemorrágico.

163 C 238

#### **DUPLICACIÓN DE VENA CAVA INFERIOR. REPORTE DE UN CASO**

Ruiz CJ, Hermosillo SJM, Hernández HS, García IJA  
HECMNO, IMSS. Guadalajara, Jalisco

**Antecedentes:** La duplicación de la vena cava inferior es una malformación rara, se reporta en sólo el 2% de la población mundial, consecuencia de la no regresión de las venas supracardinales izquierdas. **Objetivos:** Reportar un caso de duplicación de vena cava infrarrenal. **Informe del caso:** Paciente masculino de 25 años de edad, quien presenta manifestaciones de hipertensión portal, debutando desde los 5 años de edad con episodios de hemorragia del tubo digestivo alto, manifiestos por hematemesis y melena, documentándose várices esofágicas grado III, iniciándose protocolo para hipertensión portal, la cual se determina es debida a degeneración cavernomatosa de la porta. No presenta datos de insuficiencia hepática. Sometido hace 7 años a derivación mesocava con lo cual remite la sintomatología por dos años. Sin embargo, presenta el cuadro clínico comentado, por lo que se reinicia protocolo de estudio revelándose en Angio-TAC esplenio-portal la presencia de un flujo venoso, a la izquierda de la aorta, por debajo de las arterias renales, que se drena a la cava a nivel renal, que se corresponde con la presencia de una doble cava infrarrenal, a la cual se drena la vena renal izquierda. **Discusión:** La duplicación de la vena cava inferior es una condición anómala de origen congénito por la falta de regresión de las venas supracardinales izquierdas, que deberá protocolizarse a fondo.

164 C 239

#### **ADENOCARCINOMA DE INTESTINO DELGADO. UNA ENTIDAD PATOLÓGICA POCO COMÚN EN LA PRÁCTICA DIARIA DE UN CIRUJANO**

Drs. José Manuel Castro Delgado, José Manuel Castro Ruiz, Ana Mayra Batalla Camargo, Hermenegildo Vargas  
Hospital y Clínica Médica San José, Tequisquiapan, Querétaro

**Antecedentes:** El adenocarcinoma de intestino delgado, representa sólo el 2% de las neoplasias gastrointestinales, y el 1% de las muertes relacionadas a cáncer gastrointestinal. La literatura mundial refiere que es el más común en comparación con los de yeyuno e íleon. La reducción de la sobrevida está en relación al bajo porcentaje de cirugías dirigidas para la curación de la enfermedad, ya que está entidad en la mayoría de las ocasiones es un hallazgo en la sala de operaciones. En pacientes mayores de 75 años se ha visto una mayor incidencia de dicho tumor a nivel duodenal, con una sobrevida baja en comparación a los pacientes más jóvenes. **Objetivo:** Mostrar una patología que tiene muy baja incidencia y que no es común encontrarla en la práctica diaria del cirujano, así como mostrar el abordaje clínico y quirúrgico efectuado en este caso. **Resumen:** Masculino de 57 años de edad con antecedentes de tabaquismo en su juventud a razón de 2 cigarrillos diarios por 5 años, alcoholismo ocasional, epilepsia desde hace 15 años, ingesta crónica de fenitoína y clonacepam. Inicia su padecimiento 3 meses antes de ser manejado en nuestro hospital, con presencia de dolor abdominal difuso, de tipo cólico, distensión abdominal, surridos audibles a distancia, periodos alternados de constipación, diarrea y evacuaciones normales, al momento de presentar los surridos tenía ausencia de dolor, el dolor se presentaba en ausencia de surridos. Por lo mencionado acude a nuestro hospital (24/06/01), en donde se encuentra paciente con ligera palidez de tegumentos, sin alteraciones cardiopulmonares, abdomen ligeramente distendido, dolor difuso a la palpación media y profunda de todo el abdomen más a nivel perumbilical, no masas no megalías, peristalsis aumentada, se solicita un tránsito intestinal en el que se observó retardo en el vaciamiento, zonas distendidas de intestino delgado alternadas con zonas normales. Por lo anterior se solicita una TAC abdominal, la que mostró discreto engrosamiento de la pared intestinal a nivel de yeyuno, distensión de asas a ese nivel, y alternancia con zonas de intestino normal. El día 11/07/01 se presenta con dolor abdominal importante, tipo cólico, distensión abdominal, obstipación y constipación, no fiebre. Se inicia manejo médico, rehidratación con cristaloides, instalación de sonda nasogástrica. El cuadro persistía a las 36 h de instalado el manejo médico, y la sintomatología empeoró, por lo que se decide manejo quirúrgico, se realizó laparotomía exploradora encontrando a los 40 cm de la válvula ileocecal un plastrón formado por el íleon terminal, el cual mostraba adherencias firmes íleo-ileales, con induración y espasticidad en sus paredes, la coloración marrón-violácea, se decide la resección del plastrón con márgenes de 10 cm en cada extremo y entero-entero anastomosis terminal-terminal. El resto de la cavidad sin megalías, ausencia de adenopatías en mesenterio u otras regiones. El reporte histopatológico fue de adenocarcinoma ileal. La evolución fue satisfactoria, toleró la vía oral a los 5 días del postoperatorio y se egresó a los 7 días. Fue enviado a manejo de adyuvancia con quimioterapia, actualmente se refiere asintomático, con tolerancia adecuada a la vía oral y hábitos

intestinales normales. **Comentario:** El presente caso muestra una patología poco habitual, es indispensable conocer el manejo de este tipo de patología ya que su presentación clínica no es específica, y el diagnóstico por sospecha clínica es muy bajo, sólo del 50%, la mayoría se presenta en estadios avanzados.

165 C 241

#### MUCOCELE DEL APÉNDICE

Javier Gamboa Cadena, Guillermo Prado Villegas  
Hospital Militar Regional Tuxtla Gutiérrez Chiapas

**Antecedentes:** El mucocele del apéndice cecal es una entidad rara (0.07 a 0.3%), se refiere a la dilatación por moco del apéndice cecal. Higa y colaboradores los clasifican como secundarios a hiperplasia mucosa, cistadenoma mucinoso o cistadenocarcinoma. **Objetivo:** Presentar un caso clínico poco frecuente. **Informe del caso:** Masculino de 55 años. Dolor de 2 años de evolución en la fossa iliaca derecha y sensación de masa. A la exploración con masa palpable en la fossa iliaca derecha, de bordes bien definidos no fija a planos profundos y de consistencia dura. La tomografía axial computada de abdomen reportó una lesión quística de 72 x 83 x 70 mm en el ciego con calcificaciones concéntricas en su interior. La colonoscopia descartó lesiones tumorales en colon. Se realizó laparotomía encontrando mucocele apendicular de forma esférica con apéndices a manera de prolongaciones digitales en su pared. Se realizó hemicolectomía derecha con anastomosis terminoterminal ileo-colónica. **Resultados:** La evolución postoperatoria fue satisfactoria. Se reportó cistadenoma mucinoso del apéndice cecal. A los 2 años de la cirugía el paciente se encuentra sin complicaciones. **Discusión:** Esta rara entidad se presenta regularmente como dolor abdominal, cuadros de intususcepción intestinal en adultos, o como hallazgos en casos de apendicitis aguda. En este caso el paciente es manejado como una lesión cancerosa ya que se desconocía la naturaleza benigna del padecimiento. Se presenta el caso por ser una patología que es del resorte del cirujano.

166 C 242

#### LEIOMIOSARCOMA DE TÓRAX DE BAJO GRADO DE MALIGNIDAD. REPORTE DE UN CASO

Guzmán RB, Cerdá LJ, Carlos PA

Se presenta el caso de un masculino de 56 años de edad, con una masa pulmonar la cual fue biopsiada sin demostrar malignidad, no concluyente, siendo ésta de rápido crecimiento demostrado por estudios de imagen. Y posteriormente sometido a toracotomía con resección del tumor. Clínicamente el paciente con dolor en hemitórax derecho, sensación de pesantez, y disnea de medianos esfuerzos. Se inicia su estudio con telerradiografía de tórax demostrando opacidad del 100% de hemitórax derecho, sin desplazar mediastino. Por lo que se decide realizar biopsia percutánea guiada por ultrasonido sin ser concluyente. Se realiza TAC simple de tórax demostrando tumor dependiente de pared posterior que ocupa el hemitórax derecho en su parte apical y anterior. De manera electiva, se realiza un abordaje por toracotomía posterolateral derecha con resección de tumor encapsulado de 20 cm, de color blanco grisáceo dependiente de pared posterior con relación a la línea media. La descripción histopatológica es de un tumor encapsulado de 20

cm de diámetro, al corte es de consistencia blanda, blanco grisáceo con áreas amarillas. Compuesto por células fusiformes, hipercelular, de citoplasma eosinófilo, con mitosis anormales de 3 a 5 por 10 campos a seco fuerte (imagen de sarcoma de bajo grado de malignidad). Dx histopatológico: Tumor de pared torácica posterior, con cambios consistentes con sarcoma de bajo grado de malignidad. Dx diferencial: Mesotelioma fibroso solitario. Egresado al séptimo día de postoperado, continúa asintomático con seis meses de seguimiento a través de la consulta externa.

167 C 243

#### TRAUMA FACIAL POR MORDEDURA DE CERDO EN UN LACTANTE DE 12 DÍAS DE EDAD

Tarelo SJM, Valencia H, Aguirre RR, Reyes GA, Escárcega VR  
Servicio de Cirugía Plástica del Hospital General de Acapulco Gro, SS

**Objetivo:** Informar de un caso de traumatismo facial en un lactante, con tratamiento especializado tardío, infección y tratamiento quirúrgico complejo. Recién nacido masculino de 12 días de vida, hijo de padres campesinos, de bajo estrato socioeconómico y educativo, originario de zona de alta marginación y pobreza (Tlapa de Comonfort, Gro.). Despues de ser depositado en su domicilio, en un petate al ras del suelo y sin vigilancia familiar, es mordido por un cerdo provocando lesiones graves en la cara y en la mano derecha. Al percibirse los padres retiran al animal agresor y es llevado al Hospital General de la SS de esa población, donde recibe tratamiento consistente en lavado quirúrgico, desbridación y afrontamiento de las heridas. Es trasladado al Hospital General de Acapulco para tratamiento especializado. Ingresa al área de urgencias 36 horas después del accidente, encontrándose con lesiones en tercio medio e inferior de cara, con zonas desvitalizadas y necróticas, infección severa de las heridas, fractura del maxilar y mandíbula, así como, amputaciones de 1, 2, 4 y 5 dedos de mano derecha. Se inicia tratamiento con lavados quirúrgicos periódicos, enfrentándose dificultades en el control de la infección, manejo de la vía aérea y reconstrucción estética. Se realiza osteosíntesis con microplacas de titanio y reconstrucción oral por presentar microstoma. Es egresado 35 días después de su ingreso y controlado en la consulta externa para programar reconstrucciones plásticas posteriores. **Conclusión:** El tratamiento del trauma facial severo complicado con proceso infeccioso es complejo, en este paciente se añaden otros factores de riesgo: la edad, manejo de la vía aérea, y dificultad técnica operatoria. Recomendamos en estos casos tratamiento multidisciplinario.

168 C 244

#### TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE FREY EN PACIENTES POSTPAROTIDECTOMÍA CON TOXINA BOTULÍNICA TIPO A

Luna-Ortiz K, Sansón Río-Frío J, Mosqueda-Taylor A, Granados-García M, Villavicencio-Valencia V, Herrera-Gómez A, Barrera-Franco JL

Instituto Nacional de Cancerología. Departamento de Cabeza y Cuello

**Objetivo:** Tratar la hiperhidrosis secundaria al síndrome de Frey con toxina botulínica tipo A en pacientes parotidectomizados. **Metodología:** Se trataron cinco pacientes con an-

tecedente de cirugía de parótida del Departamento de Cabeza y Cuello del INCAN, con manifestaciones clínicas del síndrome de Frey, dicho síndrome fue corroborado mediante la aplicación de la prueba de Minor de forma bilateral. El área positiva para dicha prueba fue registrada en una hoja de recolección de datos y sobre un acetato, ambos diseñados para tal fin, hecho lo anterior se dividió el área positiva para dicha prueba en centímetros cuadrados, para facilitar la aplicación intradérmica de la toxina. A cuatro de los pacientes ya mencionados se les aplicó 25 U de toxina botulínica tipo A, aplicándose sólo 10 U al quinto paciente. Los pacientes fueron valorados cuatro semanas después de la aplicación de toxina botulínica tipo A (*Botox, Allergan*) mediante, interrogatorio, exploración física y prueba de Minor, comparándose la superficie obtenida con la ya registrada. Resultados: Todos los pacientes se manifestaron clínicamente asintomáticos dos semanas después de la administración del fármaco, presentando todos ellos una disminución > al 90% del área hiperhidrótica cuatro semanas después de la aplicación del fármaco en la prueba de Minor. Ninguno de los pacientes presentó reacciones adversas a la administración del medicamento. En dos de los pacientes tratados desaparecieron las parestesias secundarias a la parotidectomía una semana después de la administración del medicamento. Conclusiones: La aplicación intradérmica de toxina botulínica tipo A (*Botox, Allergan*) en las áreas positivas a la prueba de Minor, podría ser un tratamiento eficaz para el síndrome de Frey en los pacientes parotidectomizados. La toxina botulínica tipo A, podría ser un tratamiento alternativo para las parestesias que desarrollan los pacientes sometidos a tratamientos quirúrgicos.

