

Cirujano General

Volumen 24
Volume

Suplemento 1
Supplement

Octubre-Diciembre 2002
October-December

Artículo:

Trabajos en Cartel del 209-271

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

127	Histoplasmosis extensa de colon. Reporte de un caso	134	Uso de recursos paraclínicos en el estudio del dolor abdominal agudo, experiencia de un hospital privado comparada a la experiencia de un Hospital Universitario
127	Síndrome de Budd-Chiari postraumático tratado con cirugía endovascular: reporte de un caso	134	Enfermedad quística no parasitaria del hígado
127	Simpatectomía por videotoracoscopia reporte de un caso	135	Opción técnica en la manufactura del material protésico, en la plastía inguinal tipo Gilbert.
127	Seis años realizando toracoscopia videoassistida morbi-mortalidad en el HGR no. 46 IMSS Jalisco	135	Infecciones del sitio operatorio en el Hospital Mocel. Informe preliminar.
128	Disección endoscópica de tórax en cadáver. Experiencia inicial	135	Interposición de injerto para enfermedad oclusiva de la bifurcación de la arteria carótida
128	Tumoración epigástrica por úlcera péptica perforada y sellada a pared: presentación de dos casos	135	Obstrucción intestinal neonatal: reporte de 5 casos y revisión de la literatura
128	Absceso retroperitoneal pararrenal derecho secundario a apendicitis aguda	136	Complicaciones abdominales en pacientes sometidos a injerto aortoiliaco de 1996 al 2000 en HECMN "La Raza"
129	Quilotórax izquierdo secundario a lesión penetrante de hemicuello derecho	136	Disección endoscópica del abdomen en cadáver. Experiencia en el aprendizaje de la anatomía y técnicas quirúrgicas.
129	Tratamiento endovascular de la isquemia intestinal crónica: reporte de dos casos	136	Experiencia de un modelo de adiestramiento formal en cirugía endoscópica
130	Estancia hospitalaria prolongada en pacientes con infección del sitio operatorio en un Hospital General de 2º nivel	137	Factores de riego para oclusión intestinal por áscaris lumbricoides
130	Tratamiento analgésico con heparina de quemaduras térmicas en víctimas de un desastre	137	La enseñanza de la cirugía en el pregrado. Entrando en un nuevo milenio.
130	Banda congénita anómala y obstrucción intestinal	137	Técnica de enteroanastomosis (puntos Connel-Mayo) aplicados en las histerorrafias (cesáreas) en un Hospital de la Secretaría de Salud.
131	Hernioplastía inguinal con malla doble de prolene, experiencia inicial y resultados	137	Cirugía de control de daños en trauma abdominal. Presentación de 17 casos.
131	Evaluación de tubo gástrico para el tratamiento de obesidad. Modelo experimental en perro	138	Real escuela de cirugía
131	Modelos experimentales para el adiestramiento del residente de cirugía general en el Hospital General de México	139	Colocación de catéter de Tenckhoff por línea media y paramedia. Evaluación de disfunción y complicaciones tempranas.
132	Experiencia en el manejo de anomalías vasculares en el Hospital General de México	139	Utilidad de presión subatmosférica en el manejo de heridas limpias e infectadas.
132	Colectomía laparoscópica. Resultados de la experiencia del Hospital General de México a nueve años de implementada	139	Reporte de caso de síndrome de Mirizzi III y revisión de la terapéutica actual
132	Hernia post-incisional por laparoscopía	139	Safenectomía endoscópica en cadáver
132	Resultados de la valoración global subjetiva del estado nutricional de enfermos quirúrgicos y su correlación con los indicadores de laboratorio más comúnmente utilizados.	140	Colecistitis aguda enfisematosas en el hospital general regional
133	¿En realidad es útil la escala de Apache II como pronóstico de mortalidad del paciente quirúrgico grave? Evaluación en terapia intensiva, intermedia y piso	140	Ánálisis de 165 appendicectomías en un hospital de 2º nivel.
133	Colecistitis crónica alitiásica asociada a la presencia de Helicobacter pylori y enfermedad acidopéptica.	140	Factores pronósticos de la evolución postoperatoria del paciente con oclusión intestinal
133	Plastía inguinal sin tensión experiencia de un año con incapacidad de 8 a 10 días.	141	Adrenalectomía por laparoscopia. Experiencia del Hospital Universitario Dr. José E. González UANL
134	Correlación histopatológica de la colecentellografía	141	Enfermedad por reflujo gastroesofágico: manejo quirúrgico. Experiencia en el Hospital Angeles del Pedregal

Trabajos en cartel

141	Incisión cutánea bisturi vs. Electrocauterio, estudio experimental en cerdos.	145	Alimentación enteral temprana en anastomosis del colon, efecto en la cicatrización. Estudio experimental en perros
142	Complicaciones en cirugía laparoscópica	145	Enfermedad de Castleman. Un caso y revisión
142	Alternativas de la reparación de vía biliar en un hospital rural	146	Correlación clínica de colecistitis vs hallazgos postquirúrgicos
142	Neuropatía femoral por hematoma del músculo ilíaco: complicación de anticoagulantes.	146	Enfermedad de Ménatriér. Gastropatía trivalente. 3 décadas de experiencia institucional.
143	Asa ciega bilioyeyuno-subcutánea para acceso endoscópico en reparación de vías biliares.	146	Neoplasia epitelial sólida y papilar pancreática vs pancreoblastoma. Presentación de caso clínico
143	Reducción del drenaje linfático postmastectomía radical modificada con la aplicación de gel de fibrina	147	Cáncer de mama en hombres (reporte de casos)
143	Hiperamilasemia posterior a derivación cardiopulmonar.	147	Apendicitis aguda ¿cambian los hallazgos clínicos después del inicio del tratamiento médico?
144	Infecciones necrosantes de tejidos blandos.	147	Estudio clínico controlado para el tratamiento de la hernia inguinal no complicada
145	Devascularización esofagogástrica en pacientes con sangrado de varices esofágicas.		



209 C 294

HISTOPLASMOsis EXTENSA DE COLON. REPORTE DE UN CASO

Hernández HS, HERMOSILLO SJM, Lima LJA, Ruiz CJ, Orozco HEJ
Servicio de Cirugía General HECMNO IMSS, Guadalajara

Antecedentes: El aparato respiratorio es el sitio primario de infección por histoplasma capsulatum. Se ha descrito infección gastrointestinal con afección más común a íleon y ciego. Se asocia a enfermedad diseminada e inmunodeficiencia. **Objetivo:** Reportar un caso de histoplasmosis extensa de colon. **Informe del caso:** Masculino de 56 años, antecedentes de antrectomía y colecistectomía. Infección faríngea por histoplasma capsulatum hace 1 año. HIV negativo. Hace 6 meses presenta estreñimiento, disminución y adelgazamiento de las heces alterando con evacuaciones diarreicas. Colon por enema reportó estenosis parcial en colon descendente y ascendente, que involucra ciego el cual muestra irregularidad y deformación de los pliegues con signos de infiltración. Colonoscopia reporta en ciego y a 25 cm del margen anal lesiones tipo infiltrativo, ulceradas, friables. **Biopsia:** Mucosa colónica con numerosos macrófagos, sugestivo de malacoplaquia. Negativo a malignidad. Cirugía de urgencia por oclusión intestinal, hallazgo de tumoración de 12 cm. En ciego, en transverso de 6 cm, y dos más en colon izquierdo y sigmoides. Se realiza colectomía subtotal con íleo-recto anastomosis. Histopatológico reporta histoplasmosis extensa de colon. **Resultados:** Disrupción de la anastomosis, por lo que se desfuncionaliza. Manejado con anfotericina B. Evolución clínica satisfactoria. **Conclusiones:** La histoplasmosis gastrointestinal es rara en nuestro medio. El compromiso extenso del colon incluso con inmunocompromiso es infrecuente. No hay consenso en cuanto al manejo quirúrgico de estos pacientes.

210 C 295

SÍNDROME DE BUDD-CHIARI POSTRAUMÁTICO TRATADO CON CIRUGÍA ENDOVASCULAR: REPORTE DE UN CASO

Orozco HEJ, Rubio AGA, Hernández HS, Bernal BM, Osuna RJ, Rubio EV
Hospital del Carmen Grupo Ángeles. Guadalajara, Jalisco

Antecedentes: Síndrome de Budd-Chiari designa diferentes formas de obstrucción al drenaje venoso hepático, con resultante hipertensión portal. En 60% de los casos existe una enfermedad mieloproliferativa. La etiología traumática es extremadamente rara (8 casos reportados). Tradicionalmente el tratamiento estándar ha sido una derivación portosistémica; sin embargo, en la última década, la cirugía endovascular se ha colocado como procedimiento de elección en casos seleccionados. **Objetivo:** Descripción de un caso de síndrome de Budd-Chiari posterior a trauma abdominal contuso, manejado exitosamente con cirugía endovascular. **Informe del caso:** Masculino de 30 años, con trauma abdominal contuso y posterior desarrollo de ascitis a tensión, se evidenció por USG Doppler, TAC y venografía, trombosis de venas suprahepáticas y vena cava inferior. Se manejó con trombólisis intraluminal y angioplastía de vena cava inferior. **Resultados:** Excelente resultado clínico, radiográfico y hemodinámico. Permanece asintomático a 2 años de seguimiento con anticoagulación oral. **Conclusión:** La cirugía endovascular puede ser exitosamente usada y debe ser el tratamiento de elección en pacientes con síndrome de

Budd-Chiari sintomáticos seleccionados; en particular, víctimas de trauma, donde ha demostrado una tasa alta de éxito.

211 C 296

SIMPATECTOMÍA POR VIDEOTORACOSCOPIA REPORTE DE UN CASO

Drs. Pantoja García Yolanda, Velázquez Lizárraga Roberto
División de Cirugía General, Servicio de Cirugía Laparoscópica, HGR No. 46 IMSS. Guadalajara, Jalisco

Objetivo: Puntualizar que la toracoscopia aplicada a la resección de la cadena simpática es posible y logra los objetivos esperados. **Presentación de un caso:** de enfermedad de Reynaud, manejado mediante simpatectomía por videotoracoscopia. **Antecedentes:** La simpatectomía dorsal se había practicado clásicamente con incisiones generosas cervicales, torácicas y transaxilares. Hacia 1942 se opta como acceso la toracoscopia, la cual ha tomado popularidad rápidamente en la última década en el ámbito internacional, ya que ofrece excelentes resultados, disminuyendo la morbilidad, aumentando los índices de éxito (85-95%) y acortando la estancia hospitalaria. **Método:** Se presenta el caso de femenina 46 años de edad, con Dx de enfermedad de Reynaud con sintomatología de 6.5 años previos, manejada con simpatectomía izquierda por toracotomía y que agudiza sus síntomas del lado derecho por lo que se opta por manejo quirúrgico la videotoracoscopia con resección de la mitad inferior del ganglio estelar y el segundo y tercer relevo de la cadena simpática. **Resultados:** Postoperatorio sin complicaciones inmediatas, con estancia hospitalaria de 72 h; esto motivados por la inexperience y para observar la evolución, así como, seguimiento. **Conclusiones:** Se comprueba que la técnica toracoscópica en este tipo de padecimientos, tiene excelentes resultados aunque en nuestro país no es de las más utilizadas como técnica habitual. Que la evolución de los pacientes a corto y mediano plazo es mejor que con el tratamiento quirúrgico tradicional.

212 C 297

SEIS AÑOS REALIZANDO TORACOSCOPIA VIDEOASISTIDA MORBIMORTALIDAD EN EL HGR No. 46 IMSS JALISCO

Drs. Yolanda H Pantoja García, Roberto Velázquez Lizárraga

Objetivo: Presentar la experiencia del cirujano general obtenida en 6 años en el tratamiento de la patología de tórax por medio de la toracoscopia videoasistida. **Antecedentes:** La cirugía de tórax asistida por video es un procedimiento cada vez más aplicado para diagnosticar y tratar la patología intratorácica más común. Desde su descripción en 1910 por Jacobaeus para la liberación de adherencias en pacientes con tuberculosis, ha sufrido constantes e importantes avances tecnológicos, en el instrumental y sobre todo el dominio de la técnica por los cirujanos, lo que ha permitido que se opte como manejo quirúrgico ideal para sus pacientes, a los que se les ofrece un procedimiento con menor morbilidad y con resultados de éxito terapéutico a los obtenidos con los abordajes abiertos. **Método:** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal, mediante la revisión de expedientes clínicos de los pacientes sometidos a toracoscopia videoasistida por patología intratorácica, en un periodo que comprendió de junio 1996 a junio 2002, en el servicio de cirugía laparoscó-

pica HGR No. 46 IMSS delegación Jalisco. Resultados: Durante el periodo que se estudio se realizaron 20 toracoscopias, de los cuales 12 hombres-8 mujeres, con rango de edad de 24 a 62 años, con diagnóstico de miastenia gravis 6 (30%) procesos infiltrativos pleural y mediastinal 5 (25%) diagnóstica 4 (20%) empiema 3 (15%) enfermedad de Reynaud y enfermedad bulosa 1 (10%), todos fueron derivados de los servicios de medicina interna, neurología y neurología, con tiempo quirúrgico de 60 a 120 min en promedio, sangrado transquirúrgico 100 a 300 ml, con manejo en UCI postquirúrgico solamente en 6 casos, colocación de sello de agua en todos los casos, días de estancia hospitalaria de 1 a 5 días, conversión en ninguno, mortalidad de 0%, complicaciones una perforación pleural, dos con enfisema subcutáneo, dolor postoperatorio manejado con analgésicos comunes. Conclusión: El trauma torácico y el dolor originado por la toracoscopia videoasistida es mínimo, la aceptación por parte de los pacientes es mayor, la estancia en hospital se acorta y los efectos cosméticos son mejores, las complicaciones dependientes del equipo quirúrgico se disminuyen, por lo que el procedimiento se coloca a la vanguardia en el manejo de la patología de tórax por el cirujano general.

213 C 298

DISECCIÓN ENDOSCÓPICA DE TÓRAX EN CADÁVER. EXPERIENCIA INICIAL

Fregoso AJM, Sereno TS, Piedra RJL, Zermeño RJ, Guzmán GR, Ochoa SMG, Carranza RJM, Rodríguez GA, Rodríguez MC, Vargas LR

Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS y Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco

Antecedentes: El tórax y el mediastino constituyen un sitio anatómico que es objeto de cirugía endoscópica de manera cotidiana. Objetivo: Demostrar la factibilidad de la disección endoscópica del tórax y mediastino en cadáver, contribuyendo al aprendizaje anatómico por esta vía de abordaje. Material y métodos: En el Departamento de Morfología de la Universidad de Guadalajara, en cadáveres humanos, se introdujo un lente de 45 grados a través de un trócar de 10 mm en el 5to espacio intercostal de la línea axilar anterior y se introdujeron dos trócares de trabajo 10 mm en los espacios intercostales cuarto y sexto sobre la línea axilar posterior. El procedimiento se realizó bilateralmente. Resultados: Se logró visualizar y disecar el diafragma, el esófago, los nervios vagos, la aorta y las ramas de su cayado, los hilos pulmonares, el hiato, corazón, vena cava superior e inferior, troncos braquiocefálicos venosos, vasos mamarios, vena ácigos, timo y cadenas ganglionares mediastinales. Conclusiones: Con este trabajo se demostró que es posible identificar las principales estructuras anatómicas del tórax y mediastino, lo que contribuye al aprendizaje anatómico por esta vía de abordaje.

214 C 299

TUMORACIÓN EPIGÁSTRICA POR ÚLCERA PÉPTICA PERFORADA Y SELLADA A PARED: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

Díaz ZJ, Kuri GJ, Ochoa CA, Martínez BA, Aguirre RR
Servicio de Cirugía General del Hospital del Pacífico de Acapulco, Gro

Introducción: La úlcera péptica gástrica perforada es una complicación poco frecuente en la actualidad, se presenta en ancianos con comorbilidad importante y un periodo de tiempo prolongado entre la fecha de perforación y el tratamiento definitivo, en base a la sintomatología indolente e imagen de aire libre intraperitoneal sólo en el 50% de los casos. Debido a la posibilidad de malignidad, el tiempo de evolución y localización de la perforación las opciones de tratamiento quirúrgico son motivo de controversia. Objetivo: Informar la experiencia en el diagnóstico y tratamiento de dos pacientes portadores de úlcera péptica gástrica complicada por perforación, selladas a la pared abdominal y al lóbulo izquierdo del hígado respectivamente, con formación de absceso y sin datos de irritación peritoneal. Pacientes y métodos: Durante el mes de junio de 2002 se diagnosticaron y trataron quirúrgicamente a dos pacientes del sexo femenino de 69 y 70 años de edad, con manifestaciones clínicas atípicas de úlcera péptica y presencia de tumoración epigástrica, con diagnóstico preoperatorio de absceso secundario a perforación de úlcera gástrica *versus* cáncer gástrico. Resultados: Ambas pacientes tuvieron los siguientes datos comunes: padecimiento de un mes de evolución, caracterizado por dolor moderado a nivel del epigástrico, que aumentaba con la ingesta de alimentos, ataque al estado general, disminución de peso corporal y presencia de tumoración en epigastrio de crecimiento progresivo, con datos clínicos de inflamación. A las dos pacientes se les realizó ultrasonido de abdomen que mostraba absceso y engrosamiento de la pared gástrica, en uno de ellos, el lóbulo hepático izquierdo estaba involucrado. Las endoscopias de tracto digestivo superior visualizaron material de fibrina y secreción purulenta sin una lesión evidente. En una de las pacientes se realizó TAC abdominal que visualizó neumoperitoneo y una colección líquida de localización epigástrica. Se realizó laparotomía exploradora en las dos enfermas, encontrándose absceso purulento que comunicaba con perforación gástrica, una de ellas localizada en el cuerpo gástrico de 2.5 cm. La otra: de 0.5 cm localizada en la curvatura menor y sellada al lóbulo izquierdo del hígado. El tratamiento quirúrgico fue: Toma de biopsia, reavivación de bordes y cierre de la perforación en dos planos y colocación de parche de epiplón, tipo Graham, lavado y drenaje de la cavidad abdominal. En un caso se dejó yeyunostomía tipo Witzel. La evolución postoperatoria fue buena. Se presentó una única complicación consistente en infección de la herida quirúrgica. El estudio histopatológico de ambos casos fue reportado como úlcera péptica gástrica perforada, sin malignidad. Conclusiones: A pesar de que el tratamiento definitivo de la úlcera gástrica perforada mediante resección gástrica es la mejor opción terapéutica; está justificado el tratamiento quirúrgico conservador mediante colocación de parche de epiplón en los pacientes que tienen alto riesgo y un proceso séptico local de importancia.

