

Cirujano General

Volumen **24**
Volume

Suplemento **1**
Supplement

Octubre-Diciembre **2002**
October-December

Artículo:

Trabajos Libres del 001-075

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C.

Otras secciones de
este sitio:

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

*Others sections in
this web site:*

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



Medigraphic.com

TRABAJOS LIBRES

- | | | | |
|----|--|----|---|
| 6 | Gangrena de Fournier experiencia en el Hospital General de Tijuana | 14 | Miotomía de Heller por laparoscopia. Experiencia en el INCMNSZ |
| 6 | Manejo integral del paciente con pie diabético | 14 | Reducción del tiempo de cierre de las fístulas enterocutáneas postquirúrgicas con el uso de sello de fibrina |
| 6 | Fisiopatología de las lesiones de pie en los pacientes diabéticos | 14 | Prevención de adherencias posquirúrgicas con estreptocinasa |
| 7 | Microinjertos de espesor total como adyuvantes en cirugía de pie diabético | 15 | Aplicación de sellantes de fibrina para disminuir las adherencias sobre mallas intraperitoneales. Modelo experimental en ratas |
| 7 | Panorama de un Hospital General en la cirugía de urgencias sobre pacientes ancianos. | 15 | Abordaje laparoscópico trans-abdominal pre-peritoneal (TAPP) para colocación de mallas de polipropileno en pared abdominal, modelo experimental porcino extrapolable a hernias incisionales |
| 7 | Laparotomía por trauma en mayores de 60 años | 15 | Comportamiento intraperitoneal de las prótesis de dual Mesh y Sepramesh en la rata o mentectomizada |
| 7 | Traqueostomía por dilatación. Una alternativa de mínima invasión | 16 | Porcentaje de remisión en pacientes con púrpura trombocitopénica idiopática sometidos a esplenectomía |
| 8 | Masas mediastinales. Experiencia en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán | 16 | Técnica de Nyhus, primera opción en hernias recidivantes |
| 8 | Hemotórax postraumático | 16 | Plastia inguinal de Shouldice <i>versus</i> plastia con PHS |
| 9 | Hernia diafragmática post traumática experiencia del Hospital General de Tijuana | 17 | Hernioplastia inguinal libre de tensión (Mesh-Plug) resultados del seguimiento a 5 años |
| 9 | Ventana pericárdica en heridas en área precordial | 17 | Hernioplastia inguinal libre de tensión |
| 9 | ¿Es la toracoscopia un procedimiento del Cirujano General? | 18 | Plastia inguinal. Resultados de tratamiento quirúrgico y evolución con colocación de material protésico |
| 10 | Biopsia por aspiración con aguja fina de tiroides no diagnóstica: ¿qué hacer? | 18 | Plastia con cono de malla |
| 10 | La patología tiroidea como un problema relacionado con las crisis hormonales en el sexo femenino | 18 | Procedimiento de sugiura abdominal en hipertensión portal |
| 11 | Paratiroidectomía videoendoscópica. Experiencia en el INCMNSZ | 18 | Resultados de la modificación del tiempo torácico de sugiura como tratamiento quirúrgico de hipertensión portal |
| 11 | Tiroidectomía total en enfermedad benigna y maligna, experiencia de 17 años en un Hospital General | 19 | Stent de la arteria subclavia para el tratamiento de isquemia de la extremidad superior en pacientes con insuficiencia renal y fístula arteriovenosa |
| 11 | Diagnóstico y tratamiento de la neoplasia endocrina múltiple tipo 2. Experiencia en el INCMNSZ | 19 | Aneurismas de aorta abdominal |
| 12 | Tiroidectomía total en enfermedad benigna | 19 | Simpatectomía lumbar retroperitoneoscópica. Técnica y resultados iniciales |
| 12 | Resultados del tratamiento quirúrgico en la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Experiencia del CMN 20 de noviembre | 20 | Interposición de injerto para enfermedad oclusiva de la bifurcación de la arteria carótida |
| 12 | Prevalencia del esófago de Barrett y el riesgo de presentarlo por edad, sexo y longitud del mismo en autopsias realizadas en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social entre 1980 a 1985 y de 1995 al 2000 | 20 | Embarazo ectópico. Análisis Bayesiano del cuadro clínico y propuesta de una escala diagnóstica |
| 13 | Tratamiento quirúrgico de la acalasia por laparoscopia. Cohorte de 16 pacientes | 21 | Embarazo ectópico, experiencia de 10 años sin mortalidad |
| 13 | Cardiomiotomía vs Cardiomiotomía con funduplicatura en el tratamiento de acalasia. Experiencia del HECMNR | 21 | Laparoscopia en la mujer en edad fértil con diagnóstico de apendicitis |
| 13 | Vagotomías por vía laparoscópica. Experiencia en el Hospital Regional "1 de octubre" ISSSTE | 21 | Apendicectomía abierta vs laparoscópica. Un estudio retrospectivo |

Trabajos libres

- | | |
|---|--|
| <p>21 Efecto de la analgesia en la exploración física de pacientes con apendicitis aguda</p> <p>22 Traslación de microorganismos al peritoneo en fases de apendicitis no complicada</p> <p>22 Banda gástrica ajustable por laparoscopia. Experiencia en 180 casos</p> <p>22 Gastroplastia vertical con banda. Experiencia del Hospital General de Tijuana</p> <p>23 Bypass gástrico por laparoscopia: experiencia en el Hospital Clínic I Provincial de Barcelona</p> <p>23 Derivación gastroyeyunal en Y de Roux laparoscópica para el tratamiento de la obesidad mórbida</p> <p>23 Impacto de la pérdida de peso inducida por cirugía bariátrica en el funcionamiento respiratorio. Estudio prospectivo</p> <p>24 Reducción del drenaje linfático postmastectomía radical modificada con la aplicación de gel de fibrina</p> <p>24 Criopreservación ovárica: recuperación fisiológica posterior al descongelamiento. Estudio experimental en conejos</p> <p>24 Uso de sello de fibrina para disminuir la frecuencia de fístula uretrocutánea y otras complicaciones en cirugía de hipospadia</p> <p>25 Utilidad del sello de fibrinógeno humano para prevenir fístulas cervicales post-sustitución esófago-colónica en niños con quemadura por cáusticos</p> <p>25 Modelo de entrenamiento en cirugía endorrectal (CER)</p> <p>25 Efecto co-adyuvante de la derivación biliodigestiva y la terapia con el gen del activador de plasminógeno urocina humano (HUPA) en la reversión de la cirrosis biliar secundaria experimental</p> <p>26 Tratamiento laparoscópico de la peritonitis purulenta</p> | <p>26 Drenaje de quiste hepático no parasitario por vía laparoscópica. Experiencia en el Hospital Regional "1 de Octubre" ISSSTE</p> <p>26 Esplenectomía laparoscópica. Experiencia en el Hospital Regional "1 de Octubre" ISSSTE</p> <p>26 Cirugía endoscópica ambulatoria: la solución en Cirugía General</p> <p>27 Colectomía laparoscópica en ancianos</p> <p>27 10 años de experiencia en colectomía laparoscópica</p> <p>27 Manejo de la pancreatitis aguda de origen biliar</p> <p>28 Resección hepática. Siete años de experiencia en un centro de referencia oncológica.</p> <p>28 Manejo quirúrgico del pseudoquiste pancreático</p> <p>28 Pancreatitis aguda severa, evaluación de las diversas escalas pronósticas tempranas de severidad. Experiencia de 5 años en el Hospital General de México</p> <p>29 Análisis descriptivo de la evolución de pacientes con tumor en vías biliares</p> <p>29 Factores epidemiológicos y resultados de tratamiento del colangiocarcinoma periférico y perihiliar</p> <p>29 Evaluación colonoscópica de la hemorragia de tubo digestivo bajo</p> <p>30 Experiencia quirúrgica en la enfermedad diverticular de colon</p> <p>30 Tratamiento quirúrgico de la enfermedad diverticular complicada. Experiencia de los últimos 5 años en un hospital de tercer nivel</p> <p>30 Dinitrato de isosorbide vs placebo en el tratamiento de la fisura anal aguda, estudio de asignación aleatoria</p> |
|---|--|



001 TL 178

GANGRENA DE FOURNIER EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE TIJUANADomínguez A, López EG, Romero C, Paipilla O
Hospital General de Tijuana.