169 C 245

**COLITIS ULCERATIVA Y USO DE RESERVORIO EN J**

Delgadillo TG, Fenig RJ, Campos CF, Cervantes CJ, González RF, Velázquez GA, Galindo ML, García VC, Zárate GG  
Hospital de Especialidades Centro Médico NACIONAL "La Raza". Cirugía General

**Objetivo:** Resultados del manejo quirúrgico de la colitis ulcerativa crónica inespecífica (CUCI) con realización de proctocolectomía con reservorio en J. Diseño: Estudio retrospectivo, transversal, observacional, descriptivo y abierto. Material y métodos: Se realizó el estudio de febrero de 1991 a marzo del 2002 en el Servicio de Cirugía General del HE CMN "La Raza". Del expediente clínico se analizó la edad, sexo, cuadro clínico, metodología de estudio, tratamiento quirúrgico y morbilidad. Resultados: Se analizaron 25 pacientes durante este periodo; 15 casos pertenecieron al sexo femenino y 10 al sexo masculino; con un promedio de edad de 32.2 años. El cuadro clínico se caracterizó por diarrea en 100% de los casos, hemorragia rectal en 90%. El protocolo del estudio comprendió placa simple de abdomen y tele de tórax en todos los casos, colonoscopia en 25 con toma de biopsia. Los 25 pacientes que fueron sometidos a intervención quirúrgica se les realizó colectomía total, con mucosectomía e ileoanoanastomosis con reservorio en J e ileostomía temporal en asa. Las complicaciones se presentaron en 7 casos, y la mortalidad de nuestro estudio fue del 4%. El seguimiento de los pacientes promedio fue de 7 años. Conclusiones: La CUCI es una patología poco frecuente en nuestro medio con una frecuencia por procedimiento quirúrgico del 0.12% en nuestra población. Predomina en el sexo femenino con un promedio de edad de presentación de 32.2 años.

170 C 246

**QUISTE HEPÁTICO GIGANTE. PRESENTACIÓN DE UN CASO**

Fernández de Castro J, Orozco CG, Delgadillo TG, Anaya AB, Hernández VC, Feria FM  
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "La Raza". Servicio de Cirugía General

**Objetivo:** Presentar el caso de un paciente con quiste hepático gigante. Presentación del caso: Se presenta el caso de un masculino de 75 años de edad, quien inicia su padecimiento hace 7 meses al realizarse laparotomía exploradora por enfermedad diverticular de colon y hallazgo de quiste hepático, por lo que se envía a nuestra unidad para manejo. Actualmente refiere dolor en hipocondrio izquierdo y epigastrio esporádico que cede con la ingesta de analgésicos. Exploración abdominal se palpa tumoración abdominal de 15 centímetros de diámetro a expensas de lóbulo hepático izquierdo, doloroso, no móvil, no adenomegalias. USG: Lesión anecoica en lóbulo izquierdo de hígado de bordes bien delimitados sin evidencia en su interior de vascularidad. CPRE: Vía biliar sin comunicación con el quiste y vesícula normal. TAC: Lesión hipodensa en lóbulo hepático izquierdo de 12 x 9 centímetros con 10 UH. Se somete a cirugía con hallazgos de quiste hepático gigante de 15 x 10 centímetros dependiente de lóbulo izquierdo, que abarca los segmentos 2 y 3, los cuales se resecan. Actualmente la paciente se encuentra asintomática. Comentario: Los quistes hepáticos se clasifican en hidatídicos y no parasitarios siendo estos últimos generalmente benignos, siendo solitarios o múltiples, característicamente pequeños y asintomáticos, mientras que los hidatídicos son las lesiones quísticas más frecuentes aproximadamente el 80 por ciento son únicos y localizados al lóbulo hepático derecho.

171 C 247

**COLON TÓXICO SECUNDARIO A ENEMA CON AGUA HIRVIENDO, EN UNA PACIENTE CON CUCI**

Drs. José Cruz Zendejas Hermosillo,  
José Ramón Huape Morales  
Departamento de Cirugía General del Hospital General Naucalpan

El colon tóxico es una complicación aguda inflamatoria de diversas enfermedades, con dilatación excesiva y progresiva del intestino grueso, la cual puede terminar con septicemia. El siguiente caso se trata de paciente femenino de 38 años de edad, la cual inicia 3 semanas previas a su ingreso con dolor abdominal generalizado, posteriormente se localiza en ambas fosas ilíacas, acompañado de náuseas, llegando al vómito de contenido fécalo de, en incontables ocasiones, hipertermia, evacuaciones líquidas verde amarillentas, alternando con evacuaciones de color café fétidas acudiendo con facultativo, administrando diversos medicamentos, sin mejoría, por lo que decide por cuenta propia la realización de enema con agua hirviendo, a pesar de las lesiones por la quemadura persiste con manejo no especificado, con deterioro notable, con disminución de la ingesta oral, persistencia de los vómitos y evacuaciones con moco, y de escasa cantidad, por lo que acude al servicio de urgencias, encontrando a la exploración física: paciente con fascies indiferente al medio, con palidez de tegumentos, con mal estado de hidratación y posición libremente escogida, tacto rectal con hue-

llas de cicatrización por quemadura, tono del esfínter disminuido, y recto con estenosis y paredes irregulares, dedo de guante con restos de materia fecal verde amarillenta, se decide su ingreso. Se realiza manejo médico con sonda nasogástrica, hidratación y medidas generales, y la realización de colonoscopia, reportando: estenosis a 30 cm. Comprometiendo 75% de la luz intestinal, hiperemía y puntileño hemorrágico, se continúa con manejo conservador, con sulfasalacina, metronidazol 500 mg IV cada 8 h, ranitidina 50 mg IV cada 12 h, cefotaxima 1 g IV cada 8 h, y control hidroelectrolítico, con relativa mejoría, al 5º día de estancia, se deteriora presentando mal estado general, con distensión abdominal, rebote positivo y con incapacidad a la canalización de gases, ruidos intestinales disminuidos en tono y frecuencia, por lo que se decide su intervención quirúrgica. Hallazgos: Líquido libre en cavidad en aproximadamente 2,500 ml, serohemático, fétido, gas libre, múltiples adherencias asa-asa, asa-pared, distensión importante de colon transverso desde ángulo hepático hasta recto sigmoideas, absceso ínter-asa, se decide realizar hemicolectomía casi total dejando sólo 15 cm de colon desde la válvula ileocecal, lavado de cavidad y colocación de drenajes tipo Saratoga, así como bolsa de Bogotá, por las condiciones de la paciente se decide su paso a UCI, con Dx de síndrome de respuesta inflamatoria, y choque séptico, la paciente fallece a los dos días postquirúrgicos. Patología: Reporta en la pieza quirúrgica: mucosa empedrada con múltiples ulceraciones en mucosas y tenias, con perforaciones múltiples de diámetro mayor de 3 mm. En ángulo esplénico, disminución del grosor, vasos prominentes, algunos dilatados, áreas cubiertas de pseudo pólipos, múltiples criptas algunas con abscesos o fibrosis. Conclusión: La enfermedad de CUCI presenta manifestaciones no específicas o subclínicas, pero con la práctica de la automedicación enema con agua hirviendo provoca complicaciones mortales como la sepsis por colon tóxico.

172 C 248

#### **OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR CÁNCER DE CÉLULAS CLARAS DE RIÓN EN PACIENTES CON DUPLICACIÓN DE COLON**

Drs. José Cruz Zendejas Hermosillo, Julio García García, Aurelio Manzano Cabañas  
Departamento de Cirugía General, Hospital General de Naufragio

La obstrucción intestinal es uno de los padecimientos que más comúnmente se presentan en el servicio de cirugía general, y sus causas son de etiología diversa como el caso siguiente: Paciente masculino de 20 años de edad el cual inicia su padecimiento 30 días previos a su ingreso con dolor abdominal tipo cólico, generalizado, constipación y sensación de plenitud, distensión abdominal, incapacidad a la canalización de heces y gases, náuseas sin llegar al vómito. A la exploración física: T: 37.3, FC: 90, TA: 130/90, FR: 19, fascies álgica, posición antiálgica, mal estado de hidratación, consciente, cooperador, cardiorrespiratorio sin compromiso, abdomen distendido, con predominio de lado izquierdo, borramiento de los ruidos peristálticos del mismo lado, hiperestesia e hiperbaralgia positivas, resistencia, rebote positivo, tacto rectal con ampolla vacía con dedo de guante con restos de materia fecal. Gabinete y laboratorio: Rx tele de tórax con elevación de hemidiaphragma izquierdo, con rotación de perfil izquierdo del corazón, simple de abdomen con gran dilatación de colon descendente, BH, ES, QS, EGO,

PFH normales, sólo DHL: 511. Se inicia manejo médico sin mejoría por lo que se decide intervenir quirúrgicamente: Hallazgos: Gran dilatación de colon descendente, duplicación desde ángulo esplénico hasta 4 cm de recto sigmoideas, escaso líquido de reacción cetrino, estómago adherido al ángulo esplénico, riñón derecho hipoplásico. Cirugía: Hemicolectomía izquierda, colostomía en transverso, con bolsa de Hartmann, liberación de adherencia, biopsia renal y centrifugado de líquido y Papanicolaou. Patología: 1. Duplicación de colon descendente, y del ángulo esplénico, 2. Obstrucción intestinal intensa (0.7) con dilatación pre y postobstructiva. 3. Adenocarcinoma bien diferenciado de células claras compatible con primario de riñón, con penetración a la pared intestinal y permeación vascular linfática, bordes quirúrgicos sin actividad tumoral. El paciente fallece por carcinoma invasivo a órganos vecinos 4 meses después. Conclusiones: Habitualmente el carcinoma renal de células claras metastatiza hacia ganglios regionales, huesos, pulmones e hígado. En el paciente se manifestó dicho carcinoma por datos de obstrucción, además del hallazgo de la duplicación de colon la cual se relaciona con la presencia de dicha neoplasia.

173 C 249

#### **COLANGITIS ESCLERSANTE**

Díaz de León F, Cardoso CM, Santiago CH, Santos Coy E, Moreno S, González M  
Hospital Dr. Gonzalo Castañeda, ISSSTE. México. D.F

**Antecedentes:** El término colangitis esclerosante (CE) se utilizó en los años 50's por Werthemann y Roberts, implica fibrosis no traumática, ni maligna en las porciones submucosas de los conductos biliares produciendo engrosamiento de sus paredes con estrechamiento de su luz, asociado a colitis ulcerosa con punto a favor de etiología autoinmune y/o presencia de antígeno externo. La presencia de CE y colitis ulcerosa es del 0.8%. Myers, Cooper y Padis contabilizaron 40 casos. Más frecuente en hombres 3 a 1. Objetivo: Exponer caso clínico de CE por ser una patología poco frecuente. Método: Femenino 22 años, padecimiento de dos semanas con ictericia progresiva, coluria, acolia, astenia, escalofríos, vómito de contenido gastrobiliario, dolor en marco cólico. Exploración física ictericia +++, dolor a la palpación en hipocondrio derecho. Laboratorios: BT 17.6 mg/dl, BD 10.42 mg/dl, BI 6.7 mg/dl, FA 292 UI/l, ALT 64 UI/l, DHL 441 UI/l, proteína C reactiva 6.7 mg/dl, TP de 24" al 20%. Panel viral (-). USG de hígado y vía biliar, no litos ni alteraciones estructurales aparentes. CPRE reporta estenosis extensa de la vía biliar intra y extrahepática. Colonoscopia con biopsia reporta colitis activa ulcerada inespecífica. TAC sin alteraciones. Laparoscopia diagnóstica encontrando proceso fibrótico en hilio hepático, ligamento gastrohepático y los tejidos circundantes del páncreas adheridos, se toma biopsia, reporta colangitis esclerosante primaria en fase aguda. Se inicia manejo con antibiótico, corticosteroides, ácido ursodesoxicólico y azatioprina. Conclusiones: La CE es una patología rara, con pocos casos reportados en la literatura, por lo que su presentación es de difícil diagnóstico y debe darse a conocer.