215 C 300

ABSCESO RETROPERITONEAL PARARRENAL DERECHO SECUNDARIO A APENDICITIS AGUDA

Escárcega VR, Martínez BA, García LJ, Reyes GA, Aguirre RR
Servicio de Cirugía General, Hospital General de Acapulco, SS

Introducción: La apendicitis aguda complicada con absceso de localización retroperitoneal es una entidad patológica poco frecuente. Cuando el tratamiento se inicia con antimicrobianos, el diagnóstico es difícil si no se tiene en mente esta posibilidad. Objetivo: Se informa el caso de un

paciente con cuadro clínico de 9 días de evolución, con diagnóstico preoperatorio de absceso perirrenal, intervenido quirúrgicamente mediante abordaje laparoscópico, con hallazgos quirúrgicos de apendicitis aguda y absceso retroperitoneal pararrenal. Resumen clínico: Masculino de 65 años de edad, con antecedentes de tabaquismo y alcoholismo positivo desde la juventud, plástia inguinal derecha y prácticas homosexuales. Inicia su padecimiento con astenia, adinamia, artralgia, mialgias y fiebre no cuantificada de predominio nocturno, 3 días después se agrega diarrea con frecuencia de 10 a 15 evacuaciones líquidas en 24 horas. Recibió por tal motivo tratamiento antimicrobiano no especificado, presentando mejoría sintomática por un periodo de 4 días, posteriormente tiene persistencia de fiebre y dolor abdominal de moderada intensidad localizado al epigastro, de tipo cólico y sin irradiaciones, por un periodo de 2 días. Acude finalmente al servicio de urgencias de nuestro hospital, donde es valorado y hospitalizado por medicina interna por la posibilidad diagnóstica de absceso perirrenal, solicitándose interconsulta de cirugía general, durante la valoración el enfermo se encontró con actitud libremente escogida, moderadamente deshidratado, con palidez de piel y tegumentos, fascies séptica, cavidad oral con lesiones mucosas características de candidiasis, abdomen blando, doloroso a la palpación de la fossa iliaca derecha, sin datos de irritación peritoneal, peristalsis normal. La biometría hemática reporta anemia con Hb de 10.3 g %, Hto de 28.1%, leucocitos de 14,500, con linfocitos de 15%, neutrófilos de 82%, monocitos 3%, bandas 0%. VIH negativo por Elisa, plaquetas 436,000. Las placas simples de abdomen de pie y decúbito mostraron nivel hidroaéreo en fossa iliaca y flanco derechos y gas retroperitoneal. El ultrasonido abdominal evidenció absceso perirrenal derecho, que fue corroborado con la tomografía axial computada. Con diagnóstico pre-operatorio de absceso perirrenal derecho de etiología apendicular, se efectúa exploración quirúrgica por laparoscopia, no evidenciándose patología intraperitoneal, se inicia la exploración de espacio retroperitoneal a través de la fascia de Toldt, lográndose el drenaje de 1,000 ml de material purulento, fétido, originado del apéndice cecal, el cual estaba totalmente lisado, la exploración del ciego no demostró otra patología y en el sitio de implantación del apéndice se encontró muñón apendicular amputado y cicatrizado. Se revisa el espacio que ocupa el absceso y se coloca drenaje cerrado. En el postoperatorio inmediato presenta síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y se ingresa a la unidad de cuidados intensivos, egresado por mejoría 4 días después. La evolución clínica posterior fue buena. La estancia hospitalaria fue de 9 días. Conclusiones: A pesar de que este paciente no era positivo al HIV por Elisa (no se hizo WB), consideramos que las prácticas sexuales de riesgo, la candidiasis oral y la presentación no habitual de la apendicitis orientan a la posibilidad de inmunocompetencia. Por otra parte cuando la apendicitis se localiza en situación extraperitoneal y el paciente recibe tratamiento antimicrobiano el diagnóstico es difícil, sino se tiene un alto índice de sospecha. El retraso en el tratamiento se asocia con complicaciones graves.

216 C 301

QUILOTÓRAX IZQUIERDO SECUNDARIO A LESIÓN PENETRANTE DE HEMICUELLO DERECHO

Moreno A, Aguirre R, Márquez CG, García LJ, Martínez BA
Servicio de Cirugía General, Hospital General de Acapulco, S.S.

Introducción: El quilotórax es una entidad patológica poco frecuente, en el 50% de los casos se presenta como una complicación de la cirugía torácica, debida a ruptura del conducto torácico. La segunda causa más frecuente está en relación con traumatismos torácicos, clínicamente puede sospecharse por la presencia de líquido quílico en la cavidad pleural, rara vez es bilateral y habitualmente se observa en el lado izquierdo, el diagnóstico se confirma por el estudio histoquímico del líquido de aspecto lechoso, que contiene grasa, proteínas, linfocitos y otros constituyentes del quilo. Resumen clínico: Masculino de 33 años de edad es referido del Hospital de Ayutla, Gro. con herida penetrante en cuello de 2 cm de diámetro, ocasionada por objeto cortocontundente, con sangrado profuso. El trayecto de la lesión era de derecha a izquierda y de arriba abajo. Localizada en la zona II, en el vértice del triángulo anterior derecho. A su ingreso al Servicio de Urgencias, el paciente presentaba hipovolemia secundaria al sangrado con taquicardia de 100 por minuto, TA 130/90, crepitación en hueco supraesternal y hemicuello derecho, pulsos carotídeos normales. El tórax con hipoventilación en base pulmonar izquierda. La sonda nasogástrica permitía el drenaje mínimo de material hematosalival. Fue intervenido quirúrgicamente, efectuándose exploración del cuello encontrándose lesión de la vena yugular interna derecha y pleurotomía cerrada izquierda que drenó un hemoneumotórax de 700 ml, por lo que se colocó sello de agua. En el segundo día postoperatorio el gasto por la sonda de pleurotomía es de 150 ml en 24 h, el aspecto del material drenado es amarillento. En los próximos dos días el gasto se incrementa a 450 ml y el aspecto del líquido drenado es francamente quílico, con sedimento lipoídico. El control radiográfico de tórax, 4 días después de la colocación del sello de agua, permite observar en la cavidad pleural izquierda persistencia de líquido residual a pesar de que el gasto del sello de agua es de 1,500 ml en 24 h. El citoquímico de este material es reportado de color rojo opalescente y aspecto lipémico, no coagula, con glucosa: 75 mg, proteínas: 1.86 g, lípidos totales: 486 mg, triglicéridos 255 mg. Por lo anterior se decide realizar toracotomía izquierda que permite identificar lesión traumática cortante del conducto torácico a nivel de la arteria subclavia izquierda, de 0.5 cm de diámetro, la cual se liga con vicryl 2/0. La evolución posterior a esta cirugía es: hacia la mejoría, con escaso gasto por la sonda de pleurotomía, de aspecto serohemático. Por lo cual se retira la sonda de pleurotomía. Los estudios radiológicos de control demuestran adecuada expansión pulmonar sin evidencia de colecciones. Es extirnado por mejoría 12 días después de su ingreso, el seguimiento en la consulta externa no evidencia complicaciones. Conclusión: El quilotórax secundario contralateral a una lesión penetrante del cuello es muy rara, las características del derrame quílico y el estudio citoquímico de éste confirman el diagnóstico de lesión del conducto torácico, que la mayoría de las veces requiere de toracotomía para su reparación.

217 C 302

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA ISQUEMIA INTESTINAL CRÓNICA: REPORTE DE DOS CASOS

Fink-Josephi G, Gutiérrez-Vogel S, Farca S, Hurtado-López LM
Hospital Ángeles de las Lomas

Introducción: La isquemia intestinal crónica, secundaria a ateroesclerosis, produce un cuadro clínico típico de dolor abdominal postprandial y diversos grados de mal absor-

ción, su tratamiento convencional es médico-dietético o quirúrgico (derivativo o endarterectomía). Es terreno potencial para una agudización con la consecuente trombosis mesentérica. Objetivo: Presentar otra opción terapéutica, de mínima invasión, consistente en la angioplastia y colocación de stent en la arteria mesentérica superior y evaluar el resultado funcional. Presentación de casos: *Caso 1:* masculino de 75 años de edad, con cuadro clínico de 6 meses de evolución con isquemia intestinal crónica, con pérdida de 15 kg de peso, además de dolor abdominal crónico, se realiza estudio arteriográfico revelando oclusión total de A mesentérica inferior, arteria mesentérica superior con oclusión del 80% a nivel ostial. Se coloca stent (wallstent 2) en sitio de oclusión, logrando apertura del lumen del 100%, con mejoría del 90% de la sintomatología, persistiendo el dolor sólo en casos de trasgresión dietética, con recuperación de peso en los dos primeros meses postangioplastia. Seguimiento por 18 meses. *Caso 2:* femenino de 80 años con cardiopatía isquémica, hipertensión arterial sistémica y arteriosclerosis generalizada, con cuadro de isquemia intestinal crónica y pérdida ponderal de 18 kg en 9 meses. Se realiza arteriografía con arteria mesentérica inferior ocluida en su totalidad y oclusión de arteria mesentérica superior del 60%. Se realiza angioplastia y colocación de stent, con evolución satisfactoria, con eliminación de la sintomatología abdominal al 100% y recuperación ponderal, a 24 meses de seguimiento. Conclusión: El manejo de la isquemia intestinal crónica por cirugía endovascular, con angioplastia y colocación de stent en la arteria mesentérica superior fue exitoso y sin complicaciones hasta el momento de seguimiento.

218 C 303

ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA EN PACIENTES CON INFECCIÓN DEL SITIO OPERATORIO EN UN HOSPITAL GENERAL DE 2º NIVEL"

Delgado-de la Cruz L, Meza OF, Aguirre RR, Leguizamo DA
Hospital General de Acapulco, Secretaría de Salud

Objetivo: Identificar los factores que influyen en la estancia hospitalaria prolongada de pacientes con infección del sitio operatorio. Antecedentes: La infección de la herida quirúrgica es una complicación frecuente que repercute en el incremento de la estancia hospitalaria, el ausentismo laboral y el costo de los servicios médicos. La frecuencia se ha reportado del 4.7% hasta el 17% (2). El tipo y el tamaño del hospital pueden llegar a ser factores de riesgo, así se sabe que en los hospitales privados existe menor frecuencia de infecciones quirúrgicas que en los hospitales asistenciales y de enseñanza. Material y métodos: El estudio se realizó en el Hospital General de Acapulco (HGA), el diseño fue retrospectivo. Casos y controles. Se incluyeron todos los expedientes de pacientes de 15 años o más, de ambos sexos, que ingresaron al servicio de Cirugía General para ser intervenidos quirúrgicamente de manera electiva durante un año. Para el análisis estadístico se utilizó el programa EPI INFO 2000 (CDC Atlanta, GA, USA), el análisis bivariado fue con el método de Mantel-Haenszel estableciendo como estadísticamente significativo un OR de 3 o más con un intervalo de confianza al 95%; para la prueba exacta de Fisher se estableció un valor de $P < 0.05$ como estadísticamente significativo. Resultados: Se estudiaron 261 pacientes, de los cuales 9 presentaron ISO, con una tasa de 3.4%. Se buscaron factores relacionados con el retraso en los procesos administrativos en relación con la falta de material de curación, falta de ropa quirúrgica y/o de hospi-

tal, falta de toma de exámenes de laboratorio y de gabinete necesarios para llevar a cabo el procedimiento quirúrgico en el momento indicado, con resultado estadísticamente significativo en algunos casos. Discusión: El retraso en los procesos administrativos en nuestro medio resulta en un periodo de hospitalización prolongado y por lo tanto mayor susceptibilidad del paciente a ser colonizado por microorganismos nosocomiales. Aquellos pacientes que permanecieron más de 3 días hospitalizados antes de la cirugía, tuvieron 24.7 veces más riesgo de ISO comparados con los que permanecieron menos de 3 días ($P < 0.001$). Conclusiones: Los pacientes que son intervenidos quirúrgicamente de manera electiva tienen mayor riesgo de presentar ISO si permanecen hospitalizados por más de 10 días, favoreciéndose esta situación por factores no relacionados directamente con el paciente. Cuando un paciente tiene algún retraso en los procedimientos administrativos durante su estancia, tiene 6.9 veces más riesgo de que presente ISO, ya que pasa más días hospitalizado hasta la resolución de dichos problemas.

219 C 304

TRATAMIENTO ANALGÉSICO CON HEPARINA DE QUEMADURAS TÉRMICAS EN VICTIMAS DE UN DESASTRE

Reyes EA, Jaramillo CF, Saliba MJ, López DJM, Moreno QS,

Laniado LR

Hospital General de Tijuana, México

Antecedentes: El tratamiento actual de las quemaduras térmicas severas, ofrece resultados poco satisfactorios, asociándose como secuela a extensa cicatrización retráctil. Existen reportes anecdóticos, con resultados alentadores, del efecto analgésico de la heparina en pacientes con quemaduras térmicas severas. Objetivo del estudio: Determinar la efectividad analgésica de la heparina en quemaduras térmicas. Pacientes y métodos: Nueve pacientes (8 varones) sufrieron quemaduras térmicas, durante una explosión de un cilindro de gas doméstico, en Tijuana, México. Sufrieron quemaduras de 2do y 3er grado en un rango de 30-90% de la superficie corporal (SC). Cuatro de ellos tratados en el Hospital General de Tijuana, autorizaron el uso de heparina tópica y parenteral. Los 5 restantes se trataron en forma convencional en otra institución. Resultados: El grupo tratado con heparina requirió un menor número de dosis de analgésico que el grupo control (4 dosis vs 24), en los primeros 5 días. Además, requirieron un menor volumen de líquidos para reanimación (44% menos), y ninguno requirió fasciotomías (*versus* uno del grupo control) o injertos. Falleció un paciente en cada grupo con quemaduras en 90% (heparina) y 85% (control) de la SC. Conclusiones: La heparina parece ofrecer una analgesia extremadamente efectiva, y una reepitelización más fisiológica en pacientes con quemaduras térmicas. Esto deberá corroborarse mediante un ensayo clínico aleatorizado, doble ciego controlado con placebo.

220 C 305

BANDA CONGÉNITA ANÓMALA Y OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Jiménez BB, Tessen KE, Alcudia TJ, Hernández PR

Servicio de Cirugía General, Hospital General de México OD.
México

Masculino de 15 años que ingresa a urgencias por dolor abdominal crónico, cuadros de constipación intermitente, perio-

dos alternos de evacuaciones líquidas no disentéricas sin antecedentes quirúrgicos, con padecimiento de 6 días de evolución caracterizado por dolor abdominal tipo cólico incapacitante en hemiabdomen derecho, que se incrementaba con la deambulación y disminuía al evacuar o canalizar gases, 3 días previos presenta vómito de contenido gástrico, distensión abdominal e incapacidad para canalizar gases, recibió manejo médico sin mejoría. A la exploración con cuadro de choque séptico y abdomen agudo. La placa simple de abdomen mostró niveles hidroaéreos y dilatación importante en intestino delgado. Después de la resucitación, en la laparotomía se encontró una banda congénita anómala gruesa con vaso sanguíneo, como causa de obstrucción en íleon terminal, localizada entre el mesenterio, íleon terminal y base apendicular. Se realizó excisión simple de la banda y apendicectomía incidental. Manejado en cuidados intensivos con muy buena evolución. La obstrucción intestinal resulta de varias causas como adherencias postoperatorias, postinflamatorias y asociadas a malrotación intestinal congénita. Sin embargo, algunas obstrucciones intestinales son resultado de bandas que no son remanentes, que se describen como estructuras embrionarias sin alguna asociación. La etiología de estas bandas es obscura. La banda se excluye de los remanentes embrionarias por su localización ya que puede ser una anomalía mesentérica o gasterointestinal que causa obstrucción intestinal en los períodos tempranos de la vida y pueden condicionar dolor crónico sin antecedentes quirúrgicos. La localización y características de esta banda sugiere que pudiera tener un origen congénito.

221 C 306

HERNIOPLASTÍA INGUINAL CON MALLA DOBLE DE PROLENE, EXPERIENCIA INICIAL Y RESULTADOS

Blas AR

Departamento de Cirugía General, Hospital Mocel, Grupo Ángeles

Objetivo: Comunicar la experiencia inicial obtenida con el empleo de una malla doble de prolene en el tratamiento de la hernia inguinal directa e indirecta, primaria o recidivante libre de tensión. **Diseño:** Estudio clínico, prospectivo, observacional. **Sede:** Hospitales privados de tercer nivel. **Pacientes y métodos:** Se incluyeron pacientes con hernia inguinal directa e indirecta, primaria o recidivante, a todos les practicó hernioplastía inguinal libre de tensión, colocando una malla doble de prolene (phs). Se evaluaron las siguientes variables: Edad, sexo, tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria, empleo de analgésicos y antibióticos, duración de la incapacidad, morbilidad y mortalidad. **Resultado inicial:** He operado de enero del 2001 a junio del 2002, 31 hernioplastías inguinales, en 30 pacientes, el 86.66% fueron hombres, y el 13.33% mujeres. Su edad osciló entre 25 a 73 años, con una media de 47.7 años. En 25 pacientes (83.33%) se trató de hernia primaria, y en 5 pacientes (16.66%) hernia recidivante. La duración de la hernioplastía fue en promedio de 56.16 minutos. La estancia hospitalaria osciló de 1-3 días, con una media de 1.6 días, a 19 pacientes les administré antibióticos + analgésicos y a 11 sólo analgésicos. Retornaron a sus labores en un promedio de 12.5 días. Hasta el 25 de junio del 2002 no se han presentado complicaciones en ningún paciente. **Conclusión:** La hernioplastía inguinal con malla doble de prolene hasta este cohorte del estudio (1.5 años) es segura y eficaz, se complementará el estudio con 3.5 años más, para evaluar en forma definitiva esta técnica.