Objetivo: La gangrena de Fournier es una variante grave de la enfermedad inflamatoria del escroto, que por lo general se observa en hombres de edad madura o ancianos. Esta enfermedad tiene una evolución fulminante que se presenta en el escroto y puede afectar la pared abdominal hasta las axilas en un breve periodo. Se considera que la gangrena de Fournier es secundaria a infección mixta, aerobios y anaerobios. El tratamiento inicial tiene por objeto corregir la anormalidad subyacente, como la extravasación urinaria y se debe administrar de inmediato antibióticos. Es útil el drenaje quirúrgico rápido de los tejidos edematosos o del absceso y es indispensable la resección extensa de los tejidos afectados en una etapa temprana. Así como lo anterior proponemos una clasificación en fases que nos permite prever un pronóstico de evolución. La mortalidad es alta y el tratamiento satisfactorio óptimo depende de un diagnóstico oportuno y una atención radical inmediata. **Diseño:** Presentamos la experiencia del servicio de cirugía general, durante el periodo de enero de 1996 a marzo de 2002. Treinta y cuatro pacientes con edad promedio de 53 años, de los cuales corresponden a 26 hombres y 8 mujeres. Padecimientos asociados diabetes mellitus en un 41%, hipertensión arterial en 11.32% F. ventricular 2.9%, EVC 5.8% Fx de fémur 2.9%, HIV 2.9%. Fueron clasificados así, Fase I 11 pacientes Fase II 6, fase III 17 pacientes. Los resultados de cultivo correspondieron a pseudomona auriginosa, *Candida albicans*, *Proteus*, *E coli*. El tratamiento antibiótico terapia en el 100% de los pacientes, hemotransfusiones, alimentación parenteral, debridación, aplicación de miel en forma local, rotación de colgajo, cierre por tercera intención. La mortalidad del 11 pacientes. **Conclusiones:** Los pacientes que presentan esta patología generalmente padecen enfermedad comorbida que disminuye sus defensas inmunológicas, como esta enfermedad se asocia a mortalidad elevada, requiere de tratamiento quirúrgico agresivo y es importante observar su relación a una clasificación propuesta y su evolución.

002 TL 104

MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON PIE DIABETICOCastañeda CP, Vargas MC, Castillo LL, Díaz MT
Hospital General Regional «Vicente Guerrero» IMSS. Servicio de Cirugía General. Acapulco, Gro.

Antecedentes: El pie diabético es una complicación grave de la diabetes mellitus y representa un alto gasto económico para las instituciones de salud. **Objetivo:** Llevar a cabo un manejo multidisciplinario del paciente con pie diabético. **Material y métodos:** Se formó un equipo multidisciplinario para el manejo del pie diabético durante un periodo comprendido del 24 de julio al 20 de octubre del 2000, durante este periodo se incluyeron a todos los pacientes del turno matutino que ingresaron al servicio de cirugía general con diagnóstico de pie diabético, se utilizó la clasificación de Wagner. A todos los pacientes se les solicitó exámenes de laboratorio y rayos X del pie afectado, a su ingreso a todos los casos se les realizó una valoración integral con la fina-

lidad de decidir una conducta en forma oportuna. Algunos pacientes se visitaron en su domicilio. **Resultados:** Durante este periodo de 3 meses se manejaron 50 pacientes con diagnóstico de pie diabético, con un rango de edad de 31 a 80 años, 29 del sexo masculino y 21 del sexo femenino, el 42% de los pacientes se clasificaron en grado III según escala de Wagner. En el 44% de los pacientes se realizó debridación de tejido necrótico, en 38% se realizó desarticulación de ortijos, amputación supracondílea en 16% de los casos, a 18 pacientes se visitó en su domicilio, 7 pacientes reingresaron por evolución tórpida. Fallecieron 4 pacientes. **Discusión:** El pie diabético ocasiona al paciente una incapacidad temporal o permanente y que por su evolución prolongada representa un alto costo su tratamiento médico y quirúrgico y una estancia hospitalaria prolongada. **Conclusiones:** El manejo multidisciplinario del paciente con pie diabético permite un control metabólico y quirúrgico oportuno.

003 TL 057

FISIOPATOLOGÍA DE LAS LESIONES DE PIE EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS

Velázquez CJ, Olvera OM

Hospital General de Zona 8, IMSS. Zihuatanejo, Gro.

La diabetes representa un problema de salud pública en el ámbito mundial, siendo su principal problema las complicaciones que presenta durante su evolución. Dentro de estas complicaciones, es el pie diabético la principal a la que se enfrenta el cirujano. En afán de entender la causa de este problema en la unidad se buscó determinar la fisiopatología de este tipo de lesiones. Se efectuó un estudio prospectivo, observacional, descriptivo y analítico del 1º de noviembre del 2001 al 30 de abril del 2002 de los pacientes que ingresaban al servicio de Cirugía General con diagnóstico de pie diabético. Se registraron las siguientes variables: sexo, edad, tipo de diabetes, tiempo de evolución de la diabetes y su tratamiento. Se procedió a efectuar evaluación clínica determinando los datos de neuropatía sensitiva mediante monofilamentos y diapasón, neuropatía motora mediante morfología del pie, plantoscopia y estudios radiológicos y neuropatía autonómica mediante cambios cutáneos. La evaluación angiológica fue determinación clínica de pulsos. Las lesiones se clasificaron de acuerdo a las clasificaciones de Gary Gibbons y Wagner y se determinó el manejo a seguir. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: Se ingresaron al servicio de Cirugía General 22 pacientes con diagnóstico de pie diabético. No hubo predominio en cuanto al sexo y la edad promedio fue de 55.5 años (rango: 39 a 71 años). Todos fueron diabéticos tipo II con un tiempo de evolución promedio de 12.1 años (rango: 1 a 30 años). El control metabólico se efectuaba mediante hipoglucemiantes orales predominantemente y 14 (45.4%) pacientes tenían antecedentes de problemas previos de los pies. Las exploraciones dirigidas determinaron que existían datos de polineuropatía en 19 pacientes (86.3%) y angiopatía en 3 pacientes (13.6%). Se clasificaron como leve o moderada, Wagner I y II 11 pacientes (50%) y como grave, Wagner II, IV, y V 11 pacientes (50%), El tratamiento dependió de su clasificación y evolución. Las conclusiones del presente estudio son que en nuestra unidad los cambios secundarios a polineuropatía diabética fueron los predisponentes para desarrollar una lesión del pie.

004 TL 135

MICROINJERTOS DE ESPESOR TOTAL COMO ADYUVANTES EN CIRUGÍA DE PIE DIABÉTICOBladiniers CE, Uthhoff BS, Morales ZA
Hospital Regional del Río

El pie diabético es la causa de hospitalización más frecuente en diabéticos. En EUA el costo anual es de más \$1,000 millones de dls. La ulceración del pie en diabéticos ocurrirá en el 15% de ellos en algún momento de su vida, y estará presente en más de la mitad de las amputaciones en diabéticos. Los tres factores etiológicos, neuropatía, infección e isquemia dan como consecuencia, lesiones que frecuentemente requieren de procedimientos quirúrgicos complejos, como revascularización y amplias desbridaciones, que dejan en muchas ocasiones grandes zonas cruentas granulantes, que toman meses en cicatrizar por completo. Para acelerar el proceso de cicatrización, pueden utilizarse injertos de espesor parcial o total en diversas modalidades técnicas. Presentamos una técnica simple de microinjertos autólogos de espesor total tomados con bisturí circular de biopsia punch, descrita por el Dr. Bart Nanninga de la Universidad de Amsterdam, para ulceraciones venosas crónicas. Se injertaron 60 heridas granulantes en 60 pacientes, todos diabéticos, todos operados por lesiones neuropáticas infectadas, 12 de ellos revascularizados previamente. Cincuenta y cuatro pacientes cicatrizaron en un periodo promedio de 3 semanas. Seis de ellos se perdieron de la clínica a las 2 semanas del procedimiento. Al practicar esta técnica en el consultorio, se redujo el tiempo promedio de cuidados de las heridas granulantes de más 2 meses a 3 semanas. Encontramos la técnica del microinjerto de espesor total como procedimiento de elección para cubrir zonas de granulación limpias y perfundidas, acortando el periodo de cicatrización, siendo además simple, efectivo, económico y seguro.

005 TL 186

PANORAMA DE UN HOSPITAL GENERAL EN LA CIRUGÍA DE URGENCIAS SOBRE PACIENTES ANCIANOS.Medina GP, Torres LE, Lúa ALM
Hospital Juárez de México.

Antecedentes: En 20 años la población senil constituirá el 16% de la población y demandará gran parte del presupuesto en salud, por lo que se debe conocer el impacto que implica el tratamiento de los procesos quirúrgicos de urgencias de estos pacientes. **Objetivos:** Identificar las principales causas de patología abdominal quirúrgica de urgencia, su distribución por sexo, morbilidad y mortalidad asociada en pacientes mayores de 65 años atendidos en un hospital general de la Ciudad de México. **Tipo de estudio:** Retrospectivo, longitudinal, observacional, descriptivo. **Material y método:** Se revisaron 632 expedientes clínicos completos de 894 pacientes mayores de 65 años con patología abdominal quirúrgica de urgencia ingresados en el Hospital Juárez de México, en un periodo de 5 años. **Resultados:** De los 632 casos revisados, (edad promedio: 73.3 años sexo femenino 58%: masculino 42%) el 73% presentó una o más enfermedades crónico-degenerativas, entre las principales fueron hipertensión arterial sistémica (53%), diabetes mellitus (42%), y enfermedad articular degenerativa (39%). Los diagnósticos sindrómicos más frecuentes fueron: abdomen agudo tipo inflamatorio (35.7%) y obstrucción intestinal (59%). Las patologías abdominales qui-

rúrgicas más frecuentes fueron: hernias de pared abdominal (40%), apendicitis aguda (23%), adherencias intestinales (12%), cáncer de colon (7%), enfermedad diverticular (4%), absceso hepático (3.5%), úlcera péptica perforada (2.7%), vólvulos de sigmoides (2.5%) y otras patologías diversas (3.8%). **Conclusiones:** Es indispensable tener datos confiables que nos den una clara idea de la tendencia y recursos a desarrollar para mejorar la atención de la población mexicana, en especial de los pacientes mayores de 65 años.