174 C 250

#### **CRIOQUEMADURA DE ESCROTO**

Santiago CH, Cardoso CM, Díaz de León FCF, Iruegas MV  
Hospital General Dr. Gonzalo Castañeda Escobar ISSSTE. México, D.F

Las quemaduras por frío son raras en nuestro medio, siendo más frecuentes en países cercanos a los polos de la tierra. La severidad de lesiones por exposición al frío depende de la temperatura, duración y exposición, número y calidad de ropas (directo o indirecto a tejidos). En las lesiones sin congelación hay dolor, palidez y adormecimiento, sin pérdida de tejido. En las lesiones por congelación hay formación de cristales de hielo intracelular con oclusión microvascular y la consiguiente anoxia. Las metas en el cuidado de lesiones por frío son preservar el tejido dañado, previniendo infecciones, manteniendo limpias las heridas. Las vesículas no infectadas deben dejarse intactas de 7 a 10 días como cubierta biológica. **Objetivo:** Dar a conocer un caso clínico de lesión escrotal por aplicación de frío directo. **Método:** Paciente masculino de 32 años de edad con paternidad satisfecha, acude a esta unidad para solicitar método anticonceptivo definitivo realizándosele vasectomía. Se le indica posterior a la cirugía analgésico vía oral, así como aseo de herida. El paciente se aplica hielo directo al escroto con lo que se produce lesión de 3 x 4 cm de diámetro en el lado izquierdo que requirió retiro de material necrótico y remodelación quirúrgica. **Conclusiones:** Aunque las lesiones por frío son raras en nuestro medio pueden presentarse como en este caso, por daño directo con desvitalización de tejido escrotal. Debe siempre hacerse énfasis en las indicaciones médicas a fin de evitar complicaciones que puedan traer eventos indeseados.

175 C 251

#### HIPOPLASIA DE LÓBULO HEPÁTICO DERECHO COMO HALLAZGO EN COLECISTECTOMÍA ABIERTA

Drs. Vanessa Acosta Rosero, Hernán Izurieta Guzmán, Ilma Isaza Espinoza, José Gavito Higuera, Sergio González Hospital General de México, O.D. México. D.F

La hipoplasia del lóbulo hepático derecho es una rara malformación congénita asintomática. Por otra parte, las malformaciones de la vesícula biliar son inusuales y cuando éstas se presentan suelen ser independientes al desarrollo hepático. Se presenta el caso de una mujer de 55 años, sin antecedentes familiares ni personales de importancia quien tres semanas previas a su ingreso inició cuadro de epigastralgia irradiada hacia hipocondrio derecho, náusea y dificultad respiratoria relacionados con la ingesta de alimentos, síntomas que se incrementaron en los últimos días por lo que se hospitalizó y se estudió. La radiografía de tórax reveló un asa de intestino grueso localizada en hipocondrio derecho. El USG de hígado y vías biliares y la TAC abdominal demostraron la pared vesicular engrosada, escaso parénquima hepático de lóbulo derecho y el asa colónica persistente en hipocondrio derecho. Se realizó colecistectomía abierta identificándose vesícula biliar flotante, alitiásica, de paredes engrosadas, localizada en segmento hepático V así como hipoplasia de los segmentos V y VIII y agenesia de los segmentos VI y VII hepáticos. Se corroboró la presencia transitoria del asa colónica ocupando esta zona. La lobulación anómala del hígado es infrecuente. La anomalía más común es la hipoplasia del lóbulo izquierdo, que puede facilitar la presencia de una hernia de Bochdalek. La agenesia/hipoplasia del lóbulo hepático derecho son extremadamente raros al igual que la posición flotante de la vesícula biliar, más aún cuando se encuentra inflamada. El caso clínico presentado constituye un raro repertorio de patologías esasadamente mencionadas en la literatura.

176 C 255

#### ¿BOCIO INTRATORÁCICO O CA ANAPLÁSICO?

Sandoval-Terán M, Medina-Castro Manuel, Trujillo-Deanda AP, Hurtado M, Soriano RJ, Pinzón-Cabrera B, Solorio-Almazán J, Zavala-Castillo JC, Arizmendi S Hospital General de México O.D.

El bocio intratorácico es una extensión de tejido tiroideo al tórax, presentándose en 1% de los casos con crecimiento importante y compresión de vena cava. **Objetivo:** Presentar el caso de un paciente con tumor intratorácico gigante. **Material y métodos:** Masculino de 75<sup>a</sup> con padecimiento de 3 meses. Tumor en cuello de 3 cm de diámetro con crecimiento rápido hasta de 15 cm de diámetro presentando disnea, disfagia y disfonía, aumento de volumen de miembro torácico derecho. EF tumor cervical renitente sin cambios de coloración, tráquea desplazada a la izquierda, ingurgitación yugular. Hipovenilación hemitórax derecho. Miembro torácico derecho edematizado y adinamia. **Resultados:** Telerradiografía de tórax con tumor de 20 x 15 x 10 cm en hemitórax derecho con desplazamiento mediastinal izquierdo. Tomografía computada con tumor delimitado dependiente de lóbulo derecho de tiroides, extendiéndose hacia región paratraqueal y mediastino posterior midiendo 20 x 16 x 13 cm obliterando la vía aérea en 70%, y compresión de vena cava superior compatible con bocio intratorácico. El paciente fallece durante su preparación preoperatoria con resultado histopatológico: Ca folicular de tiroides con áreas insulares y anaplásicas. **Comentario:** 1/4 de los tumores malignos de tiroides son foliculares. Los carcinomas indiferenciados representan 10% de los tumores malignos de tiroides, se presentan en la tercera edad y es más frecuente en hombres. El 50% se presenta en la octava década de la vida y es de crecimiento rápido suele extenderse ampliamente fuera de los límites de la glándula, en algunos casos puede haber áreas de carcinoma folicular.

177 256

#### LEIOMIOSARCOMA DE RETROPERITONEO DEPENDIENTE DE URETERO: UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO. REVISIÓN DE LA LITERATURA

Sandoval-Terán M, Bonifaz Calvo-Ibarrola J, Chapa-Azuela O, Pinzón-Cabrera B, Solorio-Almazán J, Vargas-Téllez E, Pacheco-Álvarez MI Hospital General de México O.D.

Femenina de 28<sup>a</sup> con padecimiento de 6 meses de evolución caracterizado por dolor y distensión abdominal. Con antecedente de tumor pélvico de 8 años de evolución, sin darle importancia. Hace 2 años se le realiza cesárea y miomectomía por miomatosis uterina, sin realizar estudio histopatológico. EF. Tumor de 18 x 18 x 10 cm infraumbilical, consistencia dura, bordes regulares, superficie lisa, dolorosa, no móvil. Ultrasonograma pélvico, reporta miomatosis uterina de grandes elementos + hidronefrosis derecha; urografía excretora, con exclusión renal derecha, sin evidencias de obstrucción por litos con vejiga desplazada en sentido caudal. Tomografía computada con tumor pélvico dependiente de útero. Se realiza laparotomía encontrando tumor de 20 x 13 cm multilobulado de aspecto de mora, fija a pared posterior y hueco pélvico dependiente de retroperitoneo, uretero derecho dilatado que se introduce a la tumoración; el estudio histopatológico reporta leiomirosarcoma fusocelular y epitelioide dependiente de uretero. Los tumores primarios de retroperitoneo

representan < 0.2% de todos los tumores con gran agresividad local, predomina discretamente el sexo masculino y es mayor su incidencia en la 6<sup>a</sup> década de la vida. El leiomirosarcoma se presenta en 4.8% de los tumores de partes blandas y en un 23% de los tumores de retroperitoneo, siendo más frecuentemente dañado el riñón y rara vez el uretero como primario. El tratamiento es quirúrgico, aunque son frecuentes las recidivas locales; la quimioterapia y radioterapia son complementarias. Presenta mayor tendencia al crecimiento infiltrante y metástasis considerándose más agresivo y con mayor reto diagnóstico y terapéutico. Se presenta un caso de características diagnósticas y terapéuticas poco común.

178 C 257

#### MUCOCELE APENDICULAR GIGANTE. REPORTE DE UN CASO

Solorio AJ, Colín NMA, Becerril DA, Sandoval TM, Guzmán MI, Mayret MM, Arizmendi S, Zavala CJ  
Hospital General de Cuernavaca, Dr. José G Parres

**Antecedentes:** El mucocele es definido como una dilatación quística del apéndice vermiforme que contiene material mucoso. Su frecuencia de 0.3% aproximadamente, el diagnóstico generalmente se realiza de manera transoperatoria. **Material:** Presentamos el caso de una paciente femenina de 73 años, sin antecedentes heredofamiliares de importancia, que acude a nuestro hospital con presencia de tumoración abdominal de 10 años de evolución, sin sintomatología asociada hasta los últimos 2 meses que presenta adelgazamiento de heces y estreñimiento; todos sus laboratorios de características normales; se realiza ultrasonido que reporta tumoración de 173 mm x 144 mm en relación con probable quiste gigante de ovario derecho; el estudio tomográfico reporta mismo hallazgo de 247 x 155 mm; con estos datos es intervenida quirúrgicamente; encontrando quiste encapsulado de 40 cm x 30 cm, con adherencias a todo marco colónico y que depende de orificio localizado en base apendicular de 2 cm de diámetro, contenido mucoso de 3,000 ml, se realizó lavado de cavidad y apendicectomía con invaginación del muñón, el resto de los órganos de características normales. La paciente evolucionó satisfactoriamente con un seguimiento de 6 meses. **Resultado:** Histopatológicamente se reportó cistadenoma mucinoso con calcificaciones en su cápsula. **Discusión:** El mucocele apendicular es una entidad poco documentada, no se encontraron reportes en la literatura nacional e internacional, de un mucocele apendicular de tal magnitud; cuando el reporte patológico sea cistadenoma mucinoso bastará con apendicectomía simple; si se reportara cistadenocarcinoma la conducta quirúrgica consistirá en hemicolectomía derecha; si se diagnosticara pseudoxinoma perineal como complicación del cuadro, se deberá agregar cirugía citorreductiva.

179 C 258

#### ASCITIS COMO MANIFESTACIÓN DE FIBROSIS RETROPERITONEAL IDIOPÁTICA

Solorio AJ, Guzmán MI, Sandoval TM, González DS, Mayret MM, López LA, Palomeque LA  
Hospital General de México

Presentamos paciente femenino de 35 años, dedicada al hogar, tabaquismo desde los 20 años; y resto de los antecedentes sin importancia. Inicia su padecimiento 2 meses pre-

vios a su ingreso con aumento gradual de abdomen, a expensas de líquido de ascitis, central, de crecimiento cefálico hasta llegar a 10 cm por encima del ombligo; acompañado de estreñimiento. Ingresa al hospital para protocolo de estudio de ascitis; hemoglobina de 12 g, pruebas de funcionamiento hepático normales, química sanguínea normal; antígeno carcinoembrionario y CA 125 normales; en el citológico de líquido no se documentaron células malignas; la TAC de abdomen reportó abundante líquido de ascitis con quiste de ovario derecho de 5 cm; la paciente evoluciona con hipotensión refractaria a tratamiento médico, por lo cual es intervenida quirúrgicamente con diagnóstico presuntivo de CA de ovario.

**Hallazgos quirúrgicos:** Asas adheridas firmemente entre sí; retráidas hacia el mesenterio; omento mayor de consistencia pétreas, con imposibilidad para abordar útero y anexos; el presente continúa con hipotensión, falla orgánica múltiple, fallecimiento en el postoperatorio inmediato. El resultado de autopsia, reporta órganos intraabdominales de características microscópicas normales con gran retracción de los mismos hacia el mesenterio y aumento de fibrosis a expensas de fibroblastos y poliformonucleares, integrándose diagnóstico final de fibrosis retroperitoneal idiopática. **Discusión:** Ante cualquier paciente con presencia de ascitis sin etiología definida; es necesario descartar una fibrosis retroperitoneal idiopática como causa de la misma, ya que diagnosticada de manera oportuna generalmente cursa con buen pronóstico y así mismo se evitan las complicaciones mortales.