222 C 307

EVALUACIÓN DE TUBO GÁSTRICO PARA EL TRATAMIENTO DE OBESIDAD. MODELO EXPERIMENTAL EN PERRO

Jiménez BB, González RV, Marenco CC, Tessen KE, Hernández PR, González DS

Servicio de Cirugía General, Departamento de Cirugía Experimental, Hospital General de México. México

Antecedentes: Desde 1973 Akiyama H. utilizó el tubo gástrico como sustituto esofágico, formando un estómago pequeño y como consecuencia saciedad temprana. **Objetivo:** Crear un tubo gástrico; provocar síndrome de estómago pequeño y saciedad temprana como una opción para la obesidad. **Material y método:** Se diseñó un ensayo clínico longitudinal, prospectivo y comparativo en perros, se les duplicó el peso a base de "sebamiento". Se formaron tres grupos; un control y dos de estudio con 4 perros cada uno. Al grupo de estudio se realizó un tubo gástrico con diámetro de 4 cm y 15-18 cm de largo, a otro grupo se realizó gastroplastía vertical. Variables comparadas: biometría hemática, función hepática, deshidrogenasa láctica, peso a los 2, 4 y 6 meses, estado nutricional, serie esofagogastrroduodenal; se realizó laparotomía a los 60, 120, 180 días, se evaluaron cambios anatómicos y toma de biopsia. **Resultados:** El grupo control presentó pérdida de peso de 2 a 2½ kg por mes, manteniéndose estable a partir del 5º mes, las biopsias mostraron mucosa gástrica normal, los estudios de laboratorio no se modificaron, se conservó la función fisiológica y metabólica del tracto digestivo. Se modificó significativamente el instinto de los perros por comer. **Discusión:** El tubo gástrico provoca síndrome de estómago pequeño y saciedad temprana. Los resultados obtenidos en nuestro estudio muestran una saciedad temprana en los perros que por instinto comen sin tener hambre. **Conclusión:** El tubo gástrico provocó una pérdida de peso. Puede ser una alternativa más para el tratamiento de obesidad.

223 C 308

MODELOS EXPERIMENTALES PARA EL ADIESTRAMIENTO DEL RESIDENTE DE CIRUGÍA GENERAL EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

Tessen KE, González RV, Marenco CC, Jiménez BB, Sánchez MC, González DS, Vásquez SJ

Servicio de Cirugía General, Departamento de Cirugía Experimental, Hospital General de México. México

Antecedente: El residente de especialidades quirúrgicas en el área clínica tiene un entrenamiento teórico y práctico y con esto realizándolo en animales puede ayudar en gran medida a mejorar la preparación de los residentes, complementando conocimientos y destrezas. **Objetivo:** Dar a conocer la experiencia del hospital en el entrenamiento y evaluar el aprendizaje del residente en el área experimental. **Material y métodos:** Modelos de animales (perro, cerdo, rata, pollo) realizando procedimientos tradicionales y laparoscópicos; en perro; nefrectomía, prostatectomía, colecistectomía y funduplicatura laparoscópica, cirugía bariátrica en perro realizando tubo gástrico. Microcirugía en rata con anastomosis vasculares, además de esplenectomía y anastomosis intestinal laparoscópica. En cerdo; colecistectomía y funduplicatura laparoscópica así como uso de sutura mecánica. En pollo realizando anastomosis gastro-esofágica simulando anastomosis uretro-vesical de la prosta-

tectomía. Resultados: Se evalúa el rendimiento teórico mediante examen escrito al residente y la destreza adquirida durante el procedimiento, siendo mucho mayor con respecto al residente que no hace cirugía experimental. **Discusión:** Los estudios realizados en modelo animal, en investigación científica y enseñanza abren las puertas para otorgar el entrenamiento del residente de cualquier especialidad quirúrgica, otros autores como: Rodríguez ha reportado experiencia en perro, Targarona en rata, Watson y Hui han descrito anastomosis vasculares, así como Matsmura. Sin embargo, el modelo de pollo no ha sido descrito en la literatura y se demuestra que es un modelo económico y accesible. **Conclusión:** Es indispensable otorgar el entrenamiento previo al residente en modelos animales. Actividad necesaria para asegurar una adecuada atención del paciente.

224 C 309

EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE ANOMALÍAS VASCULARES EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

Serrano LR, González RV, Guerrero AG, Gómez LR, Carabantes II, González RV, Jiménez BB
Servicio de Cirugía Vascular, Hospital General de México, México

Antecedentes: Las anomalías vasculares constituyen un grupo de patologías de difícil diagnóstico y tratamiento, que causan gran confusión al no existir parámetros para su manejo. En 1982 Mulliken realiza la primera clasificación fisiológica, dividiéndolas en, hemangiomas, anomalías de alto y bajo flujo, anomalías vasculares complejas. Esta clasificación se realiza por angiografía y ha facilitado considerablemente el manejo específico de cada patología. **Objetivo:** Se presenta la experiencia del Hospital General de México en el diagnóstico, tratamiento de anomalías vasculares en dos años. **Material y métodos:** Se revisaron los expedientes de pacientes con anomalías vasculares obteniendo la distribución etaria, tipos de anomalía vascular, tratamientos empleados, resultados y complicaciones. Se estudiaron 389 pacientes. Con edades entre 6 meses y 69 años. La anomalía vascular más frecuente fue la de bajo flujo, seguido por hemangiomas, anomalías de alto flujo y anomalías complejas. Los hemangiomas fueron embolizados, esclerosados y operados. Las anomalías de alto flujo fueron embolizados, y algunos operados. Los de bajo flujo fueron esclerizados. **Resultados:** Los resultados han sido muy favorables en la mayoría de los casos. **Discusión:** **Conclusiones:** El manejo de las anomalías vasculares es complejo por lo que requiere un tratamiento multidisciplinario y protocolizado con lo que se logran resultados mucho más favorables.

225 C 310

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA. RESULTADOS DE LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO A NUEVE AÑOS DE IMPLEMENTADA

Marenco CC, González RV, Arizmendi IS, Jiménez BB, Tessan KE, Vazquez SJ, González DS, Serrano LR
Servicio de Cirugía General, Hospital General de México, México.

Antecedentes. La colecistectomía laparoscópica ha sido adoptada rápidamente como tratamiento de elección, para la coletasis, hasta un 80 a 90% de las colecistectomías son llevadas a cabo por esta vía en los países desarrollados. **Objetivo.** El exponer los resultados de la experiencia

con la colecistectomía laparoscópica durante los últimos nueve años en el Hospital General de México. Se realizó una revisión de los expedientes de todos aquellos pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica programada, a partir del primero de Enero de 1993 al 15 de Junio del 2002, cuyos resultados se exponen como estadística descriptiva. **Material y métodos.** Se realizaron 7824 colecistectomías, 3568 fueron laparoscópicas y el resto abiertas (4256) en relación 2:1, con un predominio de mujeres de 4:1, la edad promedio fue de 52 años. **Resultados.** Durante el primer año se realizaron solo 65 colecistectomías laparoscópicas, para el 2001 fueron 461 y en los 6 primeros meses del 2002, se realizaron 174. Hubo 160 conversiones para un 4.48% y siete casos de lesión de la vía biliar extrahepática para un 0.19%. Las causas de conversión fueron, dificultad para identificar la anatomía, sangrado no identificado, presencia de múltiples adherencias. **Conclusiones.** La colecistectomía laparoscópica tiene una mortalidad más baja que la abierta (de 0.1% vs. 0.5%), el porcentaje de complicaciones disminuye en relación con la experiencia del cirujano. La disminución en la mortalidad y una recuperación mas temprana han llevado a un incremento del 25% en el número de colecistectomías realizadas en algunos países en trabajos reportados por Giorgio y colaboradores.

226 C 311

HERNIA POST-INCISIONAL POR LAPAROSCOPÍA

Lasky MD, Melgoza C, Benbassat M
Hospital ABC

La «Hernia post-incisional» representa uno de los grandes retos en la práctica de la cirugía general. Con el paso del tiempo y el desarrollo de nuevas tecnologías, así como el perfeccionamiento en las técnicas quirúrgicas y anestesiológicas, resaltando de manera contundente el perfeccionamiento de la técnica quirúrgica laparoscópica y el refinamiento de los materiales protésicos (mallas), se ha conseguido una significativa reducción en la frecuencia de recurrencia de hernias post-incisionales. La presentación de éste trabajo, tiene por objetivo entender el origen de la patología herniaria post-incisional, revisar la evolución histórica en cuanto a las técnicas para su corrección, proponiendo finalmente a la técnica laparoscópica y al uso de la malla Dual-mesh, como superior para el manejo definitivo de la misma en el momento actual.

227 C 132

RESULTADOS DE LA VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA DEL ESTADO NUTRICIONAL DE ENFERMOS QUIRÚRGICOS Y SU CORRELACIÓN CON LOS INDICADORES DE LABORATORIO MÁS COMÚNMENTE UTILIZADOS.

Bolio A, Del-Pozzo JA, Luna J
Hospital Central Sur De Alta Especialidad Petróleos Mexicanos.

Antecedentes: La valoración nutricional es una gran arma de valoración preoperatoria. La valoración global subjetiva del estado nutricional es una buena prueba que se realiza rápidamente, sin requerir de médicos especializados y que arroja diagnósticos definitivos del estado nutricio. **Planteamiento del problema:** La realización de este cuestionario no se ha tomado como una rutina en la evaluación de los pacientes para corregir su estado nutricio previo a algún procedimiento. Es de

suma importancia que los enfermos presenten adecuados niveles de nutrición en el preoperatorio y así asegurar una adecuada evolución peri-operatoria. **Objetivos e Hipótesis:** *Objetivos:* Correlacionar los resultados del cuestionario contra los resultados de los indicadores bioquímicos, (Albúmina, prealbúmina, transferrina, linfocitos y balance nitrogenado). *Hipótesis:* Todos los pacientes admitidos al servicio de cirugía general ya sean programados o de urgencia presentan cierto grado de desnutrición con alteraciones en los parámetros nutricionales y estos varían según los grados de desnutrición. **Metodología:** Se trata de un estudio clínico, observacional, longitudinal y prospectivo, se practicó el cuestionario a 167 enfermos, solo ingresaron al estudio 115, se les realizaron toma de muestras de laboratorio para correlacionar ambos. Los resultados se procesaron por medio de pruebas de chí cuadrada, desviaciones estándar, T de student y observación. **Resultados:** Se determinó que los resultados de la valoración global subjetiva del estado nutricional correlacionan de forma estadísticamente significativa con los resultados de los laboratorios tomados, siendo este cuestionario fidedigno para determinar la existencia de una alteración nutricional.

228 C 314

¿EN REALIDAD ES UTIL LA ESCALA DE APACHE II COMO PRONOSTICO DE MORTALIDAD DEL PACIENTE QUIRURGICO GRAVE? EVALUACION EN TERAPIA INTENSIVA, INTERMEDIA Y PISO

Talleri De Andrea Giancarlo
Centro Medico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara Jalisco Mexico

Setecientos veinticuatro pacientes en un periodo de 2 años, iniciando en enero del 2000 y finalizando en diciembre del 2001. Se dividieron en 2 grupos: A) Pacientes que fallecieron y B) Altas por mejoría, subdivididos en 3 grupos cada uno: 1) Manejados en la terapia intensiva, 2) En la terapia intermedia y 3) En piso. (123) 16.9% fueron manejados en la Unidad de Cuidados Intensivos(UCI), (161) 22.2% en la Unidad de Cuidados Intermedios(UCIM) y (437) 60.3% en piso. La mortalidad en la UCI fue de (96) 78%, edad promedio 56.2a. y APACHE II promedio de 20. La mortalidad de UCIM de (151) 92%, edad promedio de 66a. y APACHE II DE 19 y la mortalidad de piso fue de (205) 46.9%, edad promedio de 64a. y APACHE II de 20. Los egresos por mejoría de la UCI fueron (27) 22%, con edad promedio de 47.3a. y APACHE II de 19. En la UCIM (13) 8%, edad promedio de 72.8 y APACHE II de 14. En piso se dan de alta (232) 53.1% con edad promedio de 51a. y apache de 16. La edad de los pacientes que fallecen (63.3a.) fue mayor en promedio que en los dados de alta por mejoría (52a.), a excepcion del grupo de UCIM, sin embargo en los egresados por mejoría el APACHEII es menor. La escala de APACHE II tiene utilidad para pacientes quirúrgicos en terapia intermedia y en piso.

229 C 315

COLECISTITIS CRÓNICA ALITIÁSICA ASOCIADA A LA PRESENCIA DE HELICOBACTER PYLORI Y ENFERMEDAD ACIDOPÉPTICA.

Cruz C, Torres G, Hernández L, Floriano L, Trejo J, Fernández E, Segura I, Villarreal J
HGZ 1^a IMSS Hospital Xoco, Secretaría de Salud GDF, Facultad de Medicina UNAM y Hospital Mocel Grupo Angeles México D.F.

La presencia de *Helicobacter pylori* (HP) se ha relacionado como factor etiológico en múltiples patologías, su papel en la colecistitis crónica alitiásica (CCA) es motivo de controversia. **Objetivo:** Determinar la existencia de HP como probable factor relacionado a la presencia de CCA, y enfermedad ácido péptica. **Pacientes y métodos:** Estudio prospectivo Transversal y observacional que incluyó a pacientes con el diagnóstico de CCA determinado por fracción de eyección menor al 35% que fueron atendidos en las instituciones participantes en el período comprendido entre el 1 de Enero de 1998 y el 1 de Febrero del 2002, con datos de enfermedad acidopéptica y demostración de HP positiva mediante la realización de prueba de aliento y biopsia, se efectuó colecistectomía (CCT) sometiendo a la pieza quirúrgica a la realización de pruebas de PCR y cultivo para tratar de identificar la presencia de HP, se consideraron además como variables de interés edad, sexo, tiempo de evolución de la sintomatología y respuesta al tratamiento de erradicación. Se empleó estadística paramétrica y no paramétrica considerando como significancia estadística a $p < 0.05$. **Resultados:** Se incluyeron para la realización de este estudio a 42 pacientes de los cuales el 73% pertenecían al sexo femenino y el 27% al sexo masculino, la edad promedio fue de 48 años ± 13 , el tiempo promedio de la evolución de la sintomatología por CCA fue de 192 días mientras que para la presencia de enfermedad ácido péptica 200 días (p no significativa) Se efectuó CCT abierta en el 36% y CCT laparoscópica en el 64% sin complicaciones, el tiempo promedio de seguimiento fue de 186 días, se registró alivio completo de la sintomatología en el 85% de la totalidad de la muestra, se llevó a cabo además tratamiento de erradicación iniciando al momento del alta hospitalaria registrando al término del mismo prueba de aliento negativa en el 100% de los casos. No se encontró desarrollo de HP en los medios de cultivo utilizados ni se pudo demostrar por PCR la existencia de asociación entre ambos grupos. **Conclusión:** No se demostró relación causal entre HP y CCA en pacientes con enfermedad acidopéptica y prueba de aliento positiva para HP. Se requiere la realización de otros estudios para determinar causas y efectos entre enfermedad acidopéptica y CCA.

230 C 316

PLASTIA INGUINAL SIN TENSION EXPERIENCIA DE UN AÑO CON INCAPACIDAD DE 8 A 10 DÍAS.

Ávila RJL, H. Ibar RS, Morales OR, Resendiz RS, Velasco IJM, Hernández FG, Glez CJ, Rivero SJL
Hospital Regional General No. 196 IMSS Ecatepec Estado de México.

Antecedentes: La hernioplastia inguinal esta considerada como una técnica antigua realizada por cirujanos, en la actualidad el índice de recurrencia con técnicas con tensión es del 10-15%, con incapacidad física y laboral de mas de 21 días. En comparación de 8-10 días con técnicas libres de tensión; En la literatura mundial, existe en Canadá reportes en donde la incapacidad es menor de 5 días. **Objetivo:** disminuir el tiempo de incapacidad física y laboral al realizar plastias inguinales sin tensión en pacientes con actividad laboral vigente; experiencia de nuestro hospital en el periodo de junio de 2001 a junio del 2002. **Material y métodos** Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, observacional, aleatorio realizándose 56 cirugías, en pacientes (trabajador directo), a todos los pacientes se les aplico malla de

polipropileno, se operaron con anestesia locoregional, y todos fueron evaluados al 8° día. Revisando intensidad del dolor y movilidad. **Resultados:** Se estudiaron 56 casos de hernia inguinal primaria en los cuales de realizó plastia inguinal sin tensión con técnica de Rutkow 45(80.35%) y Lichtenstein 11(19.65 %) predominando en el sexo masculino 53(94.64%) con una edad promedio de 39 años rango 19-60 años con incapacidad promedio de 9.48 días. Todos los pacientes ingresaron al programa de cirugía ambulatoria; ninguno requirió nueva incapacidad Cinco pacientes presentaron complicaciones: 1 seroma, 3 hematomas, 1 orquitis izquemica. Sin infecciones ni rechazos de la malla. Si excluimos las complicaciones el promedio de incapacidad disminuye a **7.6 días.** **Conclusiones :** Se establece la superioridad de la plastia inguinal sin tensión cuando se compara con técnicas que utilizan fijaciones tensas. En nuestra población hemos observado que la técnica sin tensión permite al paciente reincorporarse rápidamente a su entorno biopsicosocial, con la consecuente disminución de costos, como consecuencia de la menor intensidad del dolor y al respeto anatómico de las estructuras músculo aponeuróticas de la región inguinal. Se establecerá seguimiento a largo plazo para poder evaluar las recurrencias, que en las experiencias publicadas a 10 años llega a ser menor 3%.

231 C317

CORRELACIÓN HISTOPATOLÓGICA DE LA COLECENTROGRAFÍA

Ruiz, M; Vazquez, M; Bieletto, O; Chorné, R; Farías, M; Ricardez, J; Segura, I; Vicencio, A
Hospital MOCEL México, DF

Objetivo: Evaluar los hallazgos histopatológicos encontrados en pacientes colecistectomizados a quien se realizó en forma previa colecentrografía y determinar si existe un patrón determinado de cambios de acuerdo al diagnóstico obtenido por dicho estudio. Cabe destacar que el estudio se realizó a doble ciego y en forma retrospectiva. **Material y métodos:** Se realizó colecentrografía con CCK a dosis 3.3 ng/Kg en infusión de 3 minutos evaluando las imágenes en un equipo de cámara gama General Electric modelo millenium. El examen histopatológico se realizó mediante microscopía óptica empleando tinción de hematoxilina y eosina. **Resultados:** Se determinó la existencia o no de patrones definidos atribuibles a los diagnósticos emitidos tras la evaluación por colecentrografía de los casos estudiados, y el análisis de las posibles en este método diagnóstico. **Conclusiones:** El manejo diagnóstico por medicina nuclear de la patología de vías biliares, específicamente de la vesícula biliar ha cobrado un auge importante en las últimas décadas, sin embargo la mayor parte de la investigación se ha avocado a la variabilidad de los métodos y su correlación clínica sin embargo ha sido pobre e cuanto a histopatología y se requieren series mas grandes para estandarizar sus valores y de esta forma poder hacer un uso mas adecuado de una tecnología no invasiva que puede arrojar una buena cantidad de datos.