006 TL 266

LAPAROTOMÍA POR TRAUMA EN MAYORES DE 60 AÑOSSesman BAL, García CR, Almanza CS, Ruiz HJ
Servicio de Cirugía Toracoabdominal del Hospital de Traumatología y Ortopedia de Lomas Verdes, IMSS, Naucalpan Edo. de México.

Antecedentes: Traumatismos de menor intensidad causan mayor frecuencia de morbilidad y mortalidad en personas de edad avanzada. **Objetivo del estudio:** Análisis de la intensidad del trauma, complicaciones y mortalidad en pacientes de 60 años o más con trauma abdominal que ameritaron laparotomía. **Material y método:** Revisión del registro de trauma abdominal, identificando pacientes de 60 años o más, cuantificando las lesiones abdominales y extra-abdominales, intensidad del trauma mediante escalas de trauma (ISS), complicaciones y mortalidad. **Resultados:** Se identifica 60 pacientes con edad promedio de 67.7 años, 73.3% con trauma cerrado, 35% son atropellados, la tensión sistólica menor de 80 mmHg a su ingreso se presentó en 36.7%, Glasgow < 8 en 18.3%. Los órganos más frecuentemente lesionados son: bazo (38%), hígado (38%), perforación de colon (11.7%), perforación de intestino delgado (8.3%), riñón (10%) y páncreas (6.7%). Otras lesiones: trauma torácico en 41.7%, trauma cráneo-encefálico 35%, fractura de miembro pélvico 28.3% y fractura de pelvis 18.3%. Ingresaron a la UCI 18.3%, reintervención quirúrgica abdominal 11.7% (hemorragia activa, sepsis, oclusión intestinal y eventración), 3 pacientes presentaron peritonitis y 7 sepsis pulmonar. El ISS promedio fue 27, pero 58.3% con ISS > 21. La mortalidad es de 48.3%, el 28% murió en quirófano y 31.7% de manera inmediata por hemorragia, el trauma cráneo-encefálico contribuyó a 16.7% de la mortalidad, 10% murió tardíamente por sepsis. **Conclusiones o discusión:** El trauma cerrado es el más frecuente, generalmente atropellados, causando lesiones multisistémicas, elevado índice de severidad de la lesión (ISS 27), y consecuentemente mortalidad muy elevada. La hemorragia es la principal causa de muerte, que se presenta en quirófano o en post-operatorio inmediato, frecuentemente asociado a trauma cráneo-encefálico grave.

007 TL 125

TRAQUEOSTOMÍA POR DILATACIÓN. UNA ALTERNATIVA DE MÍNIMA INVASIÓNMartínez OA, Aguirre MH, Tapia JJ, Rivera SR
Hosp. Angeles Del Pedregal. México, D.F.

Antecedentes: La Traqueostomía por dilatación (TPD), es una técnica descrita desde 1985 para el manejo de la vía aérea en los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), así como en los pacientes en los que se requiere un acceso directo a la vía aérea a largo plazo en forma electiva. **Objetivo:** Reportar la experiencia desde 1999 de 26 pacien-

tes en los que se realizó esta técnica, así como lo que consideramos ventajas importantes en comparación con la técnica tradicional (TT). **Material y método:** Se trataron a 25 pacientes de la UCI y una paciente neurológica terminal que se encontraba en Cuidados Intermedios (CI). Las edades variaron de 19 a 85 años. La indicación para la traqueostomía fue intubación prolongada en todos los casos. Las patologías de base variaron, predominando los padecimientos neurológicos, cardiovasculares y trauma. El tiempo de intubación previo a la realización de la traqueostomía fue de 5 a 14 días, con un promedio de 9.26. En todos los pacientes el procedimiento se realizó bajo control broncofibroscópico. **Resultados:** El tiempo de realización del procedimiento fue de 8 a 35 min. Con promedio de 15.65 min. Hubo una complicación durante el procedimiento (hemorragia de la pars membranosa traqueal que cedió espontáneamente) para un 3.4%. Otra 24 hrs. después de realizado (salida parcial de la cánula). En un paciente se presentó hemorragia del traqueostoma 5 días después de realizado el procedimiento, al realizar un cambio prematuro de la cánula. La única situación en la que se agregó morbilidad al paciente fue este último caso que requirió de transfusión. Esta eventualidad no la consideramos relacionada directamente con la técnica empleada. No hubo mortalidad relacionada directamente con el procedimiento. Seis pacientes fallecieron durante su estancia hospitalaria, 8 pacientes sobreviven hasta el momento de este reporte, un paciente falleció en su domicilio y 11 se perdieron para seguimiento por traslado a otro hospital. Se pudo evaluar el resultado cosmético de la cicatriz del sitio de la traqueostomía en 3 pacientes decanulados. Tres pacientes conocidos aún usan la cánula hasta el momento de este reporte (Junio 30, 2002). Dos pacientes ya habían tenido traqueostomías previas con TT y habían sido decanulados cuando menos 18 meses antes de la TPD. En uno de ellos se encontró una estenosis traqueal alta al momento de realizar la TPD y no hubo mayor dificultad técnica por este hecho. No se pudo evaluar la presentación de estenosis traqueal en ningún paciente con TPD. Todos los casos se realizaron bajo sedación y anestesia local, en algunos casos se usaron relajantes musculares (7). En 8 pacientes la TPD ayudó a su avance desde el punto de vista de respiración mecánica o incluso a su egreso de la UCI hacia una unidad de CI. **Conclusiones:** La TPD es un procedimiento de mínima invasión que se puede realizar en la cama del paciente en la UCI, sin necesidad de trasladarlo a quirófano con los riesgos que esto implica y sin necesidad de esperar un espacio en la cirugía programada. Tiene la importante ventaja de disminuir los costos de atención. Tiene menor número de complicaciones comparada con la TT realizada en condiciones semejantes. El realizarla bajo control broncofibroscópico permite realizar lavado y aspiración de secreciones para cultivo como se hizo en 13 de nuestros pacientes, aunque el uso del broncofibroscopio puede incrementar los costos en algunas circunstancias. Los resultados, incluso cosméticos, a largo plazo son satisfactorios. Teóricamente con la técnica de TPD al no reseca segmentos de anillo traqueal mantiene los principios necesarios para no tener un mayor riesgo de estenosis traqueal posttraqueostomía. La TPD es cada vez más aceptada en nuestro medio por los médicos de la UCI.

008 TL 127

MASAS MEDIASTINALES. EXPERIENCIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

Gómez RF, Plata JJ, Escalante T, Santillán DP
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición «Salvador Zubirán».

Introducción: Las masas mediastinales abarcan una amplia variedad de lesiones neoplásicas y no neoplásicas. El abordaje multidisciplinario es de gran importancia. **Objetivo:** Conocer las características demográficas, clínicas, abordaje diagnóstico y terapéutico de los pacientes con masa mediastinal en una institución de tercer nivel. **Método:** Estudio retrospectivo de pacientes del INCMNSZ en un periodo de 10 años con diagnóstico de masa mediastinal. **Resultados:** Hubo 64 pacientes, (35 hombres/29 mujeres) con edad promedio de 42 años. Los síntomas más comunes fueron pérdida de peso (35%), dolor torácico (29%), síndrome de vena cava superior (27%), disnea (21%) y tos (20%). La radiografía de tórax mostró masa mediastinal en 41 casos, la TAC-tórax fue positiva en 62 pacientes y 3 más fueron diagnosticados por gammagrafía, angiografía o como hallazgo transoperatorio. El diagnóstico histológico se obtuvo previo al tratamiento definitivo en el 60% mediante biopsia percutánea (19%), mediastinoscopia cervical (19%), mediastinotomía anterior (9%) o toracoscopia (13%). En el otro 40% el diagnóstico histológico fue posterior a resección quirúrgica. La gran mayoría de las masas correspondieron a neoplasia siendo las más frecuentes linfoma (21%), timoma (21%) y tumor germinal (11%). El tratamiento primario fue resección quirúrgica en 29 pacientes, seguido de radioterapia, quimioterapia o antifúngicos. Hubo 6 complicaciones en 36 cirugías, no hubo mortalidad operatoria. La sobrevida global es de 83%. **Conclusiones:** La patología mediastinal es variada. La TAC-tórax es el estudio de imagen más útil. La biopsia mediante mínima invasión es útil para el diagnóstico. Los tumores más frecuentes fueron linfomas y timomas.