180 C 259

#### HEMATOMA RETROPERITONEAL QUE SEMEJA UN PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO

Solorio AJ, Guzmán MI, Colín NMA, Sandoval TM, Arizmendi IS, Zavala CJ, González DS, Acosta RV  
Hospital General de México

Las colecciones retroperitoneales son secundarios generalmente a infecciones, traumatismos o pancreatitis. Presentamos un paciente masculino de 33 años con antecedente de traumatismo en región lumbar izquierda; 1 mes después presenta tumoración abdominal a nivel umbilical de 16 cm x 14 cm; redonda, renitente, fija a planos profundos y dolorosa; laboratorios con leucocitosis de 16,000, amilasa de 890 U y lipasa de 640 U; tomográficamente se reporta un pseudoquiste pancreático dependiente de la cola del páncreas, con densidades de 16-18 UH; programándose una cistogastroanastomosis. **Hallazgos quirúrgicos:** Se realiza una incisión subcostal bilateral y se aborda el retroperitoneo por vía supramesocólica, identificando colección enquistada independiente del páncreas con pared de 0.5 cm, que se extiende desde el polo renal inferior izquierdo disecando todo el espacio retroperitoneal hasta el sacro; siendo imposible realizar resección completa; aspirando 1,000 ml contenido hemático residual no coagulado, y se coloca un drenaje cerrado a presión negativa fijado a la pared de la colección. **Resultados:** El presente evolucionó de manera satisfactoria, el drenaje disminuyó el gasto de forma gradual, retirándose en 10 días; no se reportó crecimiento bacteriano en cultivo de líquido obtenido; los parámetros de laboratorio se normalizaron a los 4 días de la cirugía; y el control tomográfico a los seis meses sin datos de colección. **Conclusión:** Es importante definir el diagnóstico preciso de las colecciones retroperitoneales, ya que por clínica, laboratorio y estudios imagenológicos nos podría sugerir un

pseudoquiste pancreático; conduciéndonos a una decisión quirúrgica errónea; ya que el manejo de estas dos entidades es totalmente diferente.

181 C 260

### TRICOBEOZAR GÁSTRICO

Ibáñez Fuentes José Refugio, Nieto Ocampo Aura Esmeralda, Ceballos Mendoza Jorge Iván, Arteaga Lozada Janet, Bermúdez Jiménez Arturo  
Hospital General Dr. Manuel Gea González, México, D.F

**Antecedentes:** El tricobezar es un conglomerado de cabello dentro de la luz del tubo digestivo, más frecuente en mujeres con trastornos psiquiátricos, antes de los 30 años de edad y con historia de tricofagia. Clínicamente presentan dispepsia, náusea-vómito, dolor abdominal y anorexia, y rara vez obstrucción, ulceración y perforación. La presencia de una masa palpable y móvil se encuentra en el 90% de los pacientes. **Objetivo:** Presentar un caso de tricobezar gástrico. **Informe del Caso:** Femenina de 15 años sin antecedentes de importancia. Padecimiento actual lo inicia 6 meses previos a su ingreso con distensión abdominal, náuseas sin llegar al vómito, anorexia y un mes con masa palpable en hemiabdomen superior. Exploración física con masa en hipocondrio y flanco izquierdo, dura, móvil, no dolorosa. TAC con estómago aumentado de tamaño y masa en su interior bien delimitada. Endoscopia con tricobezar gigante que llegaba hasta la segunda porción del duodeno. Se practicó gastrotomía, extracción de tricobezar y gastrorrafia en dos planos sin complicaciones postoperatorias. Ocho meses después de la cirugía la paciente se encuentra asintomática y con apoyo psicológico. **Discusión:** La mayoría de los tricobezares son diagnosticados preoperatoriamente mediante historia clínica, examen físico y/o estudios de gabinete. El diagnóstico diferencial deberá hacerse con quistes pancreáticos, tumores gástricos, masas renales y esplénicas. El apoyo psicológico es importante en el pre y postoperatorio.

182 C 261

### ENFERMEDAD DIVERTICULAR DE ÍLEON. REPORTE DE UN CASO

Nieto Ocampo Aura Esmeralda, Ibáñez Fuentes José Refugio, Reyes Pérez Jaime, Reyes Pérez Félix, Bermúdez Jiménez Arturo  
Clínica de Emergencias Villa Coapa, México, D.F

**Antecedentes:** Los divertículos del intestino delgado son raros, más comunes en duodeno, en yeyuno-íleon ocupan una frecuencia del 0.5 al 1%. En general son asintomáticos, sólo 5 al 10% presentan complicaciones del tipo inflamación, obstrucción o perforación. **Objetivo:** Presentar un caso clínico de diverticulitis ileal múltiple. **Informe del caso:** Masculino de 82 años sin antecedentes de importancia. Padecimiento actual, lo inicia tres semanas previas con dolor abdominal difuso tipo cólico, ataque al estado general, hipertermia no cuantificada, vómito de contenido gástrico, sin trastornos del hábito intestinal. Recibió metronidazol, sulfas y butilhioscina por dos semanas sin mejoría. A su ingreso se encontró paciente con palidez de tegumentos, deshidratado, cardiopulmonar sin compromiso. Abdomen con datos de irritación peritoneal y plastrón en hipogastrio. Rx de abdomen con niveles hidroaéreos generalizados. Laboratorios

con leucocitosis y bandemia. Se realizó laparotomía exploradora encontrándose peritonitis generalizada, 48 divertículos ileales, con perforación a 2 m de válvula ileocecal. Se efectuó resección de 2.20 m de íleon con entero-entero anastomosis a 5 cm de válvula ileocecal. Evolución postoperatoria satisfactoria. **Discusión:** La perforación de los divertículos en intestino delgado es una complicación grave, con mortalidad del 21 al 48%. La inflamación y perforación produce sintomatologías indistinguibles de otras patologías de abdomen agudo quirúrgico. La resección con anastomosis primaria es el tratamiento de elección.

183 C 262

### ADENOCARCINOMA GIGANTE DE OVARIO Y EMBARAZO

Ibáñez Fuentes José Refugio, Ceballos Mendoza Jorge Iván, Nieto Ocampo Aura Esmeralda  
Clínica de Emergencias Villa Coapa, México, D.F.

**Antecedentes:** El descubrimiento de una masa gigante de ovario durante el embarazo es una situación insólita, máxime cuando el estudio histopatológico reporta un adenocarcinoma. El cirujano debe utilizar su criterio y habilidades en el conocimiento de esa patología, con el fin de obtener resultados óptimos en el tratamiento del cáncer, salvar el embarazo y preservar la fertilidad futura. **Objetivo:** Presentar un caso de adenocarcinoma gigante de ovario y embarazo. **Informe del caso:** Femenina de 26 años de edad, sin antecedentes de importancia. Padecimiento actual de 3 meses de evolución con crecimiento abdominal, sensación de plenitud postprandial y amenorrea del mismo tiempo de evolución. Exploración con tumoración abdominal móvil, no dolorosa, bien delimitada, de pubis a xifoides. Ultrasonido con embarazo de 14 semanas, y tumoración quística gigante. Durante la laparotomía se extrae quiste gigante de ovario que pesó 6.800 kg, la revisión de órganos abdominales sin problemas. **Reporte histopatológico:** Adenocarcinoma mucinoso bien diferenciado. A la semana 18 de gestación USG abdominal normal y marcadores tumorales negativos. El embarazo concluye sin problemas. Catorce meses después de la cirugía la paciente está sin datos de actividad tumoral. **Discusión:** La decisión de realizar una laparotomía exploradora para resear una neoplasia gigante en el embarazo no debe ser pospuesta, esto es importante porque el tamaño de la tumoraclón hace difícil la expansión del útero en crecimiento.

184 C 263

### ASCARIASIS BILIAR Y EMBARAZO

Sánchez Soriano R, Maya Noriega E  
Hospital Regional Río Blanco, Veracruz

**Antecedentes:** El parásito *Ascaris lumbricoides* infecta a más de un cuarto de la población mundial y América Latina es una zona con áreas endémicas. Éstas son usualmente zonas rurales en regiones tropicales y subtropicales con medio socioeconómico bajo, aunadas a la contaminación del suelo y el agua. La habilidad de la *A. lumbricoides* para penetrar en las vías biliares, especialmente cuando hay una infestación duodenal es bien conocido. Generalmente son 1 ó 2 parásitos los que entran en el sistema biliar, aunque la infestación masiva puede ocurrir. El parásito mueve su cabeza a través del ámpula de Vater y desde ahí se introduce a las vías biliares extrahepáticas solamente 4-10 cm, la otra parte del parásito puede quedar alojado en el duodeno. El parásito tiende a

salirse del árbol biliar dentro de las 24-36 h de inducidos los síntomas biliares o pancreáticos y la detección de *Ascaris* vivos en la luz del duodeno es una fuerte evidencia de ascariasis biliar. Los parásitos impactados causan espasmo del esfínter de Oddi resultando una obstrucción parcial y dolor cólico. **Reporte:** Paciente femenina de 30 años que cursó con un embarazo de 19 semanas de gestación durante su padecimiento, que inició 3 meses antes de su ingreso. Acompañado de dolor abdominal tipo cólico progresivo, iniciado en epigastrio e irradiado hacia hipocondrio derecho, hemitórax y región escapular ipsolaterales, con náusea y vómito de contenido gastrobiliar, algunos acompañados de expulsión de *Ascaris* además de existir astenia, adinamia, hiporexia y pérdida de peso no cuantificada. Se ingresa por dicha sintomatología, iniciándose tratamiento médico y solicitándose estudios complementarios. Su USG demostró embarazo de 17.5 semanas de gestación con producto único vivo, ascariasis vesicular y en vías biliares en la madre. Sus exámenes de laboratorio con: 6,900 leucocitos, sin evidencia de eosinófilos, bandas 2%, Hb: 10.8 g/dl, Hto: 34. Se somete a colecistectomía más exploración de vías biliares bajo bloqueo subaracnideo, encontrándose *Ascaris* en vesícula biliar, coléodo de 2 cm conteniendo gran cantidad de parásitos adultos, en el hepático común y en ambos hepáticos así como en los canalículos intrahepáticos. Se extraen de manera armada se irriga con solución fisiológica abundante, se dejó sonda en T, la paciente evoluciona favorablemente, se inició la vía oral al segundo día del postoperatorio, se egrera sin complicación postoperatoria ni obstétrica, retiramos la sonda en T después de 2 semanas, previa toma de colangiografía a través de la sonda, la cual muestra adecuado del material de contraste en todo el trayecto de las vías biliares hasta el duodeno. Se revisa a la paciente en la consulta externa siendo su evolución favorable y decidiendo su alta del servicio de Cirugía General. Conclusiones: La recuperación total es común en la ascariasis biliar no complicada, con una tasa de mortalidad de 1% o menos. La reinvasión parasitaria posterior al manejo inicial es casi siempre sintomática y en áreas endémicas puede ocurrir en aproximadamente el 30% de los casos. Las 2 complicaciones tardías más importantes de este padecimiento incluyen los cálculos intraductales y las estenosis biliares. Las cuales no se han presentado en nuestra paciente hasta ahora, corroborando su adecuada recuperación.

185 C 264

**TRICOBEOZAR PRESENTACIÓN DE UN CASO**

Gómez BF, Díaz CI, Díaz GJI, Lara JL  
Hospital General Regional No. 25 IMSS. México, D.F

Femenino de 23 años de edad con antecedentes familiares de neoplasias diversas, 3 cesáreas, de medio socioeconómico bajo, con padecimiento actual de tres meses con dolor en epigastrio de tipo urente tratada en su unidad de medicina familiar con bloqueadores H2 con pérdida de peso 10 kg en dos meses y a la exploración con desnutrición moderada y palpación de tumoración en epigastrio de aprox 20 cm. Enviada a su hospital correspondiente con la sospecha de neoplasia gástrica, se realiza SEGD con gastromegalía y floculación del material de contraste en estómago y con paso hacia duodeno de forma retardada, se intenta realizar endoscopia pero sin poder pasar el endoscopio a estómago. Niega tricofagia, se realiza laparotomía con evidencia de tricobezar y proyección de los pelos hacia el duodeno, se realiza gastrotomía amplia se extrae pieza quirúrgica y se

cierra gastrotomía en dos planos. Se presenta el caso para reflexionar sobre la simulación de patología neoplásica en paciente con tricobezar, ya que la presentación del cáncer a más temprana edad hace necesario no descartarlo como diagnóstico diferencial.