232 C 318

USO DE RECURSOS PARACLÍNICOS EN EL ESTUDIO DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO ,EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL PRIVADO COMPARADA A LA EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Ruiz, M; Mendoza, A; Chorné, R; Farías, M; Ricardez, J; Segura, I; Dávila, S; Vicencio, A
Hospital MOCEL México, DF - Hospital Universitario Saltillo, Coah.

Objetivo: Conocer que recursos paraclínicos se utilizan para el estudio del dolor abdominal agudo de acuerdo a sexo, edad y patología presentes, el costo promedio y las principales causas del dolor abdominal agudo en un hospital privado comparado a la experiencia de un hospital universitario.

Material y métodos: Expediente clínico de pacientes atendidos en urgencias y hospitalización entre el 1 enero 2001 al 31 dic 2001, cuya problema a resolver sea el dolor abdominal agudo. Se excluyen aquellos pacientes que cuenten con estudios paraclínicos solicitados previamente a su ingreso por otra institución. **Resultados:** Se encontró un listado de padecimientos numéricamente menor al citado comúnmente en la literatura, sin embargo la ruta diagnóstica presentó variabilidad de diagnósticos de acuerdo al centro en que se realizó siendo además distintos en número y tipo los recursos paraclínicos empleados en el diagnóstico, así como el costo de estos. **Conclusiones:** El manejo diagnóstico del dolor abdominal agudo ha constituido históricamente uno de los retos mas grandes para el médico y no solo para el cirujano en sí. Sin embargo nuestra experiencia y juicio clínico debe prevalecer sobre la tendencia a la tecnificación de la medicina.

233 C 319

ENFERMEDAD QUÍSTICA NO PARASITARIA DEL HIGADO

Antonio MR, Jaime ZM, Guzmán VG, Cruz OPA, Chacón ME, Alonso AV
Hospital General Regional Numero 1 Gabriel Mancera.

Antecedentes: La enfermedad quística no parasitaria del hígado, es poco frecuente en nuestro medio, la sintomatología esta dada por compresión del quiste a estructuras adyacentes o por complicaciones del mismo, las opciones de tratamiento quirúrgico son diversas dependiente de las características del quiste. **Objetivo del estudio:** Analizar seis casos de quistes hepáticos no parasitarios ejemplificando el cuadro clínico de presentación, metodología diagnóstica, opciones de tratamiento quirúrgico y evolución.

Material y métodos: Mediante un estudio retrospectivo, observacional y transversal en un periodo de dos años se analizan los expedientes de seis pacientes con diagnóstico de enfermedad quística no parasitaria del hígado. **Resultados:** De un total de 10950 ingresos al servicio de Cirugía General de, en un periodo comprendido de 2 años, se encontraron seis pacientes con el diagnóstico de quiste hepático no parasitario, lo que representa una frecuencia de 0.05 %. Cuatro pacientes del sexo femenino (67%) y dos masculinos (33%). El rango de edad fue de 40 a 74 años (media 61 años). El cuadro clínico se caracterizo por la presencia de dolor abdominal en el 100% de los casos, hepatomegalia en el 50%, náuseas 33%, vómito en el 33%, masa palpable 17% y perdida de peso en el 17%. Un paciente fue tratado médica y cinco quirúrgicamente, se presentó una defunción. **Conclusiones:** La enfermedad quística no parasitaria del hígado es poco frecuente, la realización de un protocolo de estudio adecuado y el tratamiento quirúrgico mejor indicado por las características propias de los quistes favorecen una evolución satisfactoria en pacientes con esta patología.

234 C 320

OPCIÓN TÉCNICA EN LA MANUFACTURA DEL MATERIAL PROTESICO, EN LA PLASTIA INGUINAL TIPO GILBERT.
 Lambertínez Gordillo Andrés, Arévalo GS, Sánchez SJM, López OR, Olmedo AP, López SR, Velázquez GR, Juárez CJ, Ramos PU, Lonngi DA
 H. G. "José María Morelos y Pavón" ISSSTE. México, D. F.

Antecedentes: Actualmente una de las mejores opciones para la reparación de la hernia inguinal, es la plastia libre de tensión, usando material protésico. Existe material prefabricado, con diversas medidas y formas (conos, placas de malla etc.), que tiene limitaciones en su uso por el costo que representa. En algunas instituciones se realiza manufactura de este material, partiendo de placas de malla grandes y diseñándose en el transoperatorio, es buena opción, pero representa perdidas de material en forma importante y en otro caso se expone a la esterilización en varias ocasiones de la malla utilizada. **Objetivo:** Presentar una opción en la manufactura de material protésico que es utilizado en la reparación de la hernia inguinal con técnica tipo Gilbert. **Material y métodos:** Se realizan cortes en forma circular de 8cm de diámetro y placas de 8X10 cm, en una placa de malla de polipropileno de 28x15cm. Esterilizamos en gas y en pares (placa y corte circular). Durante el transoperatorio se diseña el cono (utilizando el corte circular) de acuerdo al tamaño del defecto, utilizamos un punto de nylon para fijar el cono. **Resultados:** Se realizaron 281 plastias inguinales en 258 pacientes y en un periodo de 2 años. 220 hombres y 38 mujeres. Las complicaciones postquirúrgicas fueron: 2 pacientes con dolor persistente (0.7%), 8 con parestesias (2.5%) 6 con hematoma (2.1%) 1 con seroma (0.3%), 3 con edema de cordón espermático (1.6%) y 2 con infección de herida (0.7%). Recidiva 0. **Conclusión:** La técnica descrita presenta un ahorro del 70% del costo total de la malla. No se observa aumento en el índice de infección y es un método seguro para la reparación de las hernias inguinales.

235 C 321

INFECCIONES DEL SITIO OPERATORIO EN EL HOSPITAL MOCEL. INFORME PRELIMINAR.

Fernández E, Segura I, Márquez A, Rivera E, Torres G, Cruz C, Ruiz M, Farías M.
 Hospital Mocel. Ciudad de México.
 Grupo Ángeles.

Las infecciones del sitio operatorio representan un problema complejo en su tratamiento lo cual repercute en el costo de atención intrahospitalaria. La mayoría, son adquiridas dentro del hospital y los gérmenes más comúnmente observados son cocos gram positivos, bacilos gram negativos y hongos. **Objetivo:** Conocer la incidencia de infecciones del sitio operatorio en el Hospital Mocel de la Ciudad de México. Detectar gérmenes etiológicos. Proporcionar medidas de prevención. **Material y métodos:** Estudio observacional que incluye pacientes con infección del sitio operatorio en el servicio de Cirugía (general, pediátrica, ortopedia, ginecología, neurocirugía, etc) en un periodo de 4 años. (Enero 2000 - Dic 2003). **Resultados:** Encontramos una tasa de 0.77 de del sitio operatorio contra egresos en 2000, 0.48 en el 2001, aún pendiente resulta-

dos de 2002. **Conclusiones:** Las infecciones del sitio operatorio afectan tanto la estancia intrahospitalaria, el costo para el hospital y el paciente en su manejo. Tenemos reportes de infecciones en el sitio operatorio similares a las encontradas en la literatura a nivel mundial.

236 C 322

INTERPOSICIÓN DE INJERTO PARA ENFERMEDAD OCCLUSIVA DE LA BIFURCACIÓN DE LA ARTERIA CARÓTIDA

Ortega G, Peña CA
 Baptist Vascular Center, San Antonio Texas

El propósito de este estudio fue revisar los resultados de la Interposición de Injerto en Carótida (IIC) y evaluar su eficacia y durabilidad de prevención del infarto cerebral a largo plazo en pacientes con la enfermedad no tratable con endarterectomía estándar de la bifurcación de la arteria carótida. **Método:** Durante un período de 7 años que terminó en diciembre del 2000, se realizaron 14 procedimientos en 13 pacientes de Interposición de Injerto en la arteria Carótida por estenosis u oclusión arteriosclerótica de arteria carótida. La indicación para el procedimiento fue infarto cerebral o ataque isquémico transitorio en 10 (71.4%) y estenosis de alto grado asintomático en 4 (28.6%). Todos tenían más de 70% de estenosis u oclusión de la carótida común, o de la carótida interna. Los Parámetros principales fueron: Infartos y muertes peri operatorias, determinación del período libre de infarto, supervivencia libre de infarto, y permeabilidad del injerto. **Los resultados:** La edad promedio fue de 65 años, 7 hombres y 6 mujeres. 7 (50%) se había sometido previamente a endarterectomía carotidea ipsilateral. Se utilizó injerto de vena safena en 35.8% e injerto prostético en 64.2% de casos. Un paciente se presentó con un hematoma en el sitio quirúrgico 5 días después de la cirugía que necesitó reoperación para evacuarlo. No existieron infartos o muertes peri operatorias en esta serie. El seguimiento postoperatorio fue de 6 a 55 meses (media de 28.4 meses). La oclusión del Injerto ocurrió en un caso durante el período de seguimiento (rango de permeabilidad a 3 años de 93%), un paciente tenía persistencia de síntomas a pesar de la permeabilidad del injerto. Existió una muerte no relacionada a la enfermedad vascular de la carótida durante el período de seguimiento. Mediante el análisis life-table, se determinó el período libre de infarto de 92% a 1 y 5 años. La supervivencia libre de infarto de 90% a 1 año y 61% a 5 años. La permeabilidad primaria del injerto fue de 94% a 1 año y 84% a 5 años, con la permeabilidad primaria asistida de 90% a 5 años. **Conclusión:** La Interposición de injerto para el aterosclerosis complicada o recurrente en la bifurcación de la arteria carótida no tratable por endarterectomía es segura, tiene permeabilidad a largo plazo excelente y protege contra futuros eventos del neurológicos con baja morbilidad y mortalidad del peri operatorio.

237 C 323

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL NEONATAL: REPORTE DE 5 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Dr. Manuel Martínez, Dr. Javier Saldaña CP, Dr. Gerardo Reyes, Dr. Gustavo Quiroga
 Departamento de Cirugía Pediátrica, Hospital General de H. Matamoros Dr. Alfredo Pumarejo S.S.A., H. Matamoros, Tamaulipas.

Antecedentes: La obstrucción intestinal neonatal (OIN), es una entidad desafiante en el diagnóstico oportuno para el cirujano. Las cuatro entidades más importantes reportadas a nivel mundial siguen siendo la atresia intestinal (AI), anorrecto, mal rotación y enfermedad de Hirschsprung (EH). **Objetivo:** Reportar 5 casos de OIN, en el periodo de enero del 2001 a junio del 2002, encontrando similitud con lo descrito en la literatura. Tipo de estudio: Observacional, retrospectivo, transversal

Material y métodos: Se incluyeron los pacientes nacidos vivos en esta institución, a los cuales se les diagnosticó OIN, se midió la edad al momento del diagnóstico, sexo, edad gestacional al nacer, peso, tipo de AI, patología asociada. **Resultados:** Encontramos 3 casos de AI, 2 tipo I y 1 tipo III^a, (60%), 1 alteración anorrectal (20%), 1 EH (20%), no se han presentado mortalidad en estos casos. **Conclusión:** La OIN en nuestro medio, mantiene la misma prevalencia que lo documentado en la literatura, y las causas de OIN en nuestro estudio son muy similares a lo reportado.

238 C 324

COMPLICACIONES ABDOMINALES EN PACIENTES SOMETIDOS A INJERTO AORTOILIACO DE 1996 AL 2000 EN HECMN "LA RAZA"

Albores ZO, Arenas OJ, Ramírez BM

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "La Raza".

Objetivo: Determinar las complicaciones tempranas abdominales en pacientes que fueron sometidos a colocación de injerto aortoiliaco. **Material y métodos:** Encuesta transversal, del primero de enero de 1996 al 31 de diciembre del 2000 en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "La Raza". Se revisaron los expedientes clínicos de sujetos a quienes se les colocó injerto aortoiliaco, del expediente clínico se registró la edad, sexo, diagnóstico de ingreso, protocolo de estudio, complicaciones abdominales tempranas y mortalidad. **Resultados:** Durante 5 años, 13 pacientes fueron intervenidos de forma electiva, por el servicio de Cirugía Vascular, 11 hombres y 2 mujeres, de 56 a 68 años, cinco padecían sobrepeso del 10%, los estudios preoperatorios realizados BHC, QS, ES, PFH, TP, TTP, arteriografía y ultrasonido abdominal se reportaron normales, únicamente dos tuvieron infección de vías urinarias que remitió con tratamiento. Dos tenían antecedente de apendicectomía. La valoración preoperatoria sin contraindicación. El diagnóstico pre y postoperatorio: enfermedad oclusiva crónica arterioesclerótica. Las anastomosis se realizaron con polipropileno, el tiempo quirúrgico promedio de 4 a 6 horas, todos fueron egresados al 8 día del procedimiento, con cita a la semana y al mes. Un paciente presentó pseudoaneurisma que ameritó cambio de injerto. Dos presentaron eventración postquirúrgica detectadas al segundo mes de la intervención, realizándose plástia con malla. **Conclusiones:** La complicación más común observada fue la eventración postquirúrgica. Todos los pacientes se estudiaron de forma completa.

239 C 325

DISECCIÓN ENDOSCÓPICA DEL ABDOMEN EN CADÁVER. EXPERIENCIA EN EL APRENDIZAJE DE LA ANATOMÍA Y TECNICAS QUIRÚRGICAS.

Sereno TS, Fregoso AJM, Piedra RJL, Lúa RT, Gaspar GG, Guzmán GR, Ochoa SMG, Carranza RJM, Orozco AMO, Altamirano LMA

Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente y Universidad de Guadalajara.

Antecedentes: El Cirujano General, debe conocer la anatomía y las técnicas quirúrgicas endoscópicas de abdomen, para ser capaz de realizar la cirugía abdominal laparoscópica más frecuente. **Objetivo:** Reportar la experiencia en la disección endoscópica del abdomen en cadáver, como un medio para que el cirujano general, se familiarice con la anatomía, y con las técnicas quirúrgicas laparoscópicas más frecuentes. **Material y métodos:** En cadáveres humanos, se introdujo un lente de 45 grados a través de un trócar de 10 mm por arriba de la cicatriz umbilical, otros dos trócares de 10 milímetros con reductores en el abdomen. Se insufló la cavidad abdominal hasta 20 mmHg obteniendo un adecuado neumoperitoneo. Con esta técnica se tuvo acceso a las estructuras intraperitoneales. **Resultados:** Se logró visualizar y desear el triángulo de Calot, la vesícula biliar, la vena porta, la arteria hepática el apéndice cecal y el ciego el hilio, los pilares diafrágmáticos, la unión esófago-gástrica y ambos nervios vagos. Se realizaron colecistectomía, funduplicatura de Nissen y apendicectomía. **Conclusiones:** El abordaje endoscópico del abdomen en cadáver es factible, permite identificar sus estructuras anatómicas y contribuye al aprendizaje de la anatomía y técnicas quirúrgicas por parte del cirujano, por esta vía de abordaje.

240 C 326

EXPERIENCIA DE UN MODELO DE ADIESTRAMIENTO FORMAL EN CIRUGÍA ENDOSCÓPICA

Sereno TS, Fregoso AJM, Zermeño RJ, Carranza RJM, Ochoa SMG, Guzmán GR, Piedra RJL, G. De la Rosa JL, Hermosillo SJM.

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

Antecedentes: Se han desarrollado en este hospital, tres Cursos Teórico-Prácticos de Cirugía Endoscópica para los residentes en especialidad quirúrgica. **Objetivo:** Reportar la experiencia de la realización de tres cursos teórico-prácticos de Cirugía Endoscópica para residentes y especialistas quirúrgicos. **Material y Métodos:** Desde marzo del 2001 hasta junio del 2002, se han desarrollado tres Cursos Teórico-Prácticos de Cirugía Endoscópica para residentes en especialidad quirúrgica en el Servicio de Cirugía General del Hospital de Especialidades del Centro Médico de Occidente. Cada Curso se realizó en tres módulos: 1)Programa académico y práctico en simuladores utilizando piezas biológicas. 2)Prácticas de urgencias quirúrgicas endoscópicas en animales, 3)Práctica de disección endoscópica en cadáver y procedimientos quirúrgicos en pacientes. **Resultados:** Hasta la fecha se han graduado del curso treinta y dos residentes de cirugía general, un residente de ginecología y dos urólogos. Los graduados ya han participado como cirujanos en cirugía endoscópica electiva algunos han sido invitados como profesores a un Curso de Cirugía Endoscópica abdominal y torácica, y presentaron trabajos sobre cirugía endoscópica en un Congreso Internacional, obteniendo reconocimientos.

Discusión: Este tipo de adiestramiento permite al cirujano en formación, familiarizarse e incrementar su habilidad en la cirugía endoscópica, y por su fácil implementación es aplicable en otras instituciones.

241 C 327

FACTORES DE RIEGO PARA OCLUSIÓN INTESTINAL POR *ÁSCARIS LUMBRICOIDES*

RodriguezGJ, BelmaresTJ, HernándezSF.
Hospital Central «Dr.IMP»

Objetivo: Determinar los factores de riesgo, la validez diagnostica de la eosinofilia y la mortalidad para suboclusion u obstrucción intestinal por ascaris lumbricoides. **Material y métodos:** Estudio transversal analítico de 010195 a 311201 en el Hospital General de Cd Valles, SLP. Se incluyeron 50 pacientes con suboclusion u obstrucción intestinal y expulsion de ascaris por la boca o ano y 50 controles sin este dato y CPS negativo. **Resultados:** edad promedio de 3.1 años en los casos de suboclusion intestinal vs. 10.13 años para obstrucción intestinal($p=0.029$). Sexo femenino 55% vs 43%, respectivamente. No se encontró asociación entre gesta, estado nutricional y sitio defecación por grupo de estudio. Eosinofilia: el mejor punto de corte encontrado fue de 3 ó más eosinofilos con una sensibilidad de 34% pero especificidad del 100% . Mortalidad del 2%. **Conclusiones:** No se encontró diferencia estadística entre la suboclusion y obstrucción intestinal para las diferentes variables analizadas excepto la edad. Presentar 3% ó mas eosinófilos sugiere fuertemente la etiología de obstrucción o suboclusion por *Ascaris*.