009 TL 118

HEMOTÓRAX POSTRAUMÁTICO

Guerrero TEA, Cisnero TE, Fournier DFG
Hospital General de Durango. SSD.

Antecedentes: El trauma de tórax es causa directa de 25% de muertes traumáticas. Hemotórax presenta alta frecuencia en estos pacientes sea penetrante o no penetrante. Las sondas de pleurotomía corrigen la mayoría, y sólo 5 al 15% requieren toracotomía. **Objetivo:** El hemotórax es capaz de producir insuficiencia respiratoria grave, que requiere de acciones oportunas y adecuadas por lo que es necesario conocer las estadísticas, causas, tratamientos y morbimortalidad de los pacientes en nuestro hospital. **Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de los pacientes que ingresaron al Servicio de Cirugía con diagnóstico establecido de hemotórax posttraumático, entre el periodo comprendido del 1 de julio de 1999 al 30 de diciembre del 2001. **Resultados:** Se incluyeron en el estudio 44 pacientes con diagnóstico establecido de hemotórax posttraumático ya sea por estudios radiológicos o de ultrasonografía, 38 (86%) correspondieron al sexo masculino y 6 (14%) al sexo femenino, edad promedio de 22 años y de éstos, el 75% presentaron trauma abierto, 45% (15) HPPAF, 55% (18) herida por arma blanca, el 25% del total correspondió a trauma cerrado, de éstos, 81% (9) sufrieron accidente automovilístico y 19% (2) politraumatismo. Se realizó pleurotomía cerrada en 39 pa-

cientes (88%) y toracotomía en 5 (12%), mortalidad de 1 paciente asociado con trauma abdominal. **Discusión:** El hemotórax es un problema quirúrgico grave, en nuestro medio, en jóvenes, sexo masculino, y su morbimortalidad, continúa siendo importante.

010 TL 182

HERNIA DIAFRAGMÁTICA POST TRAUMÁTICA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL GENERAL DE TIJUANA

Domínguez A, Romero C, López G, Paipilla O, Contreras F Hospital General de Tijuana.

El diafragma es un músculo plano, delgado, arqueado, fuerte, silencioso, desafiante desde el punto de vista diagnóstico, y controvertido, puede considerarse el caballo de fuerza olvidado del cuerpo. Nunca en reposo, permite la respiración, actúa como línea divisoria y frontera desconocida entre los dos territorios más grandes del cuerpo, las cavidades torácica y abdominal. Una vez que se cruzan esos límites, puede decirse invariablemente que la gravedad de la lesión y los desafíos quirúrgicos para su tratamiento aumentan de modo dramático. **Material y métodos:** Se realiza revisión de expedientes clínicos de pacientes admitidos en el hospital general de Tijuana, en un periodo comprendido de marzo 1982 a marzo 2002 y que tenían diagnóstico de hernia diafragmática postraumática. Se recibieron un total de 26 pacientes, 24 sexo masculino y 2 sexo femenino. La edad variaba de 18 a 45 años con media de 30^a. De los cuales a 18 (70%) se les realizó cirugía de urgencia y a 8 (30%) cirugía electiva. La sintomatología que presentaban los pacientes fue dolor epigástrico en 16 pacientes (60%), dolor torácico 5 pacientes (20%) y 8 (30%) presentaron disnea. El método diagnóstico consistió en radiografía de tórax en 10 pacientes, 8 se diagnosticaron durante laparotomía exploradora, 3 por fluoroscopia, 2 por enema baritado, un paciente por toracosopia y dos pacientes con tomografía axial computada. Como lesiones asociadas encontramos perforación de colon en 4 pacientes, lesión esplénica en dos, lesión de vejiga en dos, lesión de yeyuno en un paciente y 3 pacientes presentaron fracturas óseas. El órgano eventrado encontrado fue estómago en 14 pacientes, colon en 7 pacientes, epiploon 4 pacientes y bazo en un paciente. **Resultados:** Trauma abierto en 21 casos (80%), y trauma cerrado en 5 casos (20%). Lesión del hemidiafragma izquierdo en 24 casos (90%), hemidiafragma derecho 2 casos (10%). El procedimiento quirúrgico realizado fue laparotomía exploradora en 16 pacientes, a 8 se les realizó toracotomía y toracoabdominal en 2 pacientes. Los procedimientos realizados fueron colostomía en 5 pacientes, esplenectomía en 2 pacientes, cierre primario de intestino delgado 1 paciente, cierre de vejiga en 2 pacientes, gastrectomía subtotal con gastroyeyunoanastomosis con omwega de Baun en un paciente. Ocho pacientes presentaron complicaciones postquirúrgicas de los cuales 5 presentaron infección de herida quirúrgica, 2 obstrucción intestinal y un paciente presentó dehiscencia de plastia diafragmática. La mortalidad que reportamos es de 0%.

011 TL 053

VENTANA PERICÁRDICA EN HERIDAS EN ÁREA PRECORDIAL

Tehozol ME, Vicencio TA, Espinosa MA Servicio de Cirugía General. Hospital General La Villa SSDF. México D.F.

Introducción: Existe un aumento de lesiones en el tórax incluyendo corazón en población civil, frecuentemente causadas por instrumento punzocortante y proyectil de arma de fuego (PAF) en la población civil, 10% de las lesiones por PAF mueren en el sitio del accidente sin oportunidad de atención hospitalaria. Alto índice de sospecha en heridas en área precordial con y sin inestabilidad hemodinámica. La presentación clínica varía dependiendo de la presencia de sangre y coágulos intrapericárdicos. La tríada de Beck se presenta únicamente en 10 a 40% de los casos. Auxiliares diagnósticos son: ventana pericárdica subxifoidea, ecocardiografía bidimensional, transesofágica y toracosopia. **Auxiliares diagnósticos:** Ventana pericárdica subxifoidea. Ventajas: Margen de seguridad 96%. Especificidad 97%. Sensibilidad 90%. Desventajas: Procedimiento invasivo. Tipo de Estudio: Retrospectivo a un año, enero a diciembre del 2000. Lugar: Hospital General La Villa SSDF. México DF. Presentación de 14 casos. **Mecanismo de lesión:** IPC 10 (71%), PAF 4 (29%). Hallazgos operatorios. Ventrículo der. 11 (78.5%). Ventrículo izq. 3 (21.5%). Sobrevida 13 (93%). Mortalidad 1 (7%). Manejo del postoperatorio en la unidad de cuidados intensivos. Control postoperatorio con ecocardiografía sin revelar alteraciones. Tres pacientes mostraron datos de isquemia manejados con protocolos en la UCI. **Conclusiones:** Requiere estudio sistemático rápido que fundamente o elimine la sospecha. Paciente con herida en área de alto riesgo en tórax, sospechar lesión cardíaca hasta no demostrar lo contrario. Se ha demostrado la importancia del tratamiento quirúrgico temprano. El nuevo concepto es demostrar de forma agresiva lesiones cardíacas ocultas. Considerar la ventana pericárdica subxifoidea útil como herramienta diagnóstica. Se debe tener un alto índice de sospecha a su llegada a urgencias.

012 TL 220

¿ES LA TORACOSCOPIA UN PROCEDIMIENTO DEL CIRUJANO GENERAL?

López GS, Hernández BMA, Mena TVM Hospital Regional Cd. Madero Tams. PEMEX.

Introducción: La cirugía torácica más efectuada por el cirujano general es de urgencia secundario a diversos tipos de trauma y algunos procedimientos de cirugía electiva en padecimientos benignos de esófago, con el advenimiento de la laparoscopia el cirujano general ha intervenido en otras patologías que son manejadas por cirujanos de tórax y que puede tener implicaciones éticas y legales. **Material y métodos:** Se presenta la experiencia de 15 toracoscopias diagnósticas y terapéuticas efectuadas por cirujanos generales con entrenamiento en laparoscopia y videotoracosopia, nueve fueron de tipo terapéutico y seis de tipo diagnóstico, se operaron 6 timectomía por miastenia gravis, un quiste entérico y dos resecciones de neurofibromas de mediastino posterior, las diagnósticas incluyeron tumor germinal que condicionó síndrome de vena cava superior, una para etapificar neoplasia pulmonar y convertir para lobectomía superior y el resto biopias de parénquima pulmonar con engrapadoras. **Resultados:** Una paciente requirió esternotomía al año por restos tímicos, y una toracotomía posterolateral. Por restos de quiste entérico morbilidad una fístula broncopleurales sin reintervención. **Conclusiones:** La patología torácica mediastinal y algunas pulmonares pueden ser abordadas con cirujanos generales con adiestramiento adecuado con morbilidad mínima, resultados satisfactorios y optimizar los diversos niveles de atención médica.