186 C 265

**LEIOMIOSARCOMA GÁSTRICO PRESENTACIÓN DE UN CASO**

Gómez BF, Díaz CI, Hernández MA, Heredia PML, Lara JL  
Hospital General Regional No. 25 IMSS. México, D.F

Los leiomiosarcomas representan alrededor del 1% de todos los tumores malignos del estómago, pero cerca de un 30% a un 40% de todos los tumores mesodérmicos malignos. El aspecto macroscópico es similar al del leiomioma y el leiomiosarcoma gástricos. El tamaño varía de 1 a 20 cm y con frecuencia presenta zonas necróticas, lo que le confiere un aspecto blando y quístico. En un 75% de los casos se localiza en el segmento superior del cuerpo o en el fondo del estómago. El leiomiosarcoma no posee cápsula, aunque su superficie es regular, puede ser intragástrico o extragástrico. Los pacientes tienen entre 40 y 60 años y el síntoma principal de presentación es la hemorragia gastrointestinal, menos de la mitad refieren dolor epigástrico y cerca de dos tercios presentan tumoración palpable, la pérdida de peso sólo afecta a un 10%. El tratamiento indicado es gastrectomía radical subtotal para las distales y la gastroesofagectomía proximal para las lesiones localizadas en el fondo cerca de la unión gastroesofágica. Se encuentra indicada una disección completa de ganglios linfáticos. Se encuentra indicado un seguimiento estrecho, dado que las metástasis pueden aparecer después de mucho tiempo. **Caso:** Femenino de 58 años de edad con dos años y medio con astenia y adinamia con melena intermitente, y desde hace un año con dolor en epi y mesogastrio, a la exploración se palpa tumoración en mesogastrio, se realizó USG: Pb. Tumoración de páncreas. SEGD y Tránsito: Pb. Leiomioma intestinal, Endoscopia: Compresión extrínseca de cuerpo gástrico con gastritis aguda. TAC: PB linfoma. Se realiza laparotomía identificando tumoración extrínseca a nivel de la curvatura menor se procede a realizar gastrectomía radical subtotal y con reporte histopatológico de leiomiosarcoma de localización serosa, de 10 x 10 x 9 cm bordes quirúrgicos libres de lesión, nódulo peritoneal fibrocalcificado, moderada gastritis aguda, ausencia de *Helicobacter pylori*. Con evolución satisfactoria a 7 meses del postoperatorio.

187 C 267

**DIVERTICULITIS DE CIEGO: REPORTE DE UN CASO**

Buenrostro PFJ, García HJC, Escamilla OAC, Lihó NA, Rodríguez CMG, Ramírez CG, Ramírez RE  
Hospital General Tacuba ISSSTE. México, D.F

**Introducción:** La diverticulosis del ciego es un padecimiento poco común, representa del 1-5% de todos los pacientes con enfermedad diverticular. Se debe distinguir entre la diverticulosis cecal y el divertículo único de ciego (divertículo verdadero). Prevalece el concepto de que el divertículo cecal es una entidad aislada y congénita de origen, otros sostienen que puede ser adquirido como una complicación de cirugía previa. Por lo que su verdadero origen es aún incierto. Los pacientes con diverticulitis cecal presentan un cuadro clínico, de laboratorio y gabinete indistinguible de la apendicitis

aguda. Los pacientes con apendicectomía previa, son los únicos casos donde se tiene una oportunidad real de hacer un diagnóstico preoperatorio correcto, donde la tomografía computada de abdomen (TC) es de gran ayuda. El diagnóstico durante la laparotomía exploradora no siempre es claro, se hace correctamente en el 60-70% de los casos, en el 30-40% de los casos se piensa en una neoplasia de ciego, y en pocos casos se sospecha de otra patología. Cuando el diagnóstico se realiza preoperatoriamente, muchos autores recomiendan tratamiento médico con antimicrobianos. Cuando el diagnóstico es transoperatorio y no hay duda, algunos autores recomiendan realizar apendicectomía incidental y antimicrobianos, otros autores recomiendan realizar un procedimiento quirúrgico limitado (diverticulectomía). Cuando el diagnóstico es incierto, sobre todo si se sospecha de carcinoma de ciego, el tratamiento indicado es una hemicolectomía derecha, abordaje quirúrgico más frecuentemente reportado, con una tasa de mortalidad baja (2.4%). Reporte del caso: Femenino de 49 años inicia sintomatología 48 horas antes de su ingreso, caracterizado por anorexia, dolor de inicio súbito y progresivo en fossa iliaca derecha, sin irradiaciones, niega fiebre, náusea o vómito, así como sintomatología urinaria. Siendo tratada con analgésicos y antiespasmódicos sin remisión del cuadro doloroso. SV normales, abdomen blando, depresible, dolor a la palpación superficial y profunda en fossa iliaca derecha, con resistencia muscular involuntaria, descompresión positiva; signos de Mc Burney, Rovsing, talopercusión positivos. Tacto vaginal, cervix anterior, cerrado y no doloroso a la movilización, dolor a la palpación del lado derecho del fondo de saco. Tacto rectal con esfínter normotónico y dolor a la palpación del lado derecho. Leucocitos 12,900, Fórmula roja, QS, TP y TPT, EGO normales. PSA asa centinela en FID. Se diagnostica apendicitis aguda, en la laparotomía se encuentra apéndice normal, ciego con tumoración de 5 x 5 cm, friable y con adherencias al epiplón mayor, realizándose hemicolectomía derecha con ileotransverso anastomosis término-terminal en 2 planos, con buena evolución postoperatoria. Dx. postoperatorio cáncer de ciego vs diverticulitis cecal. Dx. Patológico: Divertículo de ciego con inflamación aguda y crónica.

188 C 269

#### PSEUDOQUISTE ESPLÉNICO; REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Drs. Gustavo Cárdenas Guerrero, José Cristen Florencia, Pedro de Jesús Miramontes, Juan Carlos Moreno Rojas  
Departamento de Cirugía. Hospital General de Zona No. 30 Iztacalco. Instituto Mexicano del Seguro Social México, D.F

**Antecedentes:** Los quistes y pseudoquistes esplénicos son raros y resultantes de infecciones y traumatismos, hemorragias e infartos. Los signos clínicos más frecuentes son dolor leve en hipocondrio izquierdo y epigastrio, plenitud gástrica, tumoración abdominal y en algunas ocasiones datos de abdomen agudo. Objetivo: Describir un caso de pseudoquiste esplénico e informes de la literatura. x Masculino de 26 años de edad, ingresado por dolor abdominal de dos días de evolución de tipo cólico en epigastrio e irradiado hacia hipocondrio izquierdo postprandial y secundario a la ingesta de bebidas alcohólicas, y anorexia. A la exploración física se encontró al paciente en buenas condiciones generales, hidratado, palpando tumoración abdominal que abarcaba hipocondrio izquierdo hasta la fossa iliaca, de bordes regulares, móvil. Los exámenes de gabinete demostraron rechazo del ángulo esplénico del

colon y del riñón izquierdo. El ultrasonido demostró lesión quística con múltiples tabicaciones en su interior de dimensiones de 15 x 12 cm. El paciente fue sometido a laparotomía exploradora con hallazgo de lesión quística del polo inferior del bazo de 18 x 14 x 12 cm realizando esplenectomía. El resultado histopatológico reportó pseudoquiste esplénico. Conclusiones: Nosotros presentamos un caso de pseudoquiste esplénico en un paciente joven y aparentemente sano. El estudio integral del paciente es indispensable para el adecuado manejo quirúrgico siendo la tomografía computarizada y el ultrasonido los estudios de gabinete de mayor utilidad. La esplenectomía no presentó un riesgo de mayor morbilidad del paciente como manejo de elección en este caso.

189 C 270

#### FÍSTULA MESENTÉRICO CUTÁNEA SECUNDARIA A RECHAZO DE MATERIAL DE SUTURA. REPORTE DE UN CASO

Urióstegui NJA, Sevilla FJG, Medina RAE, Figueroa AS, De la Torre F

**Antecedentes:** Los puntos de sutura son cuerpos extraños que pueden servir como sitio de infección. Los abscesos pequeños se forman alrededor de las suturas aponeuróticas y subcutáneas en algunos enfermos. Estos abscesos pueden drenar a través de la superficie cutánea en forma espontánea o mediante su incisión quirúrgica, aliviándose el dolor pero apareciendo el drenaje persistente e intermitente con cantidades pequeñas de pus. Una vez que se forma una fístula debida a material de sutura, ésta no cierra hasta que éste es retirado. Reporte del caso: Masculino de 63 años que acude a la consulta externa de cirugía general del Hospital "Lic. Adolfo López Mateos" enviado de su clínica de adscripción con antecedentes de ser hipertenso controlado, funduplicatura hace 2 años y colecistectomía hace 1 año. Refiere salida de material purulento a través de tercio inferior de herida en línea media de cirugía previa en escasa cantidad, intermitente acompañándose de dolor punzante en dicha región de 7 meses de evolución, siendo tratado de manera conservadora sin mejoría, motivo por el cual es referido a nuestra unidad. En la exploración física de abdomen se observan 2 orificios en tercio inferior de herida quirúrgica previa con escasa salida de material purulento, sin otras alteraciones. Evolución: Se solicita como protocolo de estudio exámenes de laboratorio y fistulografía, esta última reporta 2 trayectos fistulosos, 1 subdérmico y otro que comunica a la cavidad peritoneal, sus laboratorios: glucosa 194 Na 149.4, leucocitos 5.9, linfocitos 32.8, neutrófilos 57.2, hemoglobina 16.3, hematocrito 50.4, plaquetas 216, Tp 15.8, Tpt 39.3, INR 1.1, decidiendo llevarlo a cirugía realizándose fistulectomía, cierre de defecto mesentérico y adherenciolisis, los hallazgos: 2 trayectos fistulosos, 1 cefálico a la línea media y otro lateral y a la derecha, 1 de los trayectos fistulosos tomaba el mesenterio de asas de delgado, sin lograr determinar el nivel anatómico de la fístula por cavidad congelada. Su evolución postquirúrgica fue sin complicaciones, con un día de estancia hospitalaria siendo manejado con soluciones a requerimientos y un antibiótico del tipo de las penicilinas, egresándose posteriormente con cita a la consulta externa donde su control fue satisfactorio. Reporte histopatológico: Fue "huso de piel con segmento de trayecto fistuloso con inflamación crónica leve inespecífica". Discusión: En nuestro caso el paciente tenía 7 meses de evolución con salida de material purulento a través de la herida, se documentó fístula que comunicaba a la cavidad peritoneal, decidiéndose someterlo a cirugía

encontrando material de sutura inerte (prolène) en el trayecto fistuloso, resecando en bloque la fistula. En la literatura existe poca información respecto a este tipo de fistulas secundarias a material de sutura. Conclusión: Las suturas pueden ser rechazadas semanas, meses o incluso años después de que fueron colocadas. Rara vez resulta necesario practicar una operación formal para abrir la herida ampliamente y eliminar todas las suturas infectadas. La seda tiene gran afinidad para la formación de fistulas por puntos de sutura; el material inerte (polipropileno) rara vez produce este problema.

190 C 271

#### **APENDICITIS AGUDA, POR TUMOR APENDICULAR (LINFOMA)**

Camacho Borboa GD, Nava Pineda C, Ugalde Rodríguez LR  
Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras. Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal

**Antecedentes:** Las neoplasias del apéndice vermiciforme son entidades infrecuentes, con marcadas diferencias de comportamiento; dependiendo del tipo histológico tamaño y componente mucoide. Una tercera parte de los linfomas extraganglionares afectan al tracto gastrointestinal. El sitio predilecto es la región íleo-cólica. Muchos son del tipo MALT o sea asociados a tejido linfático de la mucosa. Con distintos grados de malignidad o agresividad. Material y método: Reporte de un caso. Masculino de 19 años de edad el cual acude por presentar evolución de 3 días al presentar dolor abdominal tipo cólico localizado en fossa iliaca derecha, náuseas sin vómitos. A la exploración se encuentran datos de apendicitis aguda por lo que se programa para cirugía de urgencia con dicho diagnóstico. El laboratorio reportó. Hb: 16.4, Htc: 47.8, Leuc: 12.6, bandas: 7, EGO: Normal. Rayos X de abdomen: Niveles hidroaéreos y asa de delgado. Resultados: Durante la cirugía se encuentra un apéndice en posición pélvica de 7 x 6 x 2 cm dando la apariencia de una "J" deformada en su tercio distal, con abundante material fibrinopurulento. Se realiza appendicectomía convencional y el reporte histopatológico definitivo (no contamos con transoperatorio) es el de un apéndice cecal con linfoma tipo B, variedad MALT. El paciente a 8 meses de seguimiento, desde el punto de vista abdominal se encuentra asintomático, siguiendo sesiones de quimioterapia. Conclusiones: El linfoma primario del apéndice cecal, es una entidad poco frecuente que supone el 1% de todos los tumores localizados en este órgano. Se puede manifestar con dolor en fossa iliaca derecha, síntoma común de presentación. En muchas ocasiones el cuadro se confunde con una apendicitis aguda y en otras se presenta como una masa en hemiabdomen derecho. El diagnóstico preoperatorio es excepcional y el tratamiento de elección es la appendicectomía asociada o no de hemicolectomía derecha, dependiendo de su extensión en el momento de la intervención. Deberá acompañarse de quimioterapia adyuvante asociada o no a radioterapia según el estadio tumoral. La supervivencia a 5 años es del 100%, pero recaen en el 20%. Los linfomas MALT son de bajo grado de malignidad. El pronóstico está condicionado por el tipo histológico y su estadio.