242 C 328

LA ENSEÑANZA DE LA CIRUGÍA EN EL PREGRADO. ENTRANDO EN UN NUEVO MILENIO.

Elias Chousleb Mizrahi, Alberto Chousleb Kalach, Tomás Barrientos Fortes, Ramón Barragan Jaín, Samuel Shuchleib Chaba, Norberto Heredia Jarero
Escuela de Medicina, Universidad Anáhuac del Norte, México, D.F. Centro de cirugía Experimental y Capacitación Quirúrgica «Karl Storz» Brimex II. Hospital ABC, México D.F. Unidad de Especialidades Médicas, Secretaría de la Defensa Nacional, México, D.F.

La enseñanza quirúrgica se encuentra en una etapa de revolución. Los avances en sistemas computacionales y simuladores están cambiando la manera de adiestrarse en cirugía. Los equipos multimedia y de realidad virtual han probado su utilidad en distintos campos, el de la medicina no es la excepción, sin embargo, por los altos costos de los simuladores este recurso no está al alcance de todos. Proponemos una alternativa viable y eficiente como auxiliar en la enseñanza de técnicas quirúrgicas en el pregrado, esto a través de un programa multimedia que demuestra mediante videos los pasos básicos en la realización de los procedimientos practicados durante el curso de técnicas quirúrgicas en la Universidad Anáhuac durante el 3º y 4º semestres de la carrera de Médico Cirujano. Se presenta la primera edición del manual en formato CD ROM interactivo.

243 C 329

TECNICA DE ENTEROANASTOMOSIS (PUNTOS CONNEL-MAYO) APLICADOS EN LAS HISTERORRAFIAS (CESÁREAS) EN UN HOSPITAL DE LA SECRETARÍA DE SALUD.

Castillo CR, Arellano HG, Sandoval VE, Baeza VV, Sánchez SS
Hospital General de Cárdenas Tabasco, SSA. Dpto. De Cirugía General.

Objetivo: Utilizar una sola sutura para la histerorrafia, disminuyendo con esto el consumo de material de sutura. **Método:** consiste basicamente en la aplicación de la técnica de Connel-Mayo en las histerorrafias con una sola sutura. **Técnica:** Se inicia la histerorrafia con una sola sutura de catgut crómico del No. 1, colocando un punto invertido en el ángulo de la histerotomía, y dos puntos anclados invertidos, de manera que queden invaginados los primeros 5 cms de ese segmento, se saca la sutura por un borde para iniciar los puntos Connel-Mayo, los cuales hacen que los bordes del útero se vayan invaginando hasta llegar al otro extremo, en ese ángulo se colocan dos o tres puntos anclados, hecho esto se regresa con la misma sutura, tomando el peritoneo visceral y colocando puntos seromusculares sobre el primer plano, siendo estos anclados; de esta manera queda reforzado el primer plano y peritonizado el útero, se termina en el ángulo donde se inicio la histerorrafia. **Resultados:** se intervinieron 150 pacientes de cesarea de enero de 1999 a diciembre de 2001 de 14 a 40 años de edad. Las indicaciones de las cesareas fueron: desproporción céfalopelvica 33 (22.0%); ruptura prematura de membranas con oligohidroamnios severo 5 (3.3%); sufrimiento fetal agudo 48 (32.0%); cesárea anterior 35 (23.3 %); preclampsia severa 5 (3.3 %); circular de cordón 2 (1.3 %); presentación pélvica 15 (10.0 %); manipulada por empírica 5 (3.3 %); desprendimiento prematuro de placenta normoinserta 2 (1.3 %). Generalmente en una histerorrafia se utilizan 3 suturas, con esta técnica pudimos ahorrar dos suturas por cada procedimiento, lo que equivale a 300 suturas ahorradas en las 150 histerorrafias realizadas, siendo esto significativo, tomando en cuenta las necesidades que tenemos cada día en nuestras instituciones del sector salud. **Conclusión:** es una tecnica que utiliza una sola sutura para realizar la histerorrafia, disminuyendo con esto el consumo de material de sutura.

244 C 330

CIRUGIA DE CONTROL DE DAÑOS EN TRAUMA ABDOMINAL. PRESENTACIÓN DE 17 CASOS.

Elfego Tehozol Meneses, Gabriel Mejía Consuelos, Dr. Alfredo Vicencio Tovar. Dr. Alberto Espinosa Mendoza.
Hospital Gral. La Villa, S:S:D:F:, México D.F.

El desafío del traumatismo multivisceral de alta energía exige una revisión de los criterios quirúrgicos tradicionales por lo que la cirugía de control de daños como una alternativa se basa en una secuencia operatoria modificada por medio de la cual se aplican técnicas urgentes rápidas para salvar la vida del paciente. El término control de daños describe un enfoque sistemático de tres etapas cuya finalidad es interrumpir la cascada mortal de acontecimientos que culmina con el fallecimiento del paciente por desangramiento. **Objetivo:** Analizar los resultados del manejo de pacientes con traumatismo abdominal grave bajo el concepto de Cirugía de control de daños. **Pacientes y métodos:** Se realizó estudio retrospectivo en un periodo de quince meses con revisión de los pacientes con traumatismo abdominal grave manejados en los diferentes hospitales de urgencias dependientes de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, bajo el concepto de Cirugía de control de daños. **Resultados:** Diecisiete pacientes incluidos, edad media de 24 años con rango de 13 a 32 años, 14 masculinos (82%) y 3 femeninos (18%), el mecanismo de lesión trauma abdominal cerrado 10 pacientes (59%), trauma abdominal penetrante 7 pacientes (41%). Los hallazgos tran-

soperadores fueron: órganos lesionados: Hígado 16 casos (94%), bazo 8 casos (47%), colon 3 casos (18%), intestino delgado 4 casos (24%), riñón 2 casos (12%), vesícula biliar 1 caso (6%), diafragma 1 caso (6%), estomago 1 caso (6%), lesión vascular pélvica 1 caso (6%). Manejo transoperatorio en la fase I, taponamiento 17 casos (100%), esplenectomía 7 casos (41%), nefrectomía 2 casos (12%). Control de fugas. Cierre de intestino delgado, 3 casos (18%), colon, 2 casos (12%), estómago, 1 caso (6%), frenorrafia 1 caso (6%). Uso de malla para cierre de pared abdominal en 2 casos (12%). Manejo de fase II en la unidad de cuidados intensivos, se realizó en conjunto con médicos de la unidad. Manejo transoperatorio de la fase III, desempaquetamiento en 17 casos (100%), hemicolectomía derecha en 3 casos (18%), resección y anastomosis de intestino delgado en un plano en 2 casos (12%), ileostomía en 3 casos (18%), cierre definitivo de la cavidad abdominal en 17 casos (100%). Complicaciones: Nueve pacientes (53%), Infección de herida quirúrgica en 4 (23%), eventación parcial de herida quirúrgica 1 caso (6%), Sepsis en 2 casos (12%), absceso subfrénico en un caso (6%), falla orgánica múltiple en un caso (6%). Mortalidad: Tres pacientes fallecieron (18%), las causas, traumatismo craneoencefálico 2 casos (12%), falla orgánica múltiple 1 caso (6%). **Conclusiones:** Las circunstancias que exigen técnicas de control de daños abarcan lesiones traumáticas múltiples y complejas asociadas con trastorno hemodinámico importante, se requiere valoración rápida y priorizar las lesiones que ponen en peligro la vida y atenderlas lo más pronto posible.

245 C 331

REAL ESCUELA DE CIRUGIA

Romero HA, Ramírez BJ, Albores ZO.

Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina, UNAM.

La siguiente investigación presenta una breve reseña de lo que fue la enseñanza de la Cirugía en la Nueva España. El desarrollo de la enseñanza de la cirugía en la Nueva España, tiene un paralelismo con Europa en la Edad Media, influido por la separación entre Medicina y Cirugía. En La Nueva España se distinguieron dos clases de cirujanos: los latinos y los romancistas. Como un intento para solucionar el atraso que tenía la Medicina y especialmente la Cirugía en España, Carlos III, funda la Escuela de Cirugía de Cádiz, en 1747 y Barcelona, en 1760 fundamentos de la Real Escuela de Cirugía (REC) de México en 1768. El Hospital Real de Naturales (HRN) solo atendía indígenas y resultó muy fácil llevar todo tipo de investigaciones clínicas y experimentos en esta población ya que la única autorización requerida procedía del Virrey, por tener carácter laico. En esta institución se efectúan por primera vez autopsias. Más tarde aparecerán varias iniciativas al Rey solicitando autorización para aumentar el número de autopsias. La investigación clínica iniciada por el Dr. Francisco Hernández y la práctica de autopsias convierten la HRN en la institución adecuada para la enseñanza de la Cirugía. El Virrey solicita el 4 de Abril de 1764 al Rey fuera creada la Academia de Anatomía en el Hospital de Indios. El rey Carlos III de España, dio su respuesta con Real Decreto el 16 de Marzo de 1768. Estableciendo la Academia de Anatomía en el HRN, para que al igual que los colegios de Cádiz y Barcelona se impartiera la cátedra de Anatomía Práctica. El Dr. Andrés Montaner y Virgili Primer Cirujano de la Arma-

da, fue nombrado director y el Dr. Manuel Moreno como ayudante y primer cirujano, que se había desempeñado como Rector del Colegio de Cádiz. Establecida la Academia de Anatomía Práctica, inaugura sus cursos el 3 de Febrero de 1770. Era una institución dependiente únicamente del Rey, exenta de la influencia del Protomedicato y la Universidad. Al llegar el paciente era interrogado por un capellán en su lengua nativa, le daba auxilio religioso, luego llamaba al médico o al cirujano. Una vez internado se pasaba visita médica matutina y vespertina. Los médicos y cirujanos la hacían acompañados de los practicantes mayores y menores que también eran médicos y el enfermero y enfermera mayor. Se llevaba el recetario en la mano y se anotaba el número de cama, medicina prescrita, y la dieta. El practicante llevaba la receta a la botica y se surtía. La visita vespertina era realizada por los practicantes mayores que eran médicos y cirujanos ya examinados y aprobados. Muchos alumnos matriculados en la Universidad, también lo estaban en la Real Escuela de Cirugía, ya que en esta época la Cirugía y la Medicina como facultades se enseñaban por separado. Después de estudiar un periodo de cuatro años se obtenía el grado de Bachiller. La dinámica de las clases consistía en emplear media hora para dictar y otra media hora para explicar lo dictado en latín. Las clases de Anatomía se complementaban con prácticas de curaciones en la sala de Cirugía del hospital, los alumnos aprendían a curar heridas, aplicar vendajes, hacer suturas y drenar abscesos. Durante los primeros 43 años, las actividades de la Real Escuela de Cirugía, fueron muy fructíferas, al permitir egresar de ella 200 cirujanos. De acuerdo con Ignacio de la Peña la escuela era una institución militarizada y los alumnos tenían el derecho a gozar de todas las garantías y obligaciones, correspondientes a esta situación, como portar el uniforme militar y al llegar la lucha de Independencia en 1810, el servicio de los alumnos fue solicitado por el ejército español. En el año de 1821, la situación de la escuela cambio, el 18 de septiembre, todos sus integrantes, se trasladaron a Tacubaya para presentar obediencia al Emperador Don Agustín de Iturbide. De acuerdo a esta nueva organización política del país la escuela cambia nombre por el de Imperial Escuela de Cirugía, a partir del 5 de Octubre de 1821, nombre que conserva hasta el año de 1823 en que se denomina Nacional Escuela de Cirugía. El 1º de Abril de 1833 el Dr. Don Valentín Gómez Farías, como Presidente de México, tomando los postulados del Dr. José María Luis Mora, hace primordial el objetivo de arrancar la educación del clero. Así el Dr. Valentín Gómez Farías decreta el 19 de Octubre de 1833, la clausura de la Real y Pontificia Universidad de México y la REC, para crear el Establecimiento de Ciencias Médicas, reuniendo ambas escuelas y dejando de lado la separación en la enseñanza y ejercicio de estas dos disciplinas. Con la creación de la REC se inició una etapa victoriosa y de gran gloria para la Medicina Mexicana al establecer los fundamentos técnicos y científicos basados en el sincretismo de dos corrientes distintas la española y la indígena. La REC permitió la implantación de las nuevas reformas en la educación Médica y Quirúrgica en nuestro país que se estaban llevando a cabo en las grandes escuelas del viejo continente con su clausura y su integración al establecimiento de Ciencias Médicas, va a permitir ahora el inicio de nuevos horizontes en la reforma educativa en la cual la Medicina y la Cirugía se van a unir en forma definitiva aunque tardíamente en relación con la Historia de la Medicina Universal.

246 C 333

COLOCACION DE CATETER DE TENCKHOFF POR LINEA MEDIA Y PARAMEDIA. EVALUACION DE DISFUNCION Y COMPLICACIONES TEMPRANAS.

Jaramillo E, Guzmán VG, ALONSO AV
Hospital General Regional No. 1 Gabriel Mancera, IMSS.

La incidencia de las diferentes causas de disfunción de un catéter de Tenckhoff para diálisis peritoneal reportadas en estudios previos, sugiere que la migración, la obstrucción del catéter por adherencias epiplóicas, la fuga de solución dializante y las hernias postincisionales pueden estar influenciadas por la técnica de abordaje quirúrgico que se adopte para la colocación del catéter de Tenckhoff. El objetivo de este estudio es comparar las causas de disfunción y complicaciones tempranas del catéter de Tenckhoff entre dos técnicas quirúrgicas: media y paramedia. Es un estudio prospectivo, longitudinal, comparativo y aleatorio, en el que se estudiaron 42 pacientes mayores de 16 años, ambos sexos, con insuficiencia renal crónica, candidatos a diálisis peritoneal y que requirieran de la colocación de catéter de Tenckhoff de primera vez. Los pacientes se dividieron en dos grupos aleatoriamente: Grupo A, colocación del catéter a través de un abordaje por incisión media amplia y Grupo B, colocación del catéter a través de un abordaje por incisión paramedia pequeña. Se siguió la evolución de los pacientes cada semana en 4 ocasiones, completando un periodo de 30 días de seguimiento. El grupo A se formó por 23 pacientes y el grupo B por 19 pacientes. No hubo diferencia entre los dos grupos con respecto a edad, sexo y antecedentes de cirugías previas. La migración del catéter se presentó en 3 pacientes del grupo A (13%) y en 2 del B (10%). La fuga del líquido dializante se presentó en 1 paciente del grupo A (4.3%) y en 3 del B (15.7%). Las adherencias por epiplón en 3 pacientes del A (13%) y en 0 del B (0%). En ningún grupo se presentó hernia postincisional. Los resultados obtenidos se sometieron a análisis estadístico de variables no paramétricas con Chi cuadrada y variables paramétricas con t de student, no encontrando diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos para ninguna de las variables. En conclusión, la técnica de abordaje quirúrgico para colocación de catéter de diálisis peritoneal no parece influir en la incidencia de las causas de disfunción y complicaciones tempranas de un catéter de Tenckhoff.

247 C 334

UTILIDAD DE PRESION SUBATMOSFERICA EN EL MANEJO DE HERIDAS LIMPIAS E INFECTADAS.

Velazquez RME, Rodríguez F
Hosp. Gral. Dr. Nicolás San Juan, ISEM, Toluca, México

Antecedentes: El uso de presión sub-atmosférica en heridas fue descrita por: Fleischmann (1993), múltiples estudios se han realizado, comprobando su utilidad y ampliando las indicaciones de aplicación. En EU se creó un sistema de vacío portátil cuya renta diaria y adquisición de consumibles lo hacen prácticamente inalcanzable para la mayoría de los pacientes que pudieran beneficiarse con este sistema. **Objetivo:** Evaluar La eficacia clínica y utilidad del uso de presión sub-atmosférica, en el manejo de heridas agudas y crónicas, con y sin infección. Estudio prospectivo, longitudinal no comparativo. Se analiza: control de infección y estancia hospitalaria. **Material y métodos:** De junio del

2001 a mayo del 2002. 42 pacientes. Previo lavado quirúrgico, se aplicó presión sub-atmosférica de 125 a 150 mm Hg. Utilizando: sonda plástica estéril, esponja estéril de poliuretano y película auto-adherible estéril de poliuretano. Cada dos días se efectuó curación, irrigando con solución salina y jeringa aséptica, cambio de material. **Resultados:** 42 pacientes (F-18/M-24), media de edad 43.6, diagnósticos: Pie del diabético (15), Fascitis (9), Fournier(1), Ulceras por de cubito (2), Traumáticas (15). 35 heridas catalogadas como infectadas, fueron controladas de 4 a 20 días con una media de 9.1 días (DE + - 3.8). La granulación se presentó entre los 4 y 18 días, media 9.9 (DE + - 1.7). Estancia hospitalaria de 7 a 35 días, media 16.3 (DE + - 2.5). **Conclusiones:** La presión sub-atmosférica, es un excelente método para control del exudado y proceso infeccioso local, promueve la granulación y disminuye la estancia hospitalaria. Puede ser aplicada en la mayoría de nuestros hospitales a un costo mínimo. Nuestra aportación, es su utilidad en el manejo de fascitis severa (9 casos), con un control rápido y eficaz del proceso infeccioso y pronto cierre de espacios aponeuróticos

248 C 335

REPORTE DE CASO DE SINDROME DE MIRIZZI III Y REVISION DE LA TERAPEUTICA ACTUAL

Aguilar OVA
Hospital General de México

La definición moderna del síndrome de Mirizzi incluye cuatro componentes: un cístico y cuello vesicular que corren paralelos al conducto hepático común, impactación de un cálculo en la bolsa de Hartmann, obstrucción mecánica del conducto hepático común por el mismo litio o por la inflamación consecuente e ictericia intermitente o continua que puede derivar en colangitis. La sintomatología intermitente dificulta el diagnóstico y las fistulas biliares pueden o no estar presentes. Femenino de 36 años sin antecedentes de importancia. Inicia su padecimiento hace 8 meses con síndrome ictérico intermitente y cólico vesicular los cuales se incrementan desde hace 25 días. Se encuentra con facie álgica, deshidratación de mucosas, taquicardia y tríada de Charcot, sin irritación peritoneal. Es hospitalizada y se instaura tratamiento hidroelectrolítico, analgésico y antibiótico, logrando leve mejoría clínica. Colangiografía percutánea con compresión del hepático común por parte de un cálculo impactado en la bolsa de Hartmann. La cirugía muestra una fistula colecistohepática de 2/3 del diámetro del conducto hepático e impactación de un cálculo de 2 cm en bolsa de Hartmann. Se realiza colecistectomía parcial, reparación del hepático y coledocostomía con sonda en T. La extracción de los cálculos y la colecistectomía parcial con el uso del cuello remanente para la reparación de las fistulas son una opción, así como las hepaticoyeyunoanastomosis cuando la vascularidad e integridad del hepático común son dudosas. La revisión de la literatura revela incremento de las complicaciones con el uso de laparoscopia vs. técnica abierta en el síndrome de Mirizzi.