013 TL 210

BIOPSIA POR ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA DE TIROIDES NO DIAGNÓSTICA: ¿QUÉ HACER?

Hurtado LLM, Arellano MS, Martínez-Dunker C, Torres AEM, Zaldívar RFR, Duarte TRM, Pulido CA
Hospital General de México. México, D.F.

Introducción: La biopsia por aspiración con aguja fina de tiroides (BAAF), herramienta fundamental en el diagnóstico del nódulo tiroideo, puede ser no diagnóstica. **Objetivo:** Evaluar métodos diagnósticos, paralelos a la BAAF: Clínica, ultrasonido (US), gammagrama Tc-99-Metoxi-isobutilisonitrilo (MIBI) y estudio transoperatorio por congelación (ETO) a fin de aclarar la conducta a seguir con BAAF no diagnóstica. **Material y método:** Estudio prospectivo, longitudinal, analítico, ciego en 30 nódulos tiroideos no funcionales, con BAAF no diagnóstica de un total de 100 pacientes consecutivos. Variables estudiadas: edad, sexo, número y resultado de repetición de la BAAF, diagnóstico de malignidad por: Clínica, ultrasonido, gammagrafía Tc-99-MIBI y ETO. Todos los pacientes fueron tiroidectomizados. Se analizó mediante la determinación de sensibilidad, especificidad, exactitud, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo, prevalencia y razón de probabilidad positiva y negativa para cada método diagnóstico comparado con el estudio histopatológico final. **Resultados:** 5 BAAF fueron inadecuadas y 25 indeterminadas, 28 mujeres y 2 varones, edad media 38 años, rango de 16 a 62 (DE \pm 12.9). Siete (23%) fueron cáncer. La clínica y el ultrasonido no demostraron impacto importante en la toma de decisión terapéutica. El gammagrama con MIBI proporcionó un valor predictivo negativo de 100% con razón de probabilidad negativa de 0, el ETO demostró un valor predictivo positivo de 100% y razón de probabilidad positiva de 0. **Conclusión:** Los estudios paralelos a la BAAF con real valor diagnóstico en el manejo del nódulo tiroideo con BAAF no diagnóstica fueron el MIBI y ETO.

014 TL 045

LA PATOLOGÍA TIROIDEA COMO UN PROBLEMA RELACIONADO CON LAS CRISIS HORMONALES EN EL SEXO FEMENINO

Castro MA, Mújica MAA
ISSSTE.

Introducción: La patología tiroidea es una enfermedad frecuente en México, que principalmente afecta a las mujeres. La prevalencia de la patología nodular es amplia, de 5-50%, dependiendo de la población y de la sensibilidad de los métodos de detección. Se sabe que es más frecuente en mujeres, en individuos de edad avanzada, en sujetos expuestos a las radiaciones ionizantes y áreas geográficas con déficit de yodo. Existen cambios importantes de las características de la fisiología tiroidea dentro de diferentes fases de la vida de la mujer, especialmente en el embarazo y menopausia. Existen importantes cambios fisiológicos durante el embarazo como aumento aproximado del 20% del gasto metabólico basal. Los estrógenos estimulan la producción hepática de hormona liberadora de la hormona estimulante del tiroides lo que produce un aumento primario de la concentración casi al doble en el embarazo, y debido a esto hay aumento de tironina (T4) y de la triyodotironina por lo que la concentración sérica de la hormona tiroidea disminuye aun-

que se mantiene dentro de límites normales. **Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, transversal y descriptivo. Y el grupo de estudio fue todos los pacientes de sexo femenino, que se encuentren en la clínica de tiroides del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" ISSSTE, desde junio de 92 hasta el mes de marzo de 2001. Tomando como criterios de inclusión a pacientes con datos completos y con reporte histopatológico, y antecedentes ginecológicos, y que cuenten la fecha aproximada de iniciación de sintomatología. Los criterios de exclusión fueron todos los pacientes que no cuenten con expediente clínico a pesar que se encuentren en la libreta de la clínica de tiroides, los pacientes que cuenten con patología adquirida por consumo de medicamentos para bajar de peso, sanos o que no se hayan registrado sus antecedentes ginecoobstétricos. **Resultados:** Encontramos un total de 318 casos, 287 (90%) mujeres y 26 hombres (10%). Únicamente para verificar la frecuencia de la enfermedad por sexo, se encuentra una relación 12:1 mujer-hombre, con una edad de presentación promedio de 42.2. Después de aplicar los criterios de eliminación se encuentra con un total de 246 casos, que la tabla de frecuencias muestra una característica bimodal, con en 38 y 45 años de edad con una tendencia a la baja a mayor edad. También se verificó la incidencia por grupo etáreo, siendo más frecuente en el grupo de 30 a 39 años de edad con un total de 75 casos (31.3) casos, seguido por el grupo de 40-49 años de edad con 61 casos (25.5%). Para las pacientes que se encuentran en el grupo 1 se encontraron 13 casos con un promedio de inicio de sintomatología de 13 años, y éstas tuvieron su menarca con un edad promedio de 12.5 años, solamente se encontró un caso donde no se presentó menarca. Con una diferencia de entre el inicio de menarca a la aparición de la patología de 6 meses en promedio. Dentro del grupo 2 encontramos un total de 180 casos con una edad promedio de 39.3 años y un total de embarazos promedio de 2.6, y el diagnóstico más frecuente fue de bocio nodular con 66 casos. Solamente en 3 pacientes se encontró que habían sido nulíparas. Y en el grupo 3, se encontró un total de 52 casos con edad promedio de inicio de padecimiento de 58 años con una media de 57 años, y una moda de 58 años. Se presentó la patología tiroidea de 1 a 3 años después de la menopausia en 90% de las pacientes. **Análisis:** Se ha encontrado que existe una alta incidencia de patología tiroidea relacionada con el sexo femenino en una proporción en la clínica de Tiroides del Hospital regional "General Ignacio Zaragoza" (HRZ) de 12:1 a favor de la mujer, y que podemos encontrar a 3 grupos importantes de pacientes en las que se descarta la aparición de cuadro secundario consumo inadecuado de yodo, o drogas para bajar de peso. Asumimos que en la ciudad de México y nuestros derechohabientes consumen sal yodada, y no consideramos a nuestra población que viven en área con suplemento suficiente de yodo. Las pacientes del grupo 1 en las que se justifica la aparición de patología debida a factores somáticos desarrollado y modulado por secreción de esteroides sexuales aunque reportan en literatura que no existe diferencia significativa en cuanto al sexo, pero en nuestro universo de trabajo no hay hombres menores de 18 años, lo cual difiere de la literatura (g). El grupo 2 es el más grande, aunque no nos fue posible identificar el tiempo entre embarazo y la aparición de la enfermedad debido al subregistro de este dato, encontramos que el promedio de embarazos es de 2.3 y el grupo de edad de 30 a 39 años de edad, se justifica la aparición de patología en este grupo de edad, basado a los

que menciona Murder en su trabajo (D), refiriendo que en el embarazo existe aumento del clearance renal de yodo, consecuente aumento en filtración glomerular, aumento de la hormona estimulante de TSH, incremento de T4 y t3, requiriendo un aumento en la administración de yodo durante el embarazo (H). Aunque existieron algunos casos de desarrollo de patología tiroidea en nulípara que fue en un grado menor de menos de él. En el grupo 3 se encuentra una relación importante de aparición de patología tiroidea con la menopausia, por lo general un año antes hasta 3 años, dentro de este grupo se encuentran pacientes que no encajan, que serían 5 de un total de 53 que equivale al 9.4%, no se encuentra bibliografía para justificar la patología, lo único que se informa es que puede existir una relación de menopausia y aparición de nódulos solitarios (D). **Conclusiones:** Debido a que la mayor parte de las pacientes que cursan con problemas tiroideos se encuentran en etapas productivas de la vida, en este estudio se encontró que existe relación entre la patología tiroidea y las épocas de cambios hormonales en las mujeres. Que la mayor incidencia se da en el periodo postparto, es conveniente administrar tratamiento con yodo durante el embarazo. Será necesario continuar más estudios relacionados con esta patología desde el punto celular y comparar éste con alguna otra clínica de tiroides que se encuentra en población similar.

015 TL 123

PARATIROIDECTOMÍA VIDEOENDOSCÓPICA. EXPERIENCIA EN EL INCMNSZ.