191 C 272

#### **INCIDENCIA DE APENDICITIS AGUDA, EN GUARDIA NOCTURNA DE UN HOSPITAL GENERAL DE ZONA**

Camacho Borboa GD, Nava Pineda C, Stephens Tabare A, Neri Pérez E, Almaraz Martínez LG

Hospital General de Zona 2 A Francisco del Paso y Troncoso. Instituto Mexicano del Seguro Social

**Antecedentes:** La apendicitis aguda, actualmente es una de las urgencias quirúrgicas más frecuentes en el servicio de urgencias. Sigue siendo un reto diagnóstico para el cirujano. Patología descrita desde los inicios del siglo XV. En el año 1886, Reginald Fitz reconoce la apendicitis como una entidad clínica y patológica, para la cual es esencial el tratamiento quirúrgico. Charles Mc Burney, en 1889 describe las manifestaciones clínicas de la apendicitis aguda inicial previas a la rotura. Así como la descripción topográfica del punto de mayor dolor en la patología y la incisión descrita por él. La fisiopatología es debida a la obstrucción del lumen. Objetivo: Dar a conocer el resultado histopatológico de los apéndices vermiciformes extirpados durante la guardia nocturna de un Hospital General de Zona. Demostrando que los casos de apendicitis aguda complicada son intervenidos más frecuentemente en el turno nocturno. Material y método: Se trata de un estudio retrospectivo, longitudinal, realizado en nuestro hospital del 01 de enero al 31 de diciembre del 2001. En la que se intervinieron 23 pacientes de appendicectomía con técnica abierta, 16 del sexo femenino y 7 del sexo masculino, en las guardias nocturnas de lunes, miércoles y sábado. La edad, entre los 10 y 65 años. Se realizaron 3 appendicectomías en la guardia de los lunes, 15 en la guardia de los miércoles y 5 la guardia de los sábados. Resultados: De las 23 appendicectomías realizadas. La relación fue de 2:1 con el sexo femenino, el promedio de edad fue de 29 años. Los resultados histopatológicos mostraron lo siguiente: Se encontraron 2 apéndices normales (8%); apéndices edematosos con material fibrinopurulento en 21 (47.8%); abscedadas con peritonitis 10 (43.4%). Hubo una reintervención por absceso residual y una por oclusión intestinal secundaria a adherencias postquirúrgicas y absceso residual. Con infección de herida quirúrgica en un paciente. Conclusiones: En este trabajo se encontró que el diagnóstico de apendicitis aguda complicada, se presentan con mayor frecuencia en el turno nocturno de nuestro hospital. La vigilancia de los casos dudosos y la evolución de la enfermedad han dado como resultados un mayor índice de certeza diagnóstica, lo cual se corroboró con resultados histopatológicos. Ya que se confirmó el Dx de apendicitis aguda en el 92% de los 23 casos. Lo cual es mayor a los rangos de acertabilidad diagnóstica, ya que sólo el 8% de los apéndices extirpados fueron normales y en la literatura se reporta un índice del 10 al 15%.

192 C 273

#### **LEIOMIOSARCOMA. PRESENTACIÓN DE UN CASO**

Juárez Cuahatlantzi Javier, García GFJ, Barajas AR  
Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez. ISSSTE. México, Distrito Federal

**Antecedentes:** Los sarcomas de tejidos blandos son tumores raros que requieren de un manejo multidisciplinario. El sitio de afectación más común es en los miembros pélvicos. Dentro de sus factores causales se encuentran asociados con traumatismos, radiaciones y con trastornos hereditarios. La presentación más común, en las extremidades, es de un tumor con crecimiento lento, progresivo y doloroso. En el manejo quirúrgico, la escisión en bloque con bordes libres de lesión es fundamental para disminuir el índice de recurrencia. Objetivo: Presentación de un paciente con leiomiosarcoma.

miosarcoma en miembro pélvico derecho. Presentación: Masculino de 55 años. Sin antecedentes hereditarios de importancia para su padecimiento actual. Consumo alcohol y tabaco en forma crónica e intensa. Postoperado de plastía inguinal derecha hace 20 años. Padecimiento de 5 meses de evolución que se caracteriza por tumor localizado en la cara anterointerna de muslo derecho de crecimiento rápido sin otra sintomatología agregada. En medio privado se realiza resección de la lesión obteniendo pieza de 16 x 12 x 8 cm, con peso de 675.5 g. De características benignas aparentes. El estudio histopatológico reporta lesión compatible con leiomiosarcoma, con bordes positivos de lesión. Resultados: Se realiza nueva resección quirúrgica con estudio transoperatorio y se obtiene pieza quirúrgica con bordes libres de lesión. Conclusiones: La resección quirúrgica de los tumores en tejidos blandos debe acompañarse de estudio transoperatorio y/o estudio histopatológico definitivo, aún cuando la lesión sea aparentemente benigna.

193 C 274

#### DILATACIÓN ENDOSCÓPICA DE ESTENOSIS COLO-RECTAL

González Godínez Claudia Patricia, Villanueva Sáenz Eduardo, Martínez Hernández-Magro Paulino, Rocha Ramírez José Luis, Jaime Zavala Martín, Beitia Jurado Iván Enrique, Gutiérrez Roa Alfredo, Sandoval Munro René David  
Servicio de Cirugía de Colon y Recto. HE CMN SXXI IMSS

**Introducción:** La estenosis anastomótica en pacientes sometidos a resección colónica se presenta en 10% de los casos, consecuencia de isquemia, radioterapia, fuga anastomótica o neoplasia recurrente. Hasta mitades de los 80's, su manejo era quirúrgico. En 1983, Ball describió el balón para dilatación de estenosis isquémicas en niños y en 1984 se diseñó un balón para adultos. La dilatación con balón tiene una tasa de éxito de 70 a 90% con baja tasa de complicaciones. La estenosis en colon izquierdo da síntomas cuando el diámetro de la luz intestinal es menor a 20 mm y causa obstrucción con diámetros menores a 10 mm.

Las ventajas del procedimiento son la visión directa y el control de la fuerza, que a diferencia de la longitudinal de las bujías, ésta es radial, lo que disminuye el riesgo de perforación. Caso clínico: Paciente masculino de 46 años de edad, sometido a sigmoidectomía y colo-rectoanastomosis por enfermedad diverticular complicada, utilizando engrapadora circular 33 mm. El paciente presentó dolor abdominal, distensión, náusea e incapacidad para defecar. Se realizó colonoscopia encontrando estenosis con diámetro de 6 mm. Se realizaron 3 sesiones de dilatación con balón con intervalos de una semana, utilizando balones con diámetros progresivos hasta permitir el paso del colonoscopio. Actualmente la anastomosis está permeable al paso del colonoscopio con un diámetro mayor a 20 mm.

Conclusión: La dilatación con balón de las estenosis colorectales es un método seguro, que se realiza de forma ambulatoria disminuyendo considerablemente el riesgo de una reintervención quirúrgica.

194 C 275

#### ENFERMEDAD DE CROHN. ESTADO ACTUAL DE LAS COMPLICACIONES

Jaime-Zavala Martín, Gutierrez-Roa Alfredo, Martínez-Hernández Magro Paulino, Villanueva-Sáenz Eduardo, González-Godínez Claudia Patricia, Rojas-Illanes Moisés, Sandoval-Munro René David, Beitia-Jurado Iván Enrique  
Departamento de Cirugía de Colon y Recto del Hospital de Especialidades de Centro Médico Nacional México, D.F

Iez-Godínez Claudia Patricia, Rojas-Illanes Moisés, Sandoval-Munro René David, Beitia-Jurado Iván Enrique  
Departamento de Cirugía de Colon y Recto del Hospital de Especialidades de Centro Médico Nacional México, D.F

**Antecedentes:** Descrita en 1932 por Crohn, Ginzburg y Oppenheimer como ileitis regional. Históricamente entraña difícil manejo y recurrencia a pesar de los esfuerzos terapéuticos. Objetivo: Reportar la incidencia actual de las complicaciones e imágenes de las mismas. Epidemiología: Esta reportado de 3-6 casos por cada 100,000 habitantes por año. Tienen pico en la segunda y tercera décadas de la vida, en pocos casos en la séptima y octava décadas, sin predominio de sexo. Etiología: Desorden poligénico, con patrón hereditario no mendeliano. Tiene relación con infección por *Mycobacterium paratuberculosis* y *Yersinia enterocolitica*. Manifestaciones: Entre las manifestaciones extra-intestinales están: eritema nodoso 4-15%, pioderma gangrenoso 2%, manifestaciones oculares 4-10%, artropatías periféricas y axiales (espondilitis anquilosante) 2-7.8%, colangitis esclerosante. El riesgo malignidad colo-rectal va de 4-20 veces mayor que la población en general, predominando adenocarcinoma. Complicaciones: La fistula recto-vaginal ocurre del 3.5-23%. La fistula enterovesical 20% puede detectarse por cistoscopias sólo el 50%, el empleo de verde indociana da más eficacia y confiabilidad, fistulas internas 5-10% (4), estenosis sintomáticas hasta en el 69%, la hemorragia 0.3%, de éstos el 12% proviene del colon. La cirugía se reserva para tres principales condiciones: falla en el tratamiento médico, obstrucción, fistula, sepsis. La cirugía recomendada depende de la edad, condiciones comórbidas, involucro del recto, extensión y severidad, resecciones previas, continencia, involucro anal o perianal. La proctocolectomía total con ileostomía continua siendo el gold estándar, con tasa de recurrencia (10-20%).

195 C 276

USO DE ENGRAPADORA CIRCULAR PARA TRATAMIENTO DE ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS COLORRECTALES  
Martínez Hernández-Magro Paulino, Villanueva Sáenz Eduardo, Jaime Zavala Martín, González Godínez Claudia Patricia, Beitia Jurado Iván Enrique, Gutiérrez Roa Alfredo, Sandoval Munro René David  
Servicio de Cirugía de Colon y Recto. HE CMN SXXI IMSS

**Introducción:** La estenosis de una anastomosis colorrectal se reporta con incidencia de un 0 a 30%. El manejo de las estenosis incluye manejo conservador con ablandadores del bolo fecal, dilataciones con dilatadores de Hegar, sigmoidoscopio, y neumáticas, generalmente de 2 a 4 sesiones con 3 meses de intervalo. Cuando una estenosis es sintomática requiere de tratamiento quirúrgico, existen varios abordajes. Presentación del caso: Paciente femenino de 47 años de edad la cual fue sometida a sigmoidectomía y colo-recto anastomosis por enfermedad diverticular, sin complicaciones. Sin embargo, durante el seguimiento a los 4 meses con sensación de imposibilidad de evacuar, y disminución del calibre de las heces, además de dolor tipo cólico y distensión abdominal. En la exploración proctológica se encuentra estenosis de la anastomosis colorrectal, que impide el paso del endoscopio puntiforme por lo que se le propone tratamiento quirúrgico. Se decide realizar resección de la estenosis y tejido fibroso por medio de una engrapadora circular introducida por vía transanal sin el cabezal, el cual se introdujo por arriba de la estenosis por medio de una colotomía, con lo cual se

reseca una "dona" de tejido fibroso incluyendo la estenosis, quedando la luz del colon permeable. La paciente cursa con adecuada evolución postoperatoria y con mejoría de los síntomas. Conclusiones: La resección de la zona estenótica por medio de engrapadora circular, es una alternativa para el tratamiento quirúrgico de las estenosis colorrectales bajas, con la ventaja de no desmantelar la anastomosis previa y sin el riesgo de una nueva anastomosis.

196 C 277

#### **TRATAMIENTO CONSERVADOR DE FÍSTULAS ENTEROCUTÁNEAS DE BAJO GASTO CON PEGAMENTO DE FIBRINA. (QUIXIL) PRESENTACIÓN DE UN CASO**

Martínez Hernández-Magro Paulino, Villanueva Sáenz Eduardo, González Godínez Claudia Patricia, Jaime Zavala Martín, Sandoval Munro René David, Gutiérrez Roa Alfredo, Beitia Jurado Iván Enrique

Servicio de Cirugía de Colon y Recto. HE CMN SXXI IMSS

**Introducción:** El uso del pegamento de fibrina para sellar orificios fistulosos se ha reportado desde hace un siglo. Al mezclar los componentes del pegamento (fibrinógeno autólogo con trombina bovina reconstituida) se reproduce la etapa final de la cascada de la coagulación resultando en un sello de fibrina. Presentación del caso: Masculino de 44 años de edad con diagnóstico de CUCI, operado en varias ocasiones, en primera ocasión con colectomía subtotal, posteriormente proctectomía y reservorio ileoanal en J, reinterviniéndose por lesión incidental de yeyuno con peritonitis, manejándose con abdomen abierto el cual cerró por segunda intención, posteriormente con fistula del reservorio a piel por lo que se remodela reservorio, se realiza nueva cirugía para cierre de ileostomía de protección con resultados satisfactorios, sin embargo a las 3 semanas de la última cirugía presenta salida de material intestinal por orificio fistuloso localizado en herida donde se cerró la ileostomía, con gasto escaso de 15 a 25 cc, se realiza fistulograma corroborando la presencia de fistula enterocutánea, sin embargo ante las condiciones del abdomen y el consiguiente riesgo quirúrgico se decide realizar manejo conservador con pegamento de fibrina, el cual se introduce por el orificio fistuloso realizando previamente legrado del mismo, obteniéndose coágulo, sellando el orificio, el cual fue posteriormente cicatrizando hasta su cierre definitivo. Conclusiones: La aplicación del pegamento de fibrina ofrece una alternativa para el tratamiento de fistulas enterocutáneas de bajo gasto con trayecto fistuloso largo, con lo cual se evita el riesgo de un procedimiento quirúrgico.