249 C 336

SAFENECTOMÍA ENDOSCÓPICA EN CADÁVER

Fregoso AJM, Sereno TS, Orozco AMO, Hernández HS, Zermenio RJ, Gallo ALC, Piedra RJL, Cuan OF, Hermosillo SJM
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS y Universidad de Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: Hay reportes desde 1985, sobre la ligadura de venas perforantes y procuración de safena par injerto por vía endoscópica, mediante instrumental especialmente diseñado y de alto costo. **Objetivo:** Demostrar la factibilidad de la safenectomía endoscópica en cadáver, utilizando safenotomo e instrumental laparoscópico convencionales. **Material y métodos:** Se introdujeron un troncar de 10 milímetros y dos de 5 milímetros sobre la cara anterior del muslo de cadáver. A través del primero se introdujo el lente y cámara endoscópicos de 45 grados y por los otros dos los instrumentos de trabajo, para disecar la vena safena interna. Se realizó una incisión de 1.5 centímetros sobre la cara interna de la región poplítea, se identificó la vena safena externa, y se introdujo un safenotomo. Bajo visión directa se ligaron sus colaterales cerca de su desembocadura en la vena femoral, se extetiorizo por contrabertura el safenotomo, y se extrajo la vena safena. **Resultados:** Se extrajo la vena safena interna desde la región poplítea hasta la región femoral. **Conclusiones:** La safenectomía endoscópica en cadáver, utilizando instrumental y técnica convencionales es factible. Sus aplicaciones podrían estar encaminadas a pacientes obesos, con dificultad técnica, así como para injertos. Probablemente esta técnica minimice las complicaciones de la técnica abierta: se requieren estudios posteriores para normar criterios al respecto.

250 C 337

COLECISTITIS AGUDA ENFISEMATOSA EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL

Carlos Rodríguez Pantoja, Virgilio Galicia Victoria.
Hospital General Regional No. 36 del Centro Médico Nacional Manuel Ávila Camacho, Puebla, Pue.

Antecedentes: Es una forma rara de colecistitis aguda comúnmente gangrenosa, causada por microorganismos productores de gas y caracterizada radiológicamente por presencia de aire en la luz de la vesícula biliar, en su pared o en los conductos biliares, en el área perivasicular o en la región pericoléctica, sin que exista una fistula. Hegner en 1931 documentó la primera imagen radiológica diagnóstica. Se presenta más en el sexo masculino (3:1) entre los 50 y 60 años y en diabéticos 38%. **Objetivo:** Dar a conocer 5 casos de colecistitis aguda enfisematoso en el Hospital General Regional No. 36 IMSS. **Material y método:** Estudio retrospectivo observacional longitudinal y clínico en un periodo de Enero de 1986 a Diciembre de 1995. Se acudió a los archivos de Histopatología del Hospital mencionado y encontramos 8 casos RHP de colecistitis aguda litiasica con necrosis hemorrágica (edema de la pared, trombosis arterial y venosa, hemorragia intramural y erosión de la mucosa. Solo pudimos rescatar 4 PSA en los archivos de radiología del Hospital y uno de los casos por medio de una colangiografía transoperatoria por punción del colédoco. Se estudiaron la edad, el sexo, antecedentes metabólicos e imagen radiológica, tratamiento y evolución. **RESULTADOS:** Ningún caso en la forma alitiasica, según el sexo 3M (37.5%) y 5F (62.5%), con una edad promedio de 59.6 años. 4 pacientes con DM (80%) y 1 paciente con HAS (20%). No tuvimos mortalidad y solo 1 dehiscencia de la herida quirúrgica. **Conclusiones:** Es una patología rara, se requiere diagnóstico oportuno para brindar apoyo con antibiótico y UCI, control metabólico adecuado, el diagnóstico se puede efectuar a través de la

sintomatología clínica y PSA en bipedestación, el diagnóstico y tratamiento oportuno evita consecuencias fatales.

251 C 338

ANÁLISIS DE 165 APENDICECTOMIAS EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL.

Carlos Rodríguez Pantoja.
Hospital General de Acatlán de Osorio, Puebla. SSA. Puebla, Puebla.

Antecedentes: A mas de 100 años en que se promulgó que el diagnóstico y tratamiento oportuno de la Apendicitis Aguda (AA) es aun motivo de controversia el análisis de esta patología, que asocia una morbilidad y EIH importante según su evolución y que la mortalidad por ella con el adventimiento del antibiótico ha disminuido en forma considerable.

Objetivo: Dar a conocer el análisis de 165 apendicectomías, en el Hospital General de Acatlán de Osorio, SSA. Puebla, Pue. En el periodo del 16 de Junio de 1998 al 31 de Diciembre del 2000. **Material y método:** Se analizaron 165 expedientes de apendicectomías, de los cuales 17 fueron excluidos por haber sido apendicectomías incidentales, efectuándose un estudio retrospectivo, clínico y observacional.

Resultados: Encontramos un rango de edad de 3 a 71 años con una media de 22.9 años, el sexo F=78 y el M=70, la atención médica previa en 85 casos y de estos el medio particular con 56 casos, el turno nocturno fue el que realizó mas procedimientos (82), la AA aguda no complicada con 94 casos y la complicada con 54 casos, el grupo de edad mas afectado el de 15 a 19 años, la DM la patología asociada mas frecuente en 6 casos, el tiempo de evolución mas frecuente fue el de 24 horas, el dato clínico de dolor migratorio la FID en 129 casos y el signo físico Blumberg el mas presentado en 104 casos, los niveles hidroaereos en FID en hallazgo mas encontrado en radiografías, el rango de leucocitosis de 10900 a 27000, el de neutrofilia de 76 a 94% y el de bandemia de 8 a 30%, el abordaje pararectal derecho el mas utilizado y con una técnica de Haldsted Ochsner en 75 casos. Se ocuparon 23 drenajes tipo penrose, el bloqueo peridural la técnica de anestesia más común en 109 casos, el rango de tiempo para pasar al quirófano de 2 a 31 horas, y con un rango de EIH de 2 a 18 días con un promedio de 3, no se tuvo mortalidad y la complicación mas frecuente el absceso de pared en 5 casos. **Conclusiones:** El diagnóstico y tratamiento oportuno de la AA disminuye complicaciones, días de estancia hospitalaria, consecuencias fatales y costos.

252 C 339

FACTORES PRONOSTICOS DE LA EVOLUCION POSTOPERATORIA DEL PACIENTE CON OCCLUSION INTESTINAL

Rivera NJC, Guevara TL, Hernández SHG, Sanchez AJM
Hospital Central Dr.IMP, SLP

Antecedentes: Oclusión intestinal, es la interferencia parcial o total al paso distal de las heces en el intestino. Es de las urgencias abdominales más frecuentes, asociada a alta morbilidad. Debe diferenciarse del ileo paralítico. El antecedente de cirugía previa es la causa más frecuente. Se ha descrito que la severidad del cuadro clínico, leucocitosis, hematocrito y BUN elevados pueden asociarse a isquemia intestinal, empeorando el pronóstico de estos pacientes. **Objetivo:** Evaluar algunos factores

res pre y transoperatorios que pudieran servir como indicios pronósticos de la evolución postoperatoria de pacientes con oclusión intestinal. **Diseño:** Estudio retrolectivo, comparativo, transversal. **Material y métodos:** Se revisaron los expedientes de pacientes con diagnóstico de oclusión intestinal de 01/01/95 a 31/07/01, encontrándose 207 casos. Se excluyeron pacientes pediátricos, oncológicos y aquellos que no requirieron cirugía, quedando 53 expedientes. Grupos de estudio: evolución rápida(<6días) evolución lenta(6 ó mas días) complicados(reintervención). Las variables de estudio fueron: edad, sexo, cirugía previa, días de cuadro clínico, laboratorio básico de ingreso(BHC,QS), hallazgos y procedimientos quirúrgicos. **Análisis estadístico:** Estadística descriptiva e inferencial(Chi², Anova). **Resultados:** 50.9% masculinos y 49.1% femeninos edad promedio:51.7+-21.9 años. Se encontró diferencia significativa en las siguientes variables: urea ($p<0.05$), creatinina ($p<0.05$) y leucocitosis ($p<0.025$). El resto no mostró significancia estadística. **Conclusiones:** En el presente estudio la urea, creatinina y leucocitosis mostraron tener significancia estadística como índices pronósticos de evolución postoperatoria lenta en los pacientes operados por oclusión intestinal, concordando con la literatura preexistente. No encontramos que los hallazgos y procedimientos quirúrgicos estén relacionados con la evolución postoperatoria de estos pacientes.

253 C 340

ADRENALECTOMIA POR LAPAROSCOPIA. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. JOSE E. GONZÁLEZ UANL

Gerardo C Saldaña, Juan F Tejeda Ramírez, Eduardo H Coronado Torres
Hospital Universitario, Dr. José Eleuterio González, Facultad de Medicina UANL

Las indicaciones para cirugía de Glándulas Suprarrenales incluyen Adenomas, Hiperplasias, Carcinomas, Quistes y algunos Incidentalomas, que tradicionalmente el abordaje ha sido por vía transabdominal anterior, lateral, posterior o toraco-laparotomía. Garner en 1992 describió el primer caso de adrenalectomía por laparoscopía. **Objetivo:** Dar a conocer la experiencia de nuestra institución en este tipo de cirugía utilizando el abordaje laparoscópico. **Métodos:** De Enero de 1998 a Diciembre del 2001 se operaron 6 pacientes por vía laparoscópica, 4 con Hiperplasia Suprarrenal y 2 con Adenomas. 1 masculino y 5 femeninos cuyas edades fluctuaron de 7 a 46 años. **Resultados:** Los primeros 2 casos correspondieron a pacientes con Hiperplasia Suprarrenal en los que se abordaron por vía laparoscópica anterior ya que nuestra experiencia con cirugía abierta en este tipo de casos es a través de la vía anterior. Debido a dificultades técnicas se tuvieron que convertir ambos pacientes. Los otros 4 casos se abordaron en forma exitosa por vía lateral transperitoneal. No se tuvieron complicaciones transoperatorias, el sangrado fué mínimo y la evolución postoperatoria fue excelente. **Conclusiones:** 1. El abordaje laparoscópico es otra alternativa quirúrgica que puede ser realizada por cirujanos con interés en laparoscopía avanzada 2. La vía lateral transperitoneal laparoscópica es segura y eficaz 3. En nuestros casos no se presentaron complicaciones inmediatas ni mortalidad

254 C 341

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO: MANEJO QUIRÚRGICO. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL ÁNGELES DEL PEDREGAL

Cervantes BM, Saavedra EA, Peña F, Betancourt JR.
Departamento de Cirugía del Hospital Ángeles del Pedregal. México, D. F.

La frecuencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico ha aumentado a nivel mundial y, en consecuencia, su tratamiento quirúrgico también. Se presenta la experiencia en el manejo quirúrgico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en el Hospital Ángeles del Pedregal durante 1999 a 2002 comparada con el período 1990 a 1994, mediante el análisis retrospectivo de expedientes clínicos. Se valoran morbi-mortalidad temprana, vía de abordaje, técnicas utilizadas, tasas de conversión y estancia hospitalaria. Se revisaron 1067 expedientes de pacientes operados en el período de enero 1^a de 1999 al 30 de abril del 2002 y 235 del período enero 1^a de 1990 a mayo 31 de 1994. La edad promedio y distribución por sexos fueron similares en ambos grupos en el período 1990 a 1994 se practicaron 76 % de procedimientos por la vía convencional y 24% por laparoscopía mientras que en 1999-2002 fueron 96% laparoscópicas y sólo 4% abiertas. Las complicaciones por vía abierta fueron similares y por vía laparoscópica disminuyeron de 14% en 90-94 a 1.8% en 99-02 y las conversiones de laparoscópicas a convencionales fueron 16% en 90-94 y 1.2% en 99-02. La estancia hospitalaria ha disminuido de 90-94 a 99-02 y es menor en el grupo laparoscópico que en el convencional. Se analizaron las diferentes técnicas quirúrgicas empleadas y la práctica de otros procedimientos en el mismo acto quirúrgico, mostrando que no influyen en la morbilidad. No hubo mortalidad en ninguno de los dos grupos. Se corrobora el aumento en la frecuencia del manejo quirúrgico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico y que la funduplicatura laparoscópica es un procedimiento seguro en nuestro hospital, con una tasa de morbi-mortalidad comparable a la reportada en la literatura y a la experimentada con la funduplicatura convencional y con una estancia hospitalaria menor que utilizando la vía abierta. Los diferentes tipos de procedimientos no influyen en la morbilidad y en caso necesario la conversión a tiempo evita mayores complicaciones.

255 C 342

INCISIÓN CUTÁNEA BISTURI VS. ELECTROCAUTERIO, ESTUDIO EXPERIMENTAL EN CERDOS.

L Morett-Gurza, CRCervantes-Sánchez, G Arrellín, E Aguilar-Romero, E. Rodríguez-Schlögl.
Departamento de Cirugía, Escuela de Medicina, Universidad Panamericana.

Introducción: Existe únicamente un estudio para evaluar las consecuencias del uso del electrocautero en heridas cutáneas en ratas, en el que después de un período de inflamación la piel se recuperó sin secuelas cosméticas, pero la rata no es el mejor modelo para comparar contra el ser humano en cuanto a cicatrización. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio experimental en 15 cerdos de ambos sexos, con pesos de 15 a 20 kg, realizando dos incisiones cutáneas en el dorso a cada lado de la columna vertebral (5 cm de distancia y 10 cm de longitud) en el lado derecho con bisturí convencional y en el lado izquierdo con electrocautero. Los bordes de las heridas

se aproximaron con cinta adhesiva estéril permitiendo la cicatrización durante seis semanas tomando muestras por punción cada semana para el estudio histopatológico, evaluando cantidad de infiltrado inflamatorio, colágena y fibroblastos. **Resultados:** Tanto en la evaluación macroscópica como en la microscópica no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. En cuanto al color, el grosor y la elevación sobre la superficie de piel sana tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas. **Conclusión:** Realizar el corte cutáneo con electrobisturí es tan seguro como realizarlo con bisturí convencional en cuanto a la cicatrización en el modelo porcino el cual es similar a el proceso cicatrizal del ser humano.

256 C 343

COMPLICACIONES EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

Nuñez González Enrique, Betancourt Angeles Mario, Tort Martínez Alejandro, Cuevas Herrera Luis F., Reyes Ibarra Lenin A
Departamento de Cirugía General del Hospital Regional 1º de Octubre del ISSSTE.

Desde los inicios de la cirugía laparoscópica han existido complicaciones y se han tratado de solucionar mediante la invención de instrumentos especiales para disminuir su incidencia. Con el presente estudio analizamos la incidencia de complicaciones transoperatorias en procedimientos laparoscópicos a nivel internacional, nacional y en nuestra institución, se compararon los resultados y se puntualizaron las complicaciones observadas con mayor frecuencia. La metodología utilizada fué la revisión de la literatura internacional de los últimos 3 años, se obtuvo la encuesta nacional de morbimortalidad de la Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica realizada en los años de 1993-1997 y se analizaron en forma retrospectiva los procedimientos realizados en el H.R. 1º de Octubre durante el periodo de 1997-2002. A nivel internacional se reportaron lesiones por introducción de trócares y agujas de Veress en un 0.18% de todos los casos (0.13% lesiones viscerales y 0.05% vasculares), con la utilización de trócares ópticos se presentó un 0.3% de lesiones en colecistectomías se tiene un 1.4% de lesiones biliares (0.38% transecciones de colédoco, 0.51% lesiones parciales y 0.51% de desgarros de cístico). A nivel nacional se encontró una morbilidad del 1.4%, con 0.18% de reintervenciones por hemorragia, 0.06% lesiones biliares, 0.027% de lesión esofágica, 0.055% en lesiones viscerales y se reportaron conversiones a cirugía abierta en un 1.05%. En nuestra unidad hospitalaria existen 0.84% de complicaciones transoperatorias en general, de las cuales 0.16% son lesiones viscerales, 0.05% lesiones vasculares, 0.11% lesiones biliares, 0.16% de otras lesiones, 0.28% reintervenciones por hemorragia y además 3.096% de conversiones por razones diversas. Con lo obtenido se observó que no existe disparidad en la incidencia de complicaciones transoperatorias a nivel internacional, nacional y local, a excepción de las conversiones a cirugía abierta y, aún con ello, debemos continuar en la búsqueda de la optimización de los instrumentos de laparoscopía y del personal quirúrgico, de manera que la cirugía laparoscópica sea aún más segura que en la actualidad.