López F, Lajous M, Herrero B, Sierra L, Bezaury P, Sepúlveda J, Herrera MF
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Introducción: El tratamiento clásico del hiperparatiroidismo incluye exploración bilateral de cuello con identificación de las 4 glándulas paratiroides y resección de las anormales. La mejoría en los estudios de localización aunado a la posibilidad de medir los niveles de paratohormona rápida, han permitido realizar un abordaje menos invasivo. El objetivo del presente estudio consiste en analizar nuestros resultados en el tratamiento del hiperparatiroidismo empleando localización preoperatoria, paratiroidectomía videoendoscópica y medición transoperatoria de paratohormona. **Pacientes y métodos:** Un total de 62 pacientes con hiperparatiroidismo fueron evaluados entre 1999 y 2002. Se les practicó gammagrama con Mibi, ultrasonido o ambos. Se consideraron candidatos a cirugía videoendoscópica los pacientes con evidencia de enfermedad uniglandular. Se practicaron determinaciones transoperatorias de iPTH en el periodo basal, durante la manipulación y a los 10 y 15 minutos de la resección del adenoma. Se analizaron los resultados y complicaciones de la intervención. **Resultados:** Se completó la paratiroidectomía videoendoscópica en 48 pacientes (77%). La sensibilidad del gammagrama fue 95%, del ultrasonido 74% y de ambos de 97%. Seis pacientes (12.5%) requirieron conversión a cirugía abierta. La iPTH transoperatoria descendió en el 97% de los pacientes. El tiempo quirúrgico promedio fue de 90 minutos. Tres pacientes (6.25%) presentaron complicaciones (disfonía, infección de herida y neumotórax). La estancia hospitalaria promedio fue de 3 días y el éxito de la paratiroidectomía videoendoscópica fue del 100%. **Conclusiones:** La paratiroidectomía videoendoscópica es una técnica reproducible, efectiva y segura.

TIROIDECTOMÍA TOTAL EN ENFERMEDAD BENIGNA Y MALIGNA, EXPERIENCIA DE 17 AÑOS EN UN HOSPITAL GENERAL

Flores DR, Valdespino VE, Chavelas LIM, Guzmán VG
Hospital General Regional No. 1 «Gabriel Mancera» IMSS.

Los cirujanos que apoyan la tiroidectomía total para patología maligna, refieren que este procedimiento disminuye la recurrencia, facilita la detección y tratamiento de tumores diferenciados con I¹³¹, mejora la sobrevida a largo plazo y se asocia a un pequeño incremento en el riesgo quirúrgico al compararse con tiroidectomía casi total. En general, las neoplasias tiroideas son adenomas o carcinomas, el adenoma folicular es prototipo de adenoma endocrino, es una neoplasia clonal benigna que tiene un potencial canceroso escaso pero franco. El presente trabajo tiene por objetivo presentar la experiencia al realizarse la tiroidectomía total durante un periodo de 17 años en un Hospital General Regional, se revisaron los expedientes clínicos de dichos pacientes; siendo realizado este procedimiento para enfermedad benigna y maligna. Son de notarse los tipos histopatológicos tanto en cáncer como en enfermedad no oncológica, las complicaciones asociadas al procedimiento, la relación histopatológica, estadio (si amerita), ultrasonografía y gammagrafía con asociación a riesgo de recidiva. Se realizaron un total de 107 tiroidectomías totales, (Abril de 1984 a mayo de 2001) en un evento quirúrgico. El único procedimiento que se realizó en el mismo tiempo que la tiroidectomía total fue la disección ganglionar de cuello modificada en un total de 10 pacientes. **Resultados:** La edad promedio de los pacientes sometidos a tiroidectomía total fue 48.33 años con una desviación estándar (SD) de \pm 13.364. El tamaño promedio de las tumoraciones benignas fue de 32.58 mm y en tumor maligno fue de 31.43 mm con (SD) de 14.71 y 12.46 respectivamente. Los hallazgos histopatológicos definitivos más frecuentes encontrados son: Hiperplasia nodular, carcinoma papilar, bocio coloide multinodular, tiroiditis de Hashimoto. Los hallazgos gammagráficos, corresponden en 80.95% a lesiones hipocaptantes, e hipercaptantes en un 8.57%. **Conclusiones:** La cirugía de tiroides continúa como una medida diagnóstica-terapéutica pese a la evolución que ha tenido desde sus orígenes hasta los novedosos abordajes asistidos por laparoscopia. Las complicaciones asociadas al procedimiento presentadas en esta serie son menores o iguales a las reportadas en otras series, la recidiva por malignidad es menor al 1%, contrastando con otras series similares. El tamaño del tumor, la edad, el sexo, y los hallazgos sonográficos y gammagráficos no se relacionan con la recidiva, ni las complicaciones; no así: el tipo histopatológico y el tiempo de evolución de la tumoración.

017 TL 133

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA NEOPLASIA ENDOCRINA MÚLTIPLE TIPO 2. EXPERIENCIA EN EL INCMNSZ

López F, Gamino R, Rull JA, Herrera MF
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Introducción: En el 95% de los pacientes con NEM tipo 2 existen mutaciones en el proto-oncogén RET y su búsqueda es el método de elección para detectar portadores en etapa clínica temprana. El objetivo del presente estudio consiste en

analizar nuestra experiencia en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con NEM2 mediante la búsqueda de mutaciones del RET. **Pacientes y métodos:** Se buscaron los pacientes con NEM2 que han recibido atención en el Instituto y se realizaron sus árboles genealógicos. Se caracterizaron sus mutaciones y se buscaron en los posibles portadores. Los pacientes recibieron tratamiento según su estadio clínico y a los portadores, tiroidectomía total profiláctica. **Resultados:** Identificamos 8 familias con NEM2. En la primera encontramos 2 miembros con NEM 2A y mutación en el codón 634. El paciente índice presentaba estadio clínico avanzado. Realizamos tiroidectomía al familiar a los 11 años, encontrando carcinoma sin invasión capsular ni a ganglios linfáticos. En la segunda identificamos 6 miembros con NEM 2A y mutación en el codón 632. Tres miembros cursaban con enfermedad avanzada y realizamos tiroidectomía precoz al resto a los 14, 10 y 6 años. La tercera familia tiene 1 miembro con NEM 2B y mutación en el codón 918. Tres familiares resultaron negativos. Tenemos pendiente la detección del tipo de mutación del RET en 5 familias más (3 NEM 2A y 2 NEM 2B). **Conclusiones:** El diagnóstico oportuno de NEM2 al detectar mutaciones del RET permite encontrar un estadio clínico precoz lo cual confiere mejor pronóstico.

018 TL 207

TIROIDECTOMÍA TOTAL EN ENFERMEDAD BENIGNA

Mondragón SA, Santana RM, Pérez XN, Conrado S, Tort MA, Shuchleib S
Hospital 1° de Octubre, ISSSTE. México, D.F.

Antecedentes: La patología benigna de la glándula tiroides que requiere tratamiento quirúrgico es común en nuestro medio. La extensión de la cirugía es controversial y varía desde hemitiroidectomía hasta tiroidectomía total. **Objetivo:** Evaluar la seguridad a corto plazo de la tiroidectomía total en enfermedad benigna. **Material y métodos:** Estudiamos de manera prospectiva los pacientes sometidos a tiroidectomía total para enfermedad benigna en nuestro servicio de septiembre de 1999 a mayo de 2002. Analizamos las complicaciones. **Resultados:** En este periodo de tiempo operamos un total de 30 pacientes con enfermedad benigna de la glándula tiroides e indicación quirúrgica. 27 mujeres y 3 hombres, con un rango de edad de 12-73 años, las complicaciones observadas fueron: hipocalcemia transitoria 3 casos (10%), 0% de hipocalcemia definitiva, 2 (6.6%) pacientes con disfonía transitoria, ambos recuperados. Un paciente (3.3%) presentó sangrado postoperatorio inmediato que requirió de lavado y drenaje. **Conclusiones:** La tiroidectomía total es una alternativa segura en el manejo de la enfermedad tiroidea benigna, requiere de una técnica quirúrgica meticolosa para obtener baja morbilidad. Sin embargo, su uso rutinario sigue siendo controversial.

019 TL 188

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO. EXPERIENCIA DEL CMN 20 DE NOVIEMBRE

Romero LMDR, Cerón RM
CMN 20 de Noviembre, ISSSTE.

Tradicionalmente la cirugía antirreflujo se reservó para pacientes que no respondían al tratamiento médico y/o presentaban complicaciones. Al comprenderse la fisiopatología

y con la introducción de técnicas de mínima invasión, la cirugía antirreflujo tiene una mejor aceptación ocupando un lugar importante en el tratamiento de los pacientes con ERGE. Para evaluar la experiencia en cirugía antirreflujo, se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal abierto en el CMN 20 de Noviembre del ISSSTE de enero de 1997 a diciembre de 2001. Se operaron 143 pacientes con diagnóstico de ERGE (101 mujeres y 41 hombres). Se realizaron 149 procedimientos: 88 con técnica de Nissen, (43 abiertos y 43 laparoscópicos y 2 transtorácicos), 29 Toupet (13 abiertos y 16 por laparoscopia), 23 funduplicaturas en 2 procedimientos de Dorr y 1 Belsey Mark IV. Todos los pacientes refirieron pirosis y regurgitación, 44 pacientes presentaron afección extraesofágica siendo la única alteración en 4. El protocolo de estudio incluyó endoscopia en el 100%, SEG en 62%, pHmetría y manometría en 44%. Se identificó infección por *H. pylori* en 104 pacientes, 70% mejoró con el tratamiento de erradicación. Las complicaciones postoperatorias fueron sangrado 3%, gastroparesia 4.3%, estenosis en 4.3%. Los resultados funcionales en base a la escala de Visick fueron satisfactorios en un 90% (Visick I 63%, Visick II 27%), en 6 pacientes con Visick 4 se realizó nuevo procedimiento quirúrgico. Podemos concluir que aunque se dispone de un tratamiento médico eficaz, la cirugía antirreflujo brinda la posibilidad de control efectivo a largo plazo, modifica la evolución y podría evitar la aparición de complicaciones.