197 C 278

#### **TUMOR NEUROENDOCRINO DE COLON**

González Godínez Claudia Patricia, Villanueva Sáenz Eduardo, Martínez Hernández-Magro Paulino, Rocha Ramírez José Luis, Jaime Zavala Martín, Beitia Jurado Iván Enrique, Gutiérrez Roa Alfredo, Sandoval Munro René David

Servicio de Cirugía de Colon y Recto. HE CMN SXXI IMSS

**Introducción:** Aproximadamente 50% de los cánceres colorrectales clasificados inicialmente como poco diferenciados presentan diferenciación neuroendocrina cuando se realizan estudios de inmunohistoquímica. Los carcinomas neuroendocrinos tienen peor pronóstico que los adenocarcinomas. La utilidad de reconocer la diferenciación neuroendocrina está en las opciones terapéuticas, que pueden incluir agentes ci-

totóxicos que usualmente no se utilizan en los adenocarcinomas. A pesar de esto, la sobrevida a 6 meses para los carcinomas con diferenciación neuroendocrina es del 58% y a 5 años del 6%. Se han identificado 3 subtipos de células neuroendocrinas: células pequeñas, células intermedias y células bien diferenciadas. Caso clínico: Paciente femenino de 33 años de edad, sin antecedentes de importancia. Presenta cuadro clínico de 2 meses de evolución caracterizado por dolor abdominal tipo cólico en flanco y cuadrante inferior derecho con aumento de volumen en mismo sitio. Además de astenia, adinamia, evacuaciones disminuidas de consistencia con moco, sin sangre, fiebre no cuantificada y pérdida de peso de 10 kg. Exámenes de laboratorio: Hb 11.2 mg/dl, leucocitos 11,000 cél/mm<sup>3</sup>, ACE 10.9 ng/ml. TAC abdomen: tumor en colon derecho con datos de necrosis en su interior. Durante la cirugía se encuentra un tumor de colon derecho de 20 x 20 cm, con asas de ileón terminal firmemente adheridas. El reporte histopatológico inicial fue de adenocarcinoma de colon derecho poco diferenciado, posteriormente al realizar las pruebas de inmunohistoquímica se identificó diferenciación neuroendocrina.

198 C 279

#### **SÍNDROME DE PEUTZ JEGHERS**

González Godínez Claudia Patricia, Villanueva Sáenz Eduardo, Martínez Hernández-Magro Paulino, Jaime Zavala Martín, Beitia Jurado Iván Enrique, Gutiérrez Roa Alfredo, Sandoval Munro René David, Rojas Illanes Moisés, Mejía Nogales Ramiro

Servicio de Cirugía de Colon y Recto. HE CMN SXXI IMSS

**Introducción:** El síndrome de Peutz-Jeghers es un trastorno hereditario autosómico dominante raro caracterizado por pólipos hamartomatosos gastrointestinales y pigmentación mucocutánea. El síndrome comprende áreas melánicas en mucosa bucal y labial, rostro y ortejos de los dedos. Los pólipos en el intestino delgado son hallazgo constante, pero el estómago, colon y recto pueden estar también comprometidos. Los signos y síntomas en el primer miembro de la familia con este diagnóstico son: dolor abdominal con o sin obstrucción intestinal, sangrado de tubo digestivo y anemia. El índice de malignidad de los pólipos es de hasta 20%. El seguimiento es semestral por panendoscopia y colonoscopia. Caso clínico: Paciente masculino de 22 años de edad, portador de síndrome de Peutz-Jeghers. Se encuentra en vigilancia desde los 14 años. Presenta las manifestación mucocutáneas características de la enfermedad. Se han diagnosticado pólipos gástricos y en recto manejados con polipectomía endoscópica. Conclusión: El síndrome de Peutz-Jeghers aunque raro debe ser considerado, ya que en pacientes sin antecedentes heredofamiliares conocidos el motivo de consulta puede ser desde dolor abdominal sin causa aparente, hasta cuadros de obstrucción intestinal y sangrado gastrointestinal. Se debe tener en cuenta la conducta a seguir en caso de hallazgos clínicos que orienten a este diagnóstico.

199 C 280

#### **PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN ENDOSCOPIA DE TUBO DIGESTIVO BAJO EN PACIENTES CON CUCI, ¿ES NECESARIA?**

Sandoval Munro René David, Martínez Hernández Magro Paulino, Villanueva Saénz Eduardo, Gutiérrez Roa Alfredo,

## Trabajos en cartel

Jaime Zavala Martín, González Godínez Claudia Patricia, Beitia Jurado Iván Enrique  
Hospital Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI  
IMSS

**Antecedentes:** El término de bacteremia o traslocación bacteriana se define como el paso de endobacterias viables a través de la mucosa gastrointestinal hacia los tejidos extra-intestinales estériles, incluyendo al torrente sanguíneo. Se han identificado múltiples mecanismos como responsables de la traslocación bacteriana, entre los más importantes: interrupción de la continuidad de la mucosa intestinal, permeabilidad linfática aumentada, isquemia y cambios en la flora intestinal. Se ha reportado una incidencia de traslocación bacteriana de 12.5 a 28.9% en procedimientos intervencionistas de tubo digestivo alto, en estudios de colonoscopia la incidencia reportada es del 0.0 al 17 %. Objetivo: Encontrar evidencia de translocación bacteriana en pacientes con CUCI, comparando los resultados con un grupo control de pacientes sanos para determinar la utilidad de la profilaxis antibiótica en los pacientes con CUCI. Pacientes, material y métodos: Estudio prospectivo, longitudinal y descriptivo. Se formaron dos grupos de pacientes, un grupo con veinte pacientes con diagnóstico de CUCI y un grupo control sano. A todos los pacientes se les realizó hemocultivo 30 minutos previo a la colonoscopia y nuevo hemocultivo 30 minutos después de la colonoscopia. Criterios de inclusión: Pacientes adultos con diagnóstico de CUCI. Criterios de no inclusión: Pacientes con administración de esteroides, presencia de enfermedades autoinmunes, inestabilidad hemodinámica y foco infeccioso documentado a otro nivel. Criterios de exclusión: Pacientes en los que no se pudo concluir el estudio colonoscópico. Variable dependiente: Diagnóstico de CUCI, colonoscopia. Variable independiente: Hemocultivo positivo posterior a la colonoscopia. Resultados: se realizó hemocultivo pre y postcolonoscopia a 20 pacientes con CUCI y a 20 pacientes sanos en el periodo comprendido entre el 01 abril 2002 y el 01 junio 2002. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos de pacientes adultos con CUCI y el grupo control de pacientes sanos. Conclusiones: De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio no se recomienda la profilaxis antibiótica para la realización de endoscopia de tubo digestivo bajo en los pacientes con CUCI.

200 C 282

### TRICOBEZOAR GÁSTRICO. REPORTE DE 1 CASO

Drs. Balbuena HE, Salinas VJC, Menchaca GL  
Departamento de Cirugía General Hospital General de Zona No. 4. Instituto Mexicano del Seguro Social, Monterrey NL. México

Femenino de 32 años de edad originaria y residente de Monterrey, N.L, madre soltera, estudios, secundaria terminada. APP: Quemadura de 2do grado de 45%, SCT a los 7 años de edad; 1 cesárea previa a los 17 años. Inicia padecimiento hace 1 mes y medio con presencia de sensación de plenitud postprandrial, náuseas y vómito de contenido alimenticio inmediato de 1 semana de evolución, tolerando sólo líquidos. Con pérdida de peso de 8 kg en los últimos 6 meses. A la exploración física se encuentra paciente de complejión asténica, inquieta, orientada, abdomen blando, depresible, con masa palpable en epimesogastrio de aproximadamente 15 x 10 cm dolorosa, móvil, peristaltismo normal. SEGD: Defecto

de llenado en fondo, cuerpo y antro, con paso del medio de contraste a duodeno endoscopia. Masa que obstruye el paso de endoscopio a duodeno, sugiere bezoar. Se realiza laparotomía exploradora encontrando tricobezoar 18 x 12 x 7 cm, abarcando toda la luz gástrica y adoptando la forma de éste. Se egresa por mejoría a los 6 días de postoperatoria.

201 C 283

### PALIACIÓN QUIRÚRGICA DEL CÁNCER DE LA ENCRUCIJADA BILIAR. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Dávila BDA, Alonso RJC, Méndez PJA, Medina MJL, Arizpe FD, Zavala PA, García VAB  
Departamento de Cirugía Digestiva y Endocrina del Hospital Regional de Especialidades No. 25 del IMSS, Centro Médico Nacional del Noroeste. Monterrey, N.L

**Objetivo:** Análisis de la evolución en los pacientes con diagnóstico de cáncer de la encrucijada biliar que recibieron tratamiento quirúrgico con fines paliativos desde el postoperatorio hasta su muerte en un periodo de 5 años. Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, comparativo y transversal, de los expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico de cáncer de la encrucijada biliar en el periodo de 5 años de los pacientes operados en el servicio de Cirugía Digestiva y Endocrina en el HRE No. 25 del IMSS desde el año de 1996 al año 2000, incluyendo pacientes operados de Whipple que resultó paliativo y a los que se les realizó palificación con cirugía derivativa. **Resultados:** Se evaluaron un total de 95 pacientes con diagnóstico de cáncer de la encrucijada biliar y que se sometieron a procedimiento quirúrgico, de los cuales a 55 pacientes se les practicó derivación biliodigestiva (57.8%), a 32 se les realizó procedimiento de Whipple (33.6%), y sólo a 8 se les realizó laparotomía exploradora con toma de biopsia transoperatoria (8.4%). De los 32 pacientes a quienes se les realizó procedimiento de Whipple y al revisar el reporta histopatológico, se confirmó que sólo a 10 pacientes el procedimiento fue con fines curativos (10.5%), los 22 pacientes restantes (68.8%) fueron solamente con fines paliativos. Se compararon los Whipples paliativos con el doble de derivaciones biliodigestivas. Conclusiones: Como se menciona en la literatura mundial, sólo del 10 al 20% de los pacientes con diagnóstico de la encrucijada biliar son apropiados para la resección y tienen posibilidades de curación al momento del diagnóstico. Con los pacientes de Whipple se obtuvo una sobrevida de 14 meses, los de derivación biliodigestiva sobrevivieron 5 meses, con internamientos frecuentes en ambos procedimientos, 3 internamientos en Whipple paliativo y 7 internamientos en derivaciones biliodigestivas. Las complicaciones más frecuentes fueron en ambos grupos absceso intra-abdominal y sangrado. Menos frecuente fueron las fistulas pancreática y biliar.

202 C 284

### ANEURISMA MICÓTICO DE AORTA ABDOMINAL. REPORTE DE UN CASO

Drs. Lucas Ponce, Rafael Ángel Gutiérrez, Efrén Erubé Acevedo Sánchez, Horacio Javier Guajardo Pérez, Mario A Cava zos Ortega  
Departamento de Cirugía General, Hospital Christus-Muguerza. Monterrey, Nuevo León. México

El aneurisma de la aorta abdominal como causa de dolor, conlleva a graves consecuencias en un diagnóstico y ma-

nejo tardíos, haciéndolo una lesión que descartar como diagnóstico diferencial. Existen tres manifestaciones: ruptura, trombosis y embolización con etiología diferente; degenerativos, arterioscleróticos, traumáticos, infecciones agudas o crónicas, disrupción anastomótica. El aneurisma micótico ocupa el 3% de frecuencia, como causa de émbolos sépticos y/o endocarditis infecciosa, el cual puede de ocurrir en cualquier arteria, en las bifurcaciones, fistulas arteriovenosas, coartaciones e injertos. Presentamos la experiencia en un paciente con un aneurisma micótico. Paciente masculino de 70 años de edad, con antecedente relevante de ser hipertenso, infarto agudo al miocardio hace 18 años tratado de manera conservadora, diabético tipo II y gran fumador. Que inicia hace quince días con dolor en región lumbar, irradiado a ambas caras internas de muslos y región perianal, intermitente de leve a moderada intensidad, tipo cólico, agrandándose astenia, adinamia, malestar general, hipertermia no cuantificada, dolor abdominal difuso constante con nueve días de evolución, consultando en dos ocasiones sin diagnosticar causa del dolor. Valorado por cirugía con dolor a la palpación generalizada, no masas, no datos de irritación y por medio de TAC se le diagnostica, aneurisma disecante de aorta abdominal. Se intervino quirúrgicamente por laparotomía exploradora, encontrando aneurisma micótico disecante de aorta abdominal infrarrenal realizando endarterectomía con bypass bifemoral más injerto de Dacron, con transoperatorio sin complicaciones y el reporte final por histopatológico confirmó la etiología micótica. Actualmente el paciente se encuentra asintomático.