257 C 344

ALTERNATIVAS DE LA REPARACIÓN DE VÍA BILIAR EN UN HOSPITAL RURAL

Flores A, Muñoz Pámanes R, Dorado RD
IMSS-Solidaridad

Antecedentes: La lesión de vía biliar a pesar de su baja incidencia continua siendo tema de controversia respecto al tipo de tratamiento y el momento adecuado del mismo existen ciertos recursos que se pueden utilizar en su preventión (colangiografía transoperatoria, CPRE, etc). ¿Pero que hacer en aquellos sitios en que no se cuenta con ellos? **Objetivo:** Presentar 3 casos clínicos en los que se realizó reparación de vía biliar en un hospital rural del programa IMSS-Solidaridad. **Metodología:** Se analizaron los expedientes clínicos de 3 pacientes operado en el Hospital Rural No. 79 IMSS-Solidaridad de Mayo de 1999 a Junio de 2002. **Resultados:** 1er caso. Paciente femenina de 31 años con cuadro de ictericia obstructiva secundaria a colecistocolédocolitiasis corroborada por ECO, se realiza cirugía encontrándose Sx Mirizzi Tipo II-4 se realiza colecistectomía y ferulización de vía biliar con sonda en T y colocación de parche de epiplón (sin reparar vía biliar). Actualmente se encuentra sin datos de estenosis, asintomática, con PFH's normales y buena calidad de vida. 2do caso. Femenino de 35 años con antecedente de colecistectomía en septiembre de 1999, ingresa en Marzo de 2000 con cuadro de colangitis y datos en relación a colédocolitiasis corroborados por ECO, se realiza cirugía ferulizando ambos hepáticos con ramas cortas de sonda en T y se realiza colangiografía, dejando ferulizados ambos hepáticos, posteriormente en Junio de 2002 se realiza hepatoyeyunoanastomosis. Actualmente la paciente se encuentra asintomática, sin colangitis y con PFH's normales. 3er caso Masculino de 80 años con cuadro clínico de ictericia intermitente se le realiza cirugía encontrándose Mirizzi Tipo II-3, se produce lesión tipo E-2 Strasberg realizándose hepático-colédoco anastomosis ferulizándose con rama corta colédoco, la rama corta proximal se divide en dos para ferulizar ambos hepáticos y actualmente se encuentra asintomático, con PFH's normales. **Conclusión:** La cirugía de reparación de vía biliar en hospitales con escasos recursos, requiere de ingenio por parte del cirujano, así como extremo conocimiento de la anatomía biliar. Es factible y segura la cirugía de vía biliar en hospitales con escasos recursos.

258 C 345

NEUROPATÍA FEMORAL POR HEMATOMA DEL MÚSCULO ILÍACO: COMPLICACIÓN DE ANTICOAGULANTES.

Castañeda GR, Rish FL, Arias GE, González KD, Sigler ML.
Hospital ABC

El hematoma del músculo ilíaco, puede comprimir al nervio femoral y manifestarse con dolor intenso en el territorio del nervio femoral con parálisis, anemia y masa palpable. La mayoría de estos casos reciben anticoagulantes. **Objetivo:** Presentar 3 pacientes con esta patología. **Métodos:** Revisamos tres pacientes que tuvieron hematoma ilíaco con dolor intenso súbito en el territorio del nervio femoral, mientras recibían anticoagulantes. El primer caso es una paciente de 46 años que desarrolló en el postoperatorio inmediato de safenectomía una trombosis venosa profunda ilio-femoral extensa. Estaba anticoagulada en exceso (INR 4); refirió dolor intenso en el muslo, toda la extremidad a tensión y se palpaba una masa en la fosa ilíaca izquierda. La TAC demostró imagen compatible con sarcoma del músculo ilíaco. Después de colocar filtro en la cava, se exploró y drenó el hematoma. 6 meses después, inicia recuperación de parálisis del cuadriceps. El segundo caso fue un paciente con hipertensión pulmonar consecutiva a tromboembolia pulmonar

crónica que ya había sido sometido 2 años antes a endarterectomía pulmonar. Desarrolló cuadros de bacteremia de origen desconocido, y síntomas de lupus eritematoso sistémico. Recibía heparina de bajo peso molecular por vía subcutánea y desarrolló dolor intenso en el muslo izquierdo con parálisis del cuádriceps, datos de hipovolemia y dolor en la fossa ilíaca y región lumbar izquierdas. La TAC demostró hematoma retroperitoneal extenso en músculo psoas-ilíaco. Falleció 3 semanas después. El tercer caso corresponde a una paciente de 71 años anticoagulada por trombosis venosa profunda; al hiperextender la cadera derecha presentó dolor agudo y parálisis del nervio femoral. Con tratamiento conservador, se recuperó en 5 meses. **Resultados:** De los tres enfermos uno falleció por falla orgánica múltiple después de descomprimir un gran hematoma ilíaco. Otra paciente fue sometida a interrupción de la vena cava y drenaje del hematoma pues se había pensado en un sarcoma ilíaco. La otra paciente se recuperó con tratamiento conservador. **Conclusión:** El hematoma del compartimiento ilíaco se puede presentar de manera súbita con dolor intenso en territorio del nervio femoral, con o sin masa palpable en la región ilíaca, equimosis, dolor en el flanco pero en especial parálisis del nervio femoral. Esta entidad es una complicación rara del uso de anticoagulantes. La tomografía y el cuadro pueden confundirse con un tumor del músculo ilíaco.

259 C 346

ASA CIEGA BILIOYEYUNO - SUBCUTANEA PARA ACCESO ENDOSCOPICO EN REPARACIÓN DE VIAS BILIARES.

Vazquez-Reta JA, Tarango-González EG.
Hospital Central Universitario de Chihuahua.

Objetivo: Presentación de la técnica quirúrgica, de 3 casos de pacientes reoperados por lesión de la vía biliar principal que requirieron reconstrucción bilio-entérica con hepatoyeyuno anastomosis y asa de yeyuno terminal en localización subcutánea, para acceso endoscópico posterior. **Informe de casos:** Caso No. 1: femenino de 18 años con lesión de la vía biliar por colecistectomía abierta sin complicaciones después del procedimiento durante 3 años de seguimiento. Caso No. 2: femenino de 47 años con lesión post-colecistectomía abierta con 2 años 6 meses de seguimiento sin complicaciones. Caso No. 3 masculino de 40 años con lesión post-colecistectomía laparoscópica con 2 años de evolución se realiza en dos ocasiones dilatación de la anastomosis hepatoyeyunal por fibrosis de la misma con catéter-balón de 9 fr. **Resultados:** Solamente el tercer caso presentado ha requerido de acceso endoscópico con buen resultado después de la dilatación. **Discusión:** El procedimiento es adecuado en el paciente que presenta estenosis de la anastomosis sin necesidad de reconstrucción quirúrgica de la misma, con acceso endoscópico a través del asa subcutánea, con altas posibilidades de éxito.

260 C 347

REDUCCIÓN DEL DRENAJE LINFÁTICO POSTMASTECTOMÍA RADICAL MODIFICADA CON LA APLICACIÓN DE GEL DE FIBRINA

Segura-Castillo, JL, Estrada-Rivera O, Castro-Cervantes JM, González-Ojeda A
Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica Hospital de Ginecología-Obstetricia y Especialidades, Instituto Mexicano del Seguro Social Guadalajara, Jalisco, México.

Introducción: El 70 % de las mujeres con cáncer de mama su tratamiento de elección es la cirugía la mastectomía radical modificada (MRM) con vaciamiento de ganglios linfáticos axilares se asocia a complicaciones, la más común e inmediata es el seroma debido a excesivo drenaje linfático una alternativa de tratamiento son los adhesivos biológicos como el gel de fibrina. **Objetivo:** Evaluar la utilidad del gel de fibrina aplicado localmente en la reducción del drenaje linfático postmastectomía radical modificada. **Método:** Se diseño un ensayo clínico controlado realizándose MRM y distribuyéndose en 2 grupos al total de pacientes: I. Gel de fibrina, II. Control. Se determinó drenaje postoperatorio diariamente, día de retiro, índice de masa corporal, área expuesta postmastectomía y complicaciones. Análisis Estadístico: U de Mann-Whitney y Correlación de Pearson. **Resultados:** Se operaron 20 pacientes, distribuidos 10 por grupo. El rango de edad fue de 28 a 69 años (49.75 ± 11.75). El índice masa corporal presentó un rango de 21 a 35 (p 0.10). En el grupo 1 se observó una disminución de la cantidad drenada diariamente, a partir del 4º día, en comparación al control (69.40 ± 28.61 , 137.50 ± 52.66 p 0.002). La correlación entre el índice de masa corporal y el área expuesta demostró ser significativa (p 0.002) y entre el gasto del drenaje y el día de su retiro (p 0.03). En el grupo 1 el seroma fue del 10.0% versus 30% en el grupo control (p 0.57). **Conclusiones:** La aplicación del gel de fibrina en forma local disminuye de forma significativa la duración y la cantidad del drenaje linfático postmastectomía, y en consecuencia los seromas.

261 C 348

HIPERAMILASEMIA POSTERIOR A DERIVACION CARDIOPULMONAR.

Fuentes OC, Barrera ZL, Leal CC, González OA, Portilla BE, Medina CJ, Hinojosa AF, Paredes CC
De la Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica, División de Investigaciones Quirúrgicas del CIBO, Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios Posquirúrgicos. Hospital de Especialidades, CMNO y Centro de Investigaciones Biomédicas de Occidente.

Objetivo: Determinar la incidencia de hiperamilasemia en pacientes sujetos a cirugía cardiaca con derivación cardiopulmonar. **Metodología:** Cohorte prospectiva de pacientes sujetos a corazón abierto y derivación cardiopulmonar entre Febrero de 1998 a Enero de 1999. Se midieron variables como edad, género, estados comórbidos, diagnóstico, motivo de la cirugía, duración del procedimiento, tiempo de circulación extracorpórea, tiempo de pinzamiento aórtico, evolución postoperatoria, determinación de variables bioquímicas que incluyeron la determinación de amilasa sérica los días 1, 3 y 7 del postoperatorio mediante el método enzimático colorímetro y mortalidad. **Resultados:** Del total de los 452 pacientes adultos 20% (n=87) de los pacientes desarrollaron hiperamilasemia el día 1 de los cuales 13 tuvieron ileo postoperatorio, sólo un paciente desarrolló pancreatitis aguda grave con diagnóstico preoperatorio sobre la base de tomografía computarizada y clasificación Balthazar C. La mortalidad global fue de 8.2% (37/452), siendo las principales causas falla de bomba e infecciones. Trece pacientes con hiperamilasemia fallecieron (35%), uno por hemorragia que desarrolló insuficiencia renal aguda, cuatro por encefalopatía anoxo-isquémica y neumonía y cuatro por infecciones pulmonares y falla de bomba y los restantes por choque

cardiogénico o arritmias graves. No se encontró relación entre la duración del tiempo de bomba, pinzamiento aórtico y hemorragia transoperatoria con hiperamilasemia. **Discusión:** De acuerdo a los hallazgos previos, en este estudio prospectivo, se demuestra que la hiperamilasemia se presentó tempranamente en el 20% de los casos y acompañó al 66% de aquellos con ileo postoperatorio. Sólo un paciente presentó pancreatitis manifiesta sin mortalidad. La hiperamilasemia puede inducir a sospechar la aparición de complicaciones graves ya que un tercio de los pacientes que fallecieron murieron por causas diversas.

262 C 349

INFECCIONES NECROSANTES DE TEJIDOS BLANDOS.

S Aguilar, M Alcaraz, R Cisneros, SA Aguilar
Hospital General de Irapuato S. S. A.

Introducción: Las infecciones necrosantes de tejidos blandos se presentan en pacientes no inmunodeprimidos, no diabéticos y sin ninguna aparente enfermedad o condición predisponente, excepto por un traumatismo que lesiona piel en ocasiones evidente y en otras no, con pequeña o gran lesión en piel, que causa contaminación microbiana mixta o por clostridium, gravedad que al principio no se reconoce y con frecuencia se demora su tratamiento de naturaleza quirúrgico. Es típico que haya mionecrosis, no hay límite claro de la infección, hay un rápido avance, hay crepitación, hay una respuesta hemodinámica intensa y falta de respuesta al tratamiento no quirúrgico convencional, lo que hace sospechar la gravedad y llevar a cabo un tratamiento quirúrgico agresivo con incisiones y desbridación amplias, excisión de tejidos afectados, y en algunos casos amputación. Se presentan aquí tres casos clínicos con diferencias en edad, mecanismo de lesión, tiempo que tardaron en acudir al Hospital, evolución, tratamiento y pronóstico. Son similares en cuanto a que todos presentaron infecciones necrosantes de tejidos blandos en la extremidad superior derecha. El primero es un paciente masculino de 37 años de edad que una semana antes al bajarse del trailer que conducía fue arrollado por otro trailer en movimiento, arrastrándolo entre la tierra y lodo, se lesionó la piel de antebrazo derecho en su cara anterior, acudió tardíamente con médico quien recetó antibióticos de mediano espectro y analgésicos, continuó mal por lo que acude al Hospital el 25 de octubre de 1993. A su ingreso se le nota con facies séptica, consciente pero desorientado, con taquicardia de 130 min, hipertensión moderada, diaforesis, y fiebre de 41° C, la extremidad superior derecha mostraba coloración negruzca, necrótica, con áreas cianóticas en antebrazo con gran pérdida de sustancia a nivel de piel de antebrazo anterior derecho con necrosis de músculos visibles, con, mano en garra, manchas bronzeadas, gangrena dérmica, hipoestesia, con signos de crepitación y bordes mal definidos hacia brazo y axila derechos. Tenía leucocitosis de 30,000 con neutrofilia y bandemia por lo que se le explicó y con gran renuencia inicial aceptó la amputación el mismo día. Se practicó desarticulación de húmero y amputación con reconstrucción a nivel de axila. Se practicaron incisiones adicionales en piel adyacente a axila y hombro zona posterior para evitar diseminación postoperatoria y se cerraron aponeurosis dejando abierto el tejido subcutáneo y la piel. La evolución postoperatoria fue muy buena controlándose la sepsis con antibióticos penicilina cristalina, para gram negativos y anaerobios y fue dado de

alta 12 días después. Se muestran las fotos pre y transoperatorias muy demostrativas del caso. El segundo caso es de un paciente masculino de 26 años de edad que ingresó al Hospital el día 14 noviembre de 1994 con una historia de que 6 días antes se había cortado con un vidrio en el puesto de menudeos y vísceras donde trabajaba, en el mercado local, se lesionó la piel a nivel de la unión de tercio medio con tercio inferior de antebrazo derecho y le fue suturada inmediatamente en el servicio de urgencias de la Cruz Roja. Quizá no debió ser suturada debido a que en éste caso si había contaminación anaerobia sospechada por el tipo de trabajo lavando los intestinos de animales. Su evolución fue mala por presentar incapacidad funcional, edema, coloración oscura y crepitación desde el sitio de la herida hacia la mano, con áreas pálidas y disminución dramática en el pulso radial y cubital. Con el diagnóstico de síndrome compartamental e infección necrosante de tejidos blandos se le propuso cirugía inmediata con incisión y debridación amplia de tejidos involucrados, con fasciotomías amplias y extirpación de piel, tejido celular y músculos necrosados, su evolución inicial fue lenta hacia la mejoría y luego de 10 días de antibióticos penicilina cristalina y para gram negativos y anaerobios y de curaciones se logró controlar la infección, practicando cierre de parte del área cruenta de pérdida de tejidos y a las dos semanas fue sometido a injertos. El tercer caso es un paciente masculino de 5 años de edad que aproximadamente 5 días antes había sido lesionado de la piel de antebrazo derecho con ramas de arbustos, fue llevado al Hospital el 12 de marzo de 1994 con la extremidad superior derecha con flictenas pequeñas y grandes y diseminadas, crepitación, ampollas hemorrágicas, áreas coloración negruzca alternando con áreas inflamatorias, cianóticas y edematosas, hipoestesia, se apreciaba la mano en garra y tenía dificultad para mover los dedos, la infección aunque de límites imprecisos, se apreciaba hasta la axila derecha, tenía dolor, disminución de la motilidad, fiebre y un estado toxígeno, con facies séptica e incoherencia, leucocitosis de 26,500 con neutrofilia y bandemia. Se le explicó al padre la urgencia del tratamiento quirúrgico el cual consistiría en desbridación de flictenas, incisión amplia de la piel y tejido subcutáneo desde mano hasta axila derecha con debridación amplia de músculos necrosados advirtiéndole la necesidad de dejar abierta la herida de toda la cara anterior de brazo y antebrazo derechos hasta axila, él aceptó y se operó a la hora de su ingreso. En las fotos se muestran las incisiones amplias, la gran disección muscular y el tejido expuesto en toda la cara anterior de la extremidad superior hasta la axila, se nota que a pesar de las grandes incisiones con el bisturí el paciente no sangra de los tejidos. Su pronóstico era incierto, sin embargo después de tratamiento durante dos semanas con curaciones no cruentas, con heridas cubiertas con gasas y con antibióticos para gram negativos y anaerobios y penicilina cristalina y el paciente curó, por lo que se sometió a cierre de herida abierta en toda la extensión de miembro superior cara anterior dejando un área descubierta a nivel de articulación en el pliegue del codo que una semana después fue injertada con éxito. Su cicatriz en piel se nota desde la axila hasta la mano. Se muestran las fotos de ingreso, transoperatorias y de evolución con resultado final excelente. **Conclusión:** Éstos tres casos ilustran la gravedad de éstas infecciones, la necesidad de tratamiento quirúrgico agresivo e inmediato, sin contemplaciones, para de esa manera salvarle la vida y algunas veces también la extremidad con recuperación anatómica y funcional ad integrum. Se requiere de amplias incisiones y des-

bridación, y extirpación de tejidos necrosados. Posteriormente tratamiento con curaciones, antibióticos efectivos y reconstrucción de tejidos. En la mayoría de los Hospitales de la Secretaría de Salud y de otras Instituciones en nuestro país no se cuenta con cirujano plástico por lo que el cirujano general enfrenta a menudo éstas infecciones y debe estar preparado para abordarlas decidida y agresivamente.

263 C 350

DEVASCULARIZACION ESOFAGOGASTRICA EN PACIENTES CON SANGRADO DE VARICES ESOFAGICAS.

Castañeda CP., Aguirre RR., Díaz RF.
Hospital General Regional «Vicente Guerrero» IMSS Servicio de Cirugía General. Acapulco, Gro.

Antecedentes: La complicación más grave de la hipertensión portal es el sangrado de varices esofagogastricas, se estima que un 20 a 30% de pacientes con varices esofagogastricas presentan sangrado. **Objetivo:** Presentar nuestra experiencia en pacientes operados de devascularización esofagogastrica. **Material y Métodos:** Se incluyeron a todos los pacientes que tenían antecedente de sangrado por varices esofágicas y gástricas con estadio de Child A y B durante el periodo del 10 de mayo 96 al 31 enero del 2000, las variables analizadas fueron edad, sexo, estancia hospitalaria, procedimiento quirúrgico realizado y complicaciones. **Resultados:** Durante este periodo de estudio se operaron a 10 pacientes, 6 hombres y 4 mujeres, 5 pacientes con antecedente de alcoholismo, el reporte endoscópico en 6 casos fué varices esofágicas y fúndicas y 4 casos solamente presencia de varices fúndicas. En 4 pacientes se realizó devascularización esofagogastrica y transección esofágica y en 6 casos únicamente devascularización esofagogastrica, la estancia hospitalaria de estos pacientes fué de 7 a 26 días, las complicaciones postoperatorias en 3 casos absceso de pared y 1 caso estenosis esofágica. Fallecieron 2 pacientes. **Conclusiones:** La devascularización esofagogastrica en pacientes con sangrado por varices esofágicas y gástricas es una alternativa que ofrecerle a estos pacientes en hospitales de segundo nivel, en donde por falta de infraestructura no es posible realizar derivaciones portosistémicas.