020 TL 232

PREVALENCIA DEL ESÓFAGO DE BARRETT Y EL RIESGO DE PRESENTARLO POR EDAD, SEXO Y LONGITUD DEL MISMO EN AUTOPSIAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ENTRE 1980 A 1985 Y DE 1995 AL 2000

Sánchez RK, Blanco BR, Romero HT, Robles OL, Sesman A Departamento de Gastrocirugía, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, México, D.F. Departamento de Endocrinología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición Salvador Zubirán, México, D.F.

Antecedentes: La prevalencia del esófago de Barrett en México se desconoce. El riesgo de displasia y adenocarcinoma es 40 veces mayor comparado con la población general. **Objetivo:** Determinar la prevalencia del EB y el riesgo de presentarlo por edad, sexo y longitud en autopsias realizadas en el HE CMN SXXI entre 1980-1985 y 1995-2000. **Material y métodos:** Diseño del estudio: descriptivo, comparativo, retrolectivo y transversal. Expedientes de autopsias del archivo de Patología, incluyendo autopsias totales de 1980-1985 y 1995-2000, excluyendo las parciales y si no se reportó el estudio histopatológico del esófago. Análisis estadístico: Se reportaron los resultados en promedio \pm desviación estándar, porcentajes, t de Student, Kruskal-Wallis. **Resultados:** Fueron 640 expedientes de autopsias totales, edad promedio 53.14 años \pm 14.38. El 42.6% mujeres y 57.41% hombres, se encontraron 8 casos con EB (1.25%). Edad promedio en población no afectada fue 53.7 \pm 17.41, y en afectada 53 \pm 17. El 42.6% mujeres y 57.4% hombres en el grupo de no afectados; en el grupo afectado el 75% hombres y 25% mujeres sin diferencia significativa en la prueba de Kruskal-Wallis $p = 0.31$. **Conclusiones:** La prevalencia de EB en México es similar a lo reportado en otras poblaciones, a diferencia de otros reportes la edad en nuestra población es semejante entre los

afectados y no afectados, en relación al sexo si bien no encontramos significancia estadística se puede observar una proporción mayor de individuos del sexo masculino afectados, ya que la diferencia fue 57% en no afectados y 75% en afectados, esto puede explicarse por el bajo número de casos encontrados.

021 TL 242

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ACALASIA POR LAPAROSCOPIA. COHORTE DE 16 PACIENTES

Aguirre RR, Castañeda CP, Tarelo SJM, García LJ, Martínez BA Hospital del Pacífico y Hospital Vicente Guerrero, IMSS. Acapulco, Gro.

Objetivo: Evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento quirúrgico de la acalasia mediante abordaje laparoscópico en un estudio prospectivo de una cohorte de 16 pacientes. **Pacientes y métodos:** Durante 8 años (junio de 1994 a junio de 2002) fueron estudiados 16 pacientes que padecen acalasia. Nueve mujeres y siete hombres, con edades de 17 a 63 años y una media de 40. Fueron diagnosticados por el cuadro clínico, cuyo síntoma principal fue la disfagia, tránsito esofágico baritado, endoscopia con toma de biopsia, manometría esofágica y prueba de ELISA para enfermedad de Chagas. En todos se realizó esofagocardiomiectomía tipo Heller modificado por laparoscopia, con auxilio de endoscopia transoperatoria que permitió visualizar el diámetro y eficacia de la miotomía, así como la posibilidad de complicaciones. Los criterios para efectuar o no un procedimiento antirreflujo fueron: el calibre y la calidad funcional del esófago. En todos hubo seguimiento y evaluación clínica, endoscópica y radiológica durante diferentes periodos de tiempo, la mayor por 8 años. **Resultados:** La etiología de la acalasia fue idiopática en 14 pacientes y por enfermedad de Chagas en 2. En todos se realizó una esofagomiectomía de 6 a 7 cm de longitud; a partir de la unión esofagogástrica 5 a 6 cm. Cefálica y 1 cm, caudal involucrando el cardias, con separación de los bordes esofágicos en un 40% de su circunferencia; guiada y corroborada mediante endoscopia transoperatoria. En 3 pacientes portadores de megaesófago sólo se hizo esofagocardiomiectomía, en los demás se efectuó algún tipo de tratamiento antirreflujo: fundoplastia anterior tipo Dor en 9, fundoplastia de 360 grados floppy en 2 y fundoplastia posterior tipo Toupet en 2. El tiempo quirúrgico en promedio fue de 90 minutos (50-170). Durante la miotomía se provocó perforación puntiforme de la mucosa esofágica en dos pacientes, en uno de ellos el abordaje laparoscópico fue convertido a cirugía abierta y suturada la mucosa, en el otro paciente la reparación se hizo por el mismo procedimiento laparoscópico, en ambos se hizo fundoplastia anterior y evolucionaron sin complicaciones. En todos los casos se inició la vía oral con líquidos a las 24 hrs. de la operación, la estancia hospitalaria promedio fue de 2.2 días. Un enfermo presentó durante el postoperatorio inmediato, derrame pleural izquierdo de poca magnitud, que se resolvió espontáneamente. No hubo mortalidad. El alivio de la disfagia fue efectivo en todos los pacientes. Durante el seguimiento y hasta la actualidad este alivio persiste, siendo excelente en el 90% y bueno en el 10%. La mayoría de los pacientes tienen grados variables de modificaciones del calibre esofágico y la unión gastroesofágica, a excepción de los portadores de megaesófago. **Conclusión:** El tratamiento quirúrgico de la acalasia mediante laparoscopia es un método seguro y eficaz en el alivio de la obstrucción funcional del esófago distal con las ventajas implícitas de la

invasión mínima. La vigilancia a corto y mediano plazo demuestran que los resultados son buenos a excelentes, habrá que esperar a tener un número mayor de pacientes y un tiempo de evolución más prolongado para evaluar los resultados a largo plazo.

022 TL 231

CARDIOMIOTOMÍA VS CARDIOMIOTOMÍA CON FUNDuplicATURA EN EL TRATAMIENTO DE ACALASIA. EXPERIENCIA DEL HECMNR

Fenig RJ, Delgadillo TG, Velázquez GA, Cervantes CJ, González RF, Galindo ML, Hernández VC, Silva MZ Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza. Servicio de Cirugía General.

Objetivo: Presentar un estudio comparativo de los resultados en pacientes con acalasia sometidos a intervención quirúrgica, en los que se realizó cardiomiectomía tipo Heller en comparación con cardiomiectomía y hemifunduplicatura. **Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, comparativo en el servicio de cirugía general de los pacientes intervenidos quirúrgicamente con diagnóstico de acalasia, recabando del expediente, edad, sexo, sintomatología, manometría, endoscopia y SEG-D preoperatorio y controles posquirúrgicos. **Resultados:** Se realizó el estudio de enero de 1998 a diciembre del 2001, se captaron 32 pacientes con diagnóstico de acalasia, 20 mujeres y 12 hombres con una edad promedio de 34 años. En 22 pacientes se realizó cardiomiectomía tipo Heller modificada y hemifunduplicatura para el grupo I, y tan sólo 10 pacientes cardiomiectomía tipo Heller modificada para el grupo II. Encontrándose como síntomas posquirúrgicos más frecuentes disfagia, reflujo, dolor retroesternal en el segundo grupo en un mayor porcentaje. La mortalidad fue nula. **Conclusiones:** Para el tratamiento la acalasia hay una gran variedad de opciones terapéuticas, por años se ha considerado la cardiomiectomía como el estándar de oro para este padecimiento, sin embargo, se ha observado que los principales síntomas en el postoperatorio son datos de reflujo gastroesofágico, en el CMNR se ha practicado cardiomiectomía tipo Heller modificada con hemifunduplicatura con excelentes resultados evitando el reflujo gastroesofágico.

023 TL 078

VAGOTOMÍAS POR VÍA LAPAROSCÓPICA. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL "1 DE OCTUBRE" ISSSTE

Reyes IL, Tort MA, Torices EE, Domínguez CL, Méndez VM, Reyes IM.