203 C 287

#### CISTECTOMÍA OVÁRICA LAPAROSCÓPICA EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO

Drs. José Concepción Medina Gálvez, Magdaleno Páez Morales, José Luis Bonilla Soto, Gerardo Marín Romero  
Unidad de Cirugía Laparoscópica. Sanatorio "Santa María"  
Los Reyes La Paz, Estado de México

**Antecedentes:** El embarazo no es considerado ser una contraindicación absoluta para los procedimientos laparoscópicos. Objetivo: El propósito de este estudio es presentar los resultados obtenidos con la cistectomía ovárica laparoscópica durante el primer trimestre del embarazo. Material y métodos: Durante un periodo de un año (2001-2002) a 6 pacientes con embarazo del primer trimestre, se les diagnosticó quiste no complicado de ovario mayor de 5 cc, se les realizó cistectomía laparoscópica bajo bloqueo mixto (subaracnideo y peridural), a través de tres puertos de trabajo, con un neumoperitoneo menor a 9 Barr de presión. Resultados: La cistectomía ovárica laparoscópica fue exitosa en todas las pacientes; el tiempo quirúrgico promedio fue de 42.5 minutos; hubo escaso dolor postoperatorio; no fue requerido tratamiento tocolítico en ninguna paciente, se egresaron en las primeras 24 horas y todas tuvieron productos de término sin complicaciones. Discusión: La cistectomía ovárica laparoscópica realizada con bloqueo mixto y neumoperitoneo bajo (menos 9 Barr) produjo buenos resultados en todas las pacientes. Conclusiones: Los procedimientos laparoscópicos durante el primer trimestre del embarazo son seguros de realizar sin presentar morbilidad mayor a la reportada con la laparotomía formal.

204 C 288

#### LIPOMATOSIS INTESTINAL, CAUSA DE INTUSUSCEPCIÓN

Torres HG, Ramírez OB, Gómez Cordero LR, Aznar AJ, Pazarán MC, Ovando JE, Aguilar SJ, Jaramillo AR, Aznar JA, García NR, Vargas HJ, Ortiz ZM, González SP, Quiroga SR  
Servicio de Cirugía General, Hospital General de Tlalnepantla Valle Ceylán, Segundo Nivel de Atención

**Introducción:** La intususcepción es poco frecuente en adultos y una de las etiologías menos reportada es la lipomatosis intestinal. Objetivo: Reporte de un caso. Femenino de 32 años, sin antecedentes de importancia. Padecimiento de tres días de evolución con dolor cólico insidiioso en epigastrio, irradiado a fosas ilíacas, evacuaciones líquidas, náuseas y vómito fecaloide. Exploración física: Buen estado general, palidez de tegumentos +, cardiopulmonar normal, abdomen distendido +++, hiperestesia e hiperbaralgésia, McBurney, Capurro, Rovsing, Von Blumberg positivos, masa en fossa iliaca derecha, dolorosa, fija a planos profundos, bordes imprecisos. El tacto rectal con tumoración fija en fossa iliaca derecha, dolorosa. La radiografía abdominal con tumoración en cuadrante inferior derecho, que desplaza asas intestinales. La trasonografía abdominal reporta tumoración homogénea, no determina origen. Laboratoriales: Hb 10.9, Ht 35%, leucocitos 11,600, TP 17", 66.5%, TPT 42". Se programa para laparotomía exploradora con diagnóstico de plastrón apendicular. Hallazgos: Intususcepción ileo-ileal a 20 cm de válvula ileo cecal, apéndice normal. Tratamiento: Resección intestinal de 40 cm de ileón, anastomosis terminoterminal y apéndicectomía. Histopatología: Lipomatosis múltiple en submucosa, erosión y proceso inflamatorio agudo. Resultados: Dada de alta por mejoría. Actualmente asintomática, con vigilancia por consulta externa. Discusión: La importancia del caso estriba que en la literatura mundial se han reportado 20 casos de lipomatosis múltiple como causa de intususcepción intestinal en el adulto. No se encontraron reportes nacionales.

205 C 289

#### HEMANGIOMA CAVERNOSO DE RECTO

Drs. Cuevas Montes de Oca Francisco, Pulido Muñoz Marco Antonio, Rodríguez Rocha Fidel, García Sánchez Morelos Adolfo, Torres Alpizar Arturo, Pichardo Farfán Miguel Ángel, Miranda López Adrián, Castillo Gaytán Ricardo  
Instituto Mexicano del Seguro Social. Centro Médico Nacional "La Raza". Departamento de Colón y Recto. México, D.F

**Introducción:** El hemangioma cavernoso expansivo difuso es una patología muy rara, siendo una neoplasia benigna no epitelial que se presenta a temprana edad con hemorragia rectal de moderada a grave, e indolora. La frecuencia de sangrado es del 90% debido al traumatismo ocasionado por las heces; con síntomas como tenesmo y evacuación incompleta. Representa un alto riesgo de mortalidad que es superior al 50% al momento del manejo quirúrgico. Objetivo: Presentación de un caso. Paciente masculino de 35 años de edad, con sangrado intermitente de 3 años de evolución transrectal, con pujío y tenesmo ocasional, con síncopes y lipotimias frecuentes, así como pérdida ponderal no cuantificada; a la exploración física cursa con palidez de tegumentos, sople holosistólico y malestar general, se localizan flebolitos múltiples en placa antero-posterior de pelvis y se corrobora diagnóstico con tomografía computada doble contrastada, de lesión ocupante de recto; es intervenido de urgencia reali-

zando una resección abdominoperineal sin complicaciones, por hemorragia masiva. Con evolución satisfactoria. **Conclusiones:** El tratamiento de los hemangiomas rectales es la cirugía; aunque la mortalidad es elevada y se relaciona con el grado de malformación angiomatosa, el riesgo de sangrado transoperatorio y postoperatorio es inminente, ya que supera el 65% de los casos. Sin embargo, no hay alternativa.

206 C 290

#### ENDOMETRIOSIS COLÓNICA

Drs. Pichardo Farfán MA, Pulido Muñoz MA, Rodríguez Rocha F, Cuevas Montes de Oca F, García Sánchez MA, Torres Alpizar A, Miranda López A  
Instituto Mexicano del Seguro Social. Centro Médico Nacional "La Raza".  
Departamento de Colon y Recto. México, D.F

**Antecedentes:** Es una enfermedad rara de tejido endometrial funcional, glandular y estromal en sitios fuera del útero con incidencia del 5.4%. En 1909 Meyer reportó el primer caso de endometriosis intestinal tratada quirúrgicamente. Existen dos patrones histopatológicos infiltrante y pseudoinfiltrante; el primero, hay una invasión de tejido endometrial hacia el interior de los tejidos peritoneales y el segundo como forma de adenomiosis por remanentes mullerianos. El tejido ectópico endometrial responde a un estímulo hormonal y sigue los cambios proliferativos del ciclo menstrual. Sampson describe la teoría de la menstruación retrógrada explicando la afectación intestinal. **Objetivo:** Presentación de un caso. Paciente femenino de 40 años de edad con histerectomía hace 3 años por miomatosis uterina. Sin otros antecedentes. Inicia posterior a la cirugía rectorragia moderada cíclica cada 28 días con duración de 3 a 5 días decreciente y dolor abdominal moderado tipo cólico al momento del sangrado; distensión abdominal, diarrea y constipación intermitente. A la exploración física abdomen con dolor a la palpación profunda en fossa iliaca izquierda y región anoperineal normal. Se visualiza en colon por enema estenosis del rectosigma de 20 cm con defectos múltiples de llenado. En colonoscopia estenosis a 15 cm del margen anal con hiperemia y estenosis de la luz intestinal con lesión elevada irregular de 1 cm no franqueable. Se realiza resección anterior baja sin complicaciones. El reporte histológico: endometriosis transmural hasta la serosa intestinal e hipertrofia de la muscular con límites libres. **Conclusiones:** El diagnóstico es histológico y el tratamiento es quirúrgico.

207 C 291

#### ADENOMA DE ÍLEON

Drs. Miranda López A, Cuevas Montes de Oca F, Pulido Muñoz MA, Rodríguez Rocha F, García Sánchez MA, Fuentes Rivas A, Torres Alpizar, Pichardo Farfán MA  
IMSS, Servicio de Cirugía de Colon y Recto HECMN "La Raza". México, D.F

**Antecedentes:** Las neoplasias de intestino delgado representan el 5% de las neoplasias digestivas y el 2% de neoplasias malignas. La incidencia máxima es la sexta década de la vida, son más frecuentes en segmentos gastrointestinales que contienen nitrosaminas, benzopirenos y disminución en la IgA. Los tumores benignos más frecuentes son adenomas y leiomiomas. El diagnóstico se realiza sólo en la tercera parte de los pacientes en forma preoperatoria, los

principales síntomas son obstrucción intestinal parcial (40%), secundarios a invaginación, dolor abdominal vago (30%), y sangre oculta en heces (50%), el diagnóstico de mayor precisión es la enteroclisis. Los adenomas ocupan el 35% de todas las neoplasias benignas de intestino delgado, se presenta con mayor frecuencia en íleon, posteriormente duodeno y yeyuno. Se clasifican en tubulares, vellosos y tubulovellosos. Pueden ser solitarios o múltiples y asintomáticos. En la obstrucción por invaginación se realiza resección intestinal, enterotomía y polipectomía. El adenoma veloso representa el 1%, la degeneración maligna es común. **Objetivo:** Presentación de un caso: Femenino de 35 años, antecedentes negados. Inicio de 12 meses con dolor abdominal difuso, y datos de oclusión parcial con exacerbación y remisión, pérdida de peso 10 kg, ameritando internamiento en múltiples ocasiones por cuadros similares, TAC, USG, colonoscopia sin alteraciones aparentes, se realiza LAE, encontrando invaginación intestinal a 1 metro de la válvula ileocecal. Secundaria a pólipos en íleon de 3 x 5 cm con oclusión intestinal. Se realiza resección intestinal y EEATT, sin complicaciones. **Conclusiones:** El diagnóstico de esta patología es de difícil. El tratamiento es quirúrgico.

208 C 293

#### PANCREATODUODENECTOMÍA POR CÁNCER DE COLON EN ÁNGULO HEPÁTICO. INFORME DE CASO

Lira AMDLC, Moreno AD, Lira RTDJ, Gómez HE, Fragoso JM, Piedra RJL, Aguilera SJ, Camacho PC, Rojero TM  
Centro Médico Nacional de Occidente IMSS, Servicio de Cirugía General, Guadalajara, Jalisco

**Antecedentes:** La pancreatoduodenectomía (Whipple), es la operación que se practica con mayor frecuencia para carcinoma de la cabeza de páncreas, sin embargo este procedimiento es muy raro que se realice en carcinoma de colon a nivel de ángulo hepático. **Objetivo:** Presentar el caso de una paciente con adenocarcinoma de colon en ángulo hepático, con infiltración a duodeno y cabeza de páncreas en quien se efectuó una pancreatoduodenectomía. **Informe del caso:** Femenino de 62 años, madre y abuela materna finadas por cáncer cervicouterino, padre finado por cáncer de próstata. Hace 13 años cursó con Cacu tratada con histerectomía y radioterapia. Inició su padecimiento actual 1 mes antes de su manejo quirúrgico, con cuadro de anemia de 5.5 gramos de hb/dl y síndrome constipativo, evacuaciones con sangre fresca y días después presentó hematoquezia. Colon por enema con redundancia y ptosis del transverso con imagen en colon ascendente por sustracción, TAC abdominal con tumoración en ángulo hepático sin invasión a ganglios ni metástasis distantes, endoscopia alta con hernia hiatal, duodenitis en bulbo severa. La colonoscopia reportó lesión estenosante en ángulo hepático, obstrucción 90%. **Resultados:** Realizamos exploración quirúrgica, hallazgos de tumoración de colon en ángulo hepático, 10 cm infiltraba primera, segunda porción del duodeno y cabeza del páncreas. Tumor que tomaba todas las paredes del colon, los vasos mesentéricos y vena porta libres. Se realizó hemicolectomía derecha y se complementa cirugía con pancreatoduodenectomía sin complicaciones transoperatorias, evolución satisfactoria. **Conclusiones:** La pancreatoduodenectomía es una opción para estas situaciones. En estos casos el cirujano debe tomar las decisiones con oportunidad y contar con los recursos necesarios.