264 C 351

ALIMENTACION ENTERAL TEMPRANA EN ANASTOMOSIS DEL COLON, EFECTO EN LA CICATRIZACION. ESTUDIO EXPERIMENTAL EN PERROS

Saldaña TF, Gómez RJMA, Pérez PFJ, Luna MJ, Vicuña RM
Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos

Introducción: El manejo tradicional de la dieta en pacientes postoperados de anastomosis colónica ha consistido en ayuno por 72 a 96 hrs, reiniciando dieta con líquidos y progresando a dieta blanda actualmente se han descrito ventajas al implementar la alimentación enteral temprana como son: Buena tolerancia, menor estancia hospitalaria y pronta reincorporación a las actividades, esto sin presentar mayores complicaciones al ser comparadas con el manejo tradicional. **Objetivo:** Comparar la resistencia y cicatrización de las anastomosis en colon de perros manejados en forma tradicional contra los manejados con alimentación enteral temprana. **Material y métodos:** Se trata de un estudio comparativo, experimental, prospectivo, transversal, aleatorizado y

a un ciego. A un grupo de 20 perros se les realiza una anastomosis en el colon izquierdo, dividiéndose en dos grupos en forma aleatoria. El primer grupo manejado con agua oral 96 hrs y al 5to día iniciamos dieta normal, el segundo grupo manejado con alimentación enteral temprana (dieta normal dentro de las primeras 24 hrs). Al séptimo día de la cirugía son sacrificados resecando el segmento intestinal con la anastomosis midiendo mediante insuflación la resistencia de la misma y enviándose a patología para medir la cicatrización. El análisis estadístico consiste en T de Student y X² Cuadrada para comparar resistencias y cicatrización. **Resultados:** Hasta el momento nos encontramos en un 50% de los experimentos, observándose una tendencia a resistir una mayor presión las anastomosis manejadas con alimentación temprana sin encontrar diferencia en cuanto al grado de cicatrización en ambos grupos.

265 C 352

ENFERMEDAD DE CASTLEMAN. UN CASO Y REVISIÓN

Licona OJA, Soberanes FC, Santana R, Salgado RE.
Hospital Regional «Primero de Octubre» ISSSTE

Paciente del sexo masculino de 16 años de edad, originario de Pachuca, Hgo, con padecimiento de tres años de evolución caracterizado por evacuaciones diarreicas, completamente líquidas, amarillas, en número de hasta 20 en 24 hrs. sin moco ni otros acompañantes, generalmente postprandiales inmediatas que remiten espontáneamente dos o tres veces por mes y se acompañan de dolor tipo cólico de mediana intensidad difuso en epigastrio y mesogastrio, además de náusea y vómito de contenido gástrico. Síndrome diarreico que ocasionó varios ingresos a servicio de Urgencias hospitalarias por deshidratación moderada. Pérdida de peso de 16 Kg. en un mes en el último año. Diagnóstico de envío de Síndrome de absorción intestinal deficiente. A su ingreso con palidez de tegumentos, caquético, con deshidratación leve, cardiorrespiratorio sin compromiso abdomen blando depreensible, con dolor a la palpación media y profunda en fosa ilíaca derecha con palpación de tumoración de bordes no definibles, peristalsis presente aumentada de frecuencia. Tacto rectal normal. Laboratorio con Anemia microcítica hipocrómica, Amiba en fresco positiva, Coprológico con leucocitos de 20-25 x campo. Coprocultivo con Proteus mirabilis. HIV negativo. Gabinete con Tele radiografía de tórax normal. USG de hígado y vías biliares normal. SEGD normal, Tránsito intestinal y color por enema con datos de estenosis y deformidad de 6 cm de longitud en ciego. TAC abdominal con engrosamiento de la pared cecal, resto normal. Colonoscopia con cierre de la luz a 120 cm del margen anal con mucosa engrosada con aspecto edematoso con mínima hiperemia con toma de biopsia la cual resultó con mucosa revestida por epitelio cilíndrico alto, dilatación vascular y nódulo linfóide compatible con colitis eosinofílica de tipo alérgica sin datos de malignidad. Marcadores tumorales negativos. Es sometido a laparoscopia diagnóstica encontrando una masa en ciego, ligeramente adherida a pared abdominal con ganglios mesentéricos positivos motivo por el cual es convertida encontrándose resto de órganos intra abdominales sin datos de enfermedad, no ascitis. Se realiza hemicolectomía derecha con resección de ganglios preaórticos y con ileo-transverso anastomosis. Buena evolución postoperatoria. Alta hospitalaria a los 5 días. Actualmente con aumento de peso de aprox. 7 Kg. en 1 mes sin datos patológicos. La hiperplasia angiofolicular de los ganglios linfáticos o Enfermedad de Castleman fue descrita en

1956, se presenta con igual frecuencia en ambos sexos y aparece a cualquier edad. Son tumores benignos del tejido linfático, se localizan con mayor frecuencia en el mediastino, estómago y cuello. Los sitios menos comunes incluyen axila, pelvis y páncreas. Se distinguen dos formas clínicas: la localizada y la generalizada. El tratamiento es la extirpación quirúrgica de la masa. Existen tres tipos histológicos de la enfermedad: 1) Vascular hialino, 2) de Células plasmáticas y 3) Mixto. El vascular hialino es el que se presenta más frecuentemente, en alrededor de 90% de los casos. El de tipo de células plasmáticas suele asociarse a una forma generalizada y se puede manifestar por fiebre, pérdida de peso, erupciones de piel, anemia hemolítica e hipergammaglobulinemia. Se desconoce la causa de la enfermedad, aunque parece existir alguna relación, aún no bien aclarada, con el herpes virus tipo 8 HHV8.

266 C 353

CORRELACION CLÍNICA DE COLECISTITIS VS HALLAZGOS POSTQUIRÚRGICOS

Reynaga-Morelos, D Juárez CJ, Rodríguez MJJ Restrepo NA
Departamento de Cirugía. HG Fernando Quiroz Gutierrez.
ISSSTE. México D.F.

La litiasis vesicular es, la patología más frecuente de la vesícula, ha sido objeto de atención, el objetivo del presente estudio es determinar los hallazgos post quirúrgicos en pacientes con diagnóstico prequirúrgico de colecistitis ya sea consulta externa o servicio de urgencias, apoyados de la exploración física y gabinete. **Método:** Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo en el periodo comprendido del 010101 al 311201. La población estudiada conformada por 207 casos de colecistectomías abiertas. 171 sexo femenino (82.60%), 36 sexo masculino (17.40%). Para la recolección de datos fueron seleccionados los casos diagnosticados como patología quirúrgica, recabándose de historias clínicas e informes operatorios y se organiza esta en tablas para su análisis y discusión. Diagnóstico principal CCL, 134 en mujeres (78.36%), C. Aguda 23 (13.45%), CC alitiasica 7, (4.09%). Hombres CCL 22 (61.11%), CC agudizada 12 (33.33%). Edad promedio femenino de 45+ 7, hombres de 42+5. Murphy 203 pacientes (98.06%). Dolor HD 160 (93.56%), Intolerancia Colecistoquintéticos 137 pacientes (66.11%), Náusea y vómito 181 pacientes (87.43%). Post quirúrgico. CCL 104 (60.81%) CC aguda 22 (12.86%) Hidrocolecisto 21 (12.28%), CCL + Coledocolitis 11 (6.4%) en sexo femenino. Hombres CCL 7 (19.4%) Hidrocolecisto 7 (19.4%) Piocolécisto 6 (16.6%). Sexo femenino más frecuente patología vesicular, diagnóstico post quirúrgico de 104 en CCL (77.65%) corroborando el diagnóstico, y el 22.35% en otras patologías vía biliar. Todos los pacientes presentaron dolor, y sintomatología clásica. Ante sospecha clínica debe de realizarse la exploración quirúrgica en caso de urgencia y en cirugía programada USG + Lab.

267 C 354

ENFERMEDAD DE MÉNETRIÉR. GASTROPATÍA TRIVALENTE. 3 DECADAS DE EXPERIENCIA INSTITUCIONAL.

Juan José Plata-Muñoz JJ, Medina FH, Rodríguez J, Angeles A
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. México D.F.

Introducción: En su reporte original publicado en 1888, Ménétrier describe la asociación entre la presencia de pliegues gástricos hipertróficos y el desarrollo de carcinoma gástrico. Desafortunadamente hoy en día los pacientes con enfermedad de Ménétrier son caracterizados mediante una representación triaxial basada en el grado de hipertrofia glandular, el patrón de secreción ácida y el grado de pérdida de proteínas, restándole importancia a la asociación inicial que llamó tanto la atención de Ménétrier. La incidencia de carcinoma gástrico en asociación con la enfermedad de Ménétrier es cada vez más clara y obligado a considerar esta entidad como un estado premaligno en la que un abordaje agresivo parece estar justificado. **Objetivo:** Informar la experiencia del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán en el manejo quirúrgico del paciente con enfermedad de Ménétrier durante las últimas 3 décadas. **Material y métodos:** Se revisaron los expedientes clínicos de todos los pacientes con diagnóstico clínico e histológico de enfermedad de Ménétrier sometidos a gastrectomía total durante el periodo comprendido entre Enero de 1970 y Enero de 2002. Se analizaron datos demográficos, cuadro clínico, hallazgos endoscópicos, patrón de secreción ácida gástrica, determinación de gastrina, grado de pérdida de proteínas, indicación quirúrgica. Morbimortalidad quirúrgica, sobrevida y calidad de vida. **Resultados:** 3 pacientes. 2 hombres y una mujer, con un promedio de edad de 56 años, 2 de ellos con diabetes mellitus como enfermedad asociada. El cuadro clínico fue dominado por dolor, náusea, vómito y pérdida de peso en el 100%. La aparición de edema grave secundario a hipalbuminemia se presentó en 1 caso. Todos sometidos a SEGD, panendoscopia con toma de biopsia, determinación de secreción ácida, gastrina y niveles de albúmina. En el 100% se documentó la triada de pliegues hipertróficos, hipoclorhidria e hipalbuminemia. La indicación quirúrgica fue intolerancia a la vía oral en 2 casos y hemorragia de tubo digestivo alto en 1 caso. Todos los casos fueron sometidos a gastrectomía total con esófago-yeeyuno anastomosis, manual en 2 casos y mecánica en 1 caso. Sin morbi-mortalidad operatoria y con buena calidad de vida a largo plazo. **Discusión y conclusiones:** En nuestra experiencia, la gastrectomía total con esófago-yeeyuno anastomosis es la mejor opción terapéutica para la enfermedad de Ménétrier. La reconstrucción con un asa de yeeyuno en Y de Roux es suficiente, aunque continua siendo controversial. Este procedimiento debe solucionar todas las alteraciones asociadas con esta enfermedad, se corrigen la pérdida de proteínas y las molestias gástricas, al tiempo que se elimina el riesgo de malignidad con una baja morbimortalidad operatoria y a largo plazo.

268 C 355

NEOPLASIA EPITELIAL SÓLIDA Y PAPILAR PANCREÁTICA VS PANCREOBLASTOMA. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Olmos CJ, Sanchez PJ
IMSS Hospital General de zona No. 36 Coatzacoalcos, Veracruz

Se presenta caso clínico de femenina de 21 años de edad que presenta dolor abdominal de 8 meses de evolución en epigastrio, náuseas, plenitud postprandial y vómitos así como pérdida ponderal aproximadamente 5 Kg Encontrándose en el ultrasonido masa retroperitoneal al parecer de-

pendiente de páncreas. La Tomografía axial computarizada reporta imagen hiperecoica de consistencia sólida en cabeza y cuello de páncreas de 5x4 cms. Panendoscopia normal y estudios de laboratorio así como marcadores tumorales(alfafeto proteína, antígeno carcinoembionario) negativos. Se sometió a resección total de la tumoración por laparotomía reportando el estudio histopatológico tumoración ovoide de 9x6 cms encapsulada con límites quirúrgicos libres de tumor y se mandó a estudios de inmunohistoquímica. Evolución durante el postoperatorio cursó con fistula pancreática de bajo gasto que se remitió con manejo conservador. Actualmente con seguimiento postoperatorio de 8 meses evolucionando satisfactoriamente con controles de ultrasonografía que reportan ausencia de cabeza y cuello de páncreas, resto de páncreas e hígado normal.

269 C 356

CANCER DE MAMA EN HOMBRES (REPORTE DE CASOS)

Hernandez VC, Pizarro CM, Orozco CG, Grajeda LP, Calleja RC, Peña ZC, Leguizamo CI, Ilizaliturri FI, Carmona DV
Hospital De Especialidades Centro Médico Nacional La Raza

Objetivo: Presentar la frecuencia de casos de cáncer de mama en hombres atendidos en el servicio de cirugía General de Junio de 1998 a Junio del 2002. **Metodología:** Revisión de casos de pacientes de mama en los últimos 5 años captados de la consulta externa de Cirugía de Cabeza y Cuello y Cirugía General respectivamente. Parámetros de valoración fueron cuadro clínico, presencia ginecomastia, características del tumor, tiempo de evolución y resultado histopatológico en el segundo caso se determinaron receptores estrogénicos. A ambos pacientes se les realizó mastectomía radical modificada tipo Patey. **Pacientes:** Masculinos mayores de 15 años, captados de la consulta externa, con antecedente de tumor mamario y diagnóstico histopatológico de carcinoma primario de mama y presencia de metástasis. **Resultados:** Dos pacientes de 52 y 64 años respectivamente, la presencia de ginecomastia se presentó únicamente en el segundo, tumor de diámetro 2 y 4cm respectivamente, el tiempo de evolución fué de 1 a 2 años, el primero con sobrevida de 5 años y el segundo actualmente vivo, en ambos casos el resultado histopatológico fué carcinoma canalicular infiltrante ninguno presentó metastasis. Sin embargo el primero tuvo 4 ganglios positivos y en el segundo 31 negativos. **Comentario:** El cáncer de mama en hombres es una entidad patológica poco común, se estima de 0.1 a 0.38% de todas las neoplasia en hombres, representa menos del 0.1% de causas de muerte, y del 1a 2 % de todos los cánceres de mama. En base a la baja frecuencia presentamos los dos casos que captamos ya que en los hospitales de Ginecología se nos refieren.

270 C 357

APENDICITIS AGUDA ¿CAMBIAN LOS HALLAZOS CLÍNICOS DESPUÉS DEL INICIO DEL TRATAMIENTO MÉDICO?

Pulido J, Zamarrón R
Hospital Metropolitano Dr. Bernardo Sepúlveda

Es bien conocido que los pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda y que recibieron tratamiento médico presentan un retraso en su diagnóstico, dada la modificación de mani-

festaciones clínicas. Se evaluaron a 20 pacientes que ingresaron a nuestro hospital, con diagnóstico de apendicitis aguda y que recibieron tratamiento médico una vez hecho el diagnóstico y antes de la cirugía. Se incluyeron a los pacientes con diagnóstico histopatológico confirmado, que recibieron cuando menos una dosis de tratamiento médico, y que se operaron al menos 30 minutos después de iniciado el tratamiento. La distribución por sexo fué: 55% masculinos y 45% femeninos. Se valoraron 9 parámetros: dolor espontáneo (referido por paciente), dolor en punto de McBurney, rebote, psoas, obturador, Rovsing, hiperestesia hiperbaralgia y defensa muscular. Se practicaron evaluaciones a los 30 minutos, 1, 2, 3, 4 y 5 horas de iniciado el tratamiento una vez corroborado el diagnóstico. **Resultados:** El inicio de las modificaciones, cuando existieron, se presentó en las primeras 2 horas. El síntoma más frecuentemente modificado fué la hiperbaralgia, sobretodo en la primera hora. Habitualmente para la tercera hora, existió más de un parámetro modificado. La manifestación más persistente y no modificada fue el dolor en los puntos de Mc Burney. **Conclusiones:** Sí existe modificación en el cuadro clínico de la apendicitis aguda con el tratamiento médico.

271 C 358

ESTUDIO CLINICO CONTROLADO PARA EL TRATAMIENTO DE LA HERNIA INGUINAL NO COMPLICADA

Basurto KE, Vargas TE, Meza VM, Carlos C, Gallo RM, González DS, Galindo GF, Vargas DA, Chapa AO
Hospital General de México, SS Servicio de Cirugía General

Objetivo: Este protocolo pretende comparar los resultados de diferentes técnicas empleadas para tratar la hernia inguinal no complicada. **Material y métodos:** Este trabajo es parte de un estudio multicéntrico donde participaron varias instituciones del país. Nosotros presentamos los resultados preliminares a un año de seguimiento en el Hospital General de México. Es un estudio prospectivo, comparativo, longitudinal y triple ciego. Se incluyeron de manera aleatoria 50 pacientes de ambos sexos, de entre 18 y 80 años de edad con diagnóstico de hernia inguinal no complicada usando la clasificación de Gilbert, realizando plastía de acuerdo a grupo asignado como sigue: 1) técnica de Bassini 2) técnica de Lichtenstein 3) técnica de Rutkow 4) malla doble sistema PHS. Con seguimiento ciego en busca de complicaciones inmediatas, mediáticas y tardías, realizando cortes transversales para reporte de la información a las 4 semanas, 6 meses y posteriormente cada 6 meses en los siguientes 5 años. **Resultados:** Durante junio y julio de 2001 se intervinieron 50 pacientes con rango de edad 17 a 76 años. 15 mujeres y 35 hombres. 12 pacientes se intervinieron con técnica de Bassini, 13 con técnica de Lichtenstein, 10 con técnica de Rutkow y 15 con malla PHS. Un paciente presentó hematoma (2%), 1 presentó seroma (2%) y 3 pacientes presentaron dolor posoperatorio moderado a severo (6%). Ningún paciente presentó infección de herida, lesión nerviosa, atrofia testicular o inflamación. 2 pacientes se perdieron durante el seguimiento. 1 paciente fue reintervenido por presencia de quiste de cordón. A un año de seguimiento no se han presentado recidivas en ningún grupo. **Conclusiones:** A un año de seguimiento no se ha demostrado superioridad en alguna de las técnicas empleadas en cuanto a recidiva de la hernia inguinal.