Introducción: El manejo quirúrgico del sangrado de tubo digestivo alto, es factible resolverlo por vía laparoscópica. **Método:** Estudio retrospectivo, de noviembre de 1992 a junio del 2002, se revisaron los expedientes de pacientes sometidos a vagotomía por vía laparoscópica, para el manejo del sangrado de tubo digestivo alto tanto en forma electiva como de urgencia en el servicio de Cirugía General del Hospital Regional "1 de Octubre" ISSSTE de la Ciudad de México, D.F. **Resultados:** Se realizaron 35 procedimientos quirúrgicos por vía laparoscópica para el tratamiento del sangrado de tubo digestivo alto: 20 pacientes del sexo masculino y 15 del femenino, edades entre 17 y 92 años con promedio de 55 años. Todos los pacientes presentaron hemorragia de tubo digestivo alto a su ingreso a urgencias

adultos. Por endoscopia a 31 pacientes se les diagnosticó úlcera duodenal, 3 pacientes úlcera en antro gástrico, y dos pacientes no tenían endoscopia previo al evento quirúrgico. Dieciocho pacientes presentaron por lo menos dos eventos de sangrado de tubo digestivo alto, previos al tratamiento quirúrgico. (33 cirugía electiva y 2 de urgencia). A 32 pacientes se les realizó vagotomía troncular con piloroplastía Mickulicz, y 2 vagotomía supraselectiva. Se convirtió a cirugía abierta en un paciente que presentó múltiples adherencias (2.8%). No hubo complicaciones ni mortalidad perieoperatorias, el tiempo quirúrgico promedio fue de 80 min, y los días de estancia intrahospitalaria fue en promedio de 4 días. **Conclusiones:** La vagotomía con o sin piloroplastía por vía laparoscópica es un procedimiento seguro y eficaz para el manejo quirúrgico del sangrado de tubo digestivo alto.

024 TL 113

MIOTOMÍA DE HELLER POR LAPAROSCOPIA. EXPERIENCIA EN EL INCMNSZ

Tello RE.

Objetivo: Evaluar nuestros resultados en el tratamiento de la acalasia mediante esofagocardiomiectomía y hemifunduplicatura posterior por vía laparoscópica. **Pacientes y métodos:** Entre sep/1995 y abril/2002, 20 pacientes con acalasia clásica fueron intervenidos en el Instituto. Se evaluaron antes y después de la intervención: sus características clínicas, radiológicas y fisiológicas, asimismo se analizó la morbilidad del procedimiento. **Resultados:** En todos los pacientes se completó el procedimiento por laparoscopia. Los resultados se resumen en el siguiente cuadro:

Tiempo quirúrgico, min.*	180 (80-340)
Complicaciones transoperatorias, n	
Perforación esofágica	2
Neumotórax	2
Complicaciones postoperatorias, n	
Neumonía	2
Inicio de la vía oral, días*	3 (1-7)
Estancia postop, días*	4 (2-14)
Seguimiento, meses*	9 (1-68)
Disminución promedio del diámetro esofágico, cm	1.65
Síntomas en el último seguimiento, n	
Asintomáticos	17
Disfagia leve intermitente	3
Pirosis leve	1
Epigastralgia	1
*Mediana (rango)	

Conclusiones: La esofagocardiomiectomía con hemifunduplicatura posterior por laparoscopia es una alternativa segura y altamente eficiente para los pacientes con acalasia.

025 TL 096

REDUCCIÓN DEL TIEMPO DE CIERRE DE LAS FÍSTULAS ENTEROCUTÁNEAS POSTQUIRÚRGICAS CON EL USO DE SELLO DE FIBRINA

Acevedo NE, Avalos GJ, Orozco MA, Fuentes OC, López GR, Merino RD, Balderas PLMA, Segura CJL, Saldaña CJA, Anaya PR, González OA

Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica y Depto. de Cirugía General. Hospital de Especialidades. CMNO. Guadalajara, Jalisco. CONACYT SiMorelos 2000-03-02-003.

Objetivo: Informar los resultados del uso de tapones a base de adhesivos biológicos en un intento de acelerar el tiempo de cierre de fístulas enterocutáneas (FEC). **Material y métodos:** Cohorte prospectiva de intervención terapéutica contrastada con pacientes con EC de acuerdo al sitio anatómico y con un gasto moderado o bajo gasto (menos de 500 ml/día) sin complicaciones como sepsis, enfermedad residual, obstrucción intestinal o radioenteritis y con un trayecto mínimo de 1 cm. Se les aplicó fibrinógeno de extracción humana a concentración de 100 mg/ml activado con trombina humana 1000UI/ml en cantidades variables de acuerdo a la longitud del trayecto fistuloso. Las variables de respuesta fueron tiempo del cierre (Gasto cero) y tiempo necesario para reinstalar la vía oral con alimentos como los más importantes. **Resultados:** Grupo de estudio 18 pacientes con 22 FE y grupo de contraste 30 sujetos con 31 FE. El tiempo de cierre con aplicación del sello en fístulas esofágicas, gástrica yeyunoileales y sigmoideas fue de 8 días *versus* 22 días ($p < 0.05$) y el tiempo para reinstalar la vía oral fue de 11 días *versus* 28 días ($p < 0.05$). El cierre final se logró en el 94.5% de los casos *versus* 96.7% del grupo de contraste, hubo una mortalidad en cada grupo pero la morbilidad derivada del uso del apoyo nutricional fue de 5.5% *versus* 46.6% en el grupo de contraste ($p < 0.05$). **Conclusiones:** El tiempo de cierre de las FE se acelera significativamente con el uso del tapón biológico, también se reduce el tiempo de reinicio de la vía oral con alimentos. Las complicaciones derivadas del apoyo nutricional también se reducen por disminuir el tiempo necesario para nutrir a estos pacientes. Estos resultados sugieren utilizar el agente sellador en pacientes con FE estables.

026 TL 243

PREVENCIÓN DE ADHERENCIAS POSQUIRÚRGICAS CON ESTREPTOCINASA

Elizondo HJL, López GJ, Jáuregui SAJ, Poblano MM, Yáñez LJ, Pérez GR
División de Cirugía y Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Juárez de México, SS. México, Distrito Federal.

Antecedentes: Una de las complicaciones más observadas a largo plazo es el desarrollo de adherencias posquirúrgicas. En la actualidad se han desarrollado diferentes líneas de investigación para prevenir o evitar la formación de adherencias como es el uso de fibrinolíticos, enzimas digestivas, solución hipertónica, etc. Un tratamiento controversial en la actualidad es el uso de estreptocinasa, ya que hasta el momento no ha demostrado resultados contundentes en diferentes modelos de experimentación. **Objetivo:** Determinar la eficacia de estreptocinasa en la prevención de adherencias posquirúrgicas en un modelo experimental en ratas. **Material y métodos:** Estudio prospectivo, experimental, comparativo, de corte transversal. Se estudiaron 20 ratas, a las que se les practicó una técnica estandarizada por formación de adherencias. Se dividieron en 2 grupos. Grupo A: posterior a exposición, se instiló 5 ml de solución inyectable. Grupo B: posterior a exposición se instiló 20,000 UI de estreptocinasa/kg, a completar 5 ml de solución. A los 15 días posquirúrgicos se realizaron autopsias cuantificando los resultados por número de adherencias, escala de adherencias y órganos afec-

tados. **Resultados:** El número de adherencias en el grupo en estudio (M2.2) comparado con el grupo control (M9.3) presentó una disminución estadísticamente significativa (0.02). Dentro del grado de adherencias la totalidad de las presentadas en el grupo con estreptocinasa fueron del tipo I, mientras en el grupo control se presentó una distribución heterogénea con predominancia de tipo II (M7.3). Las adherencias interasa fueron las que se presentaron con mayor frecuencia en ambos grupos. La distribución de órganos afectados es extensa en el grupo control, mientras el grupo en estudio se limitó a la zona de despulimiento del peritoneo visceral. **Conclusión:** La estreptocinasa es eficaz en la prevención de adherencias posquirúrgicas.

027 TL 149

APLICACIÓN DE SELLANTES DE FIBRINA PARA DISMINUIR LAS ADHERENCIAS SOBRE MALLAS INTRAPERITONEALES. MODELO EXPERIMENTAL EN RATAS

Alvarez CO, Martínez MA
Hospital ABC de México.

Antecedentes: Las hernioplastias con malla son altamente efectivas. Pero no siempre es posible evitar el contacto con los intestinos, esto produce adherencias que pueden ocasionar oclusión/fístulas, las mallas actuales no lo evitan por completo, inclusive el ePTFE. Sólo las barreras bioabsorbibles, los agentes fibrinolíticos de plasmina (rTPA) y recientemente los sellantes de fibrina (Quixil®) han disminuido la formación de adherencias peritoneales. Las mallas son más adherenciogénicas en función del porcentaje de polipropileno que contengan. **Objetivo:** Disminuir la formación de adherencias peritoneales sobre mallas con distintos porcentajes de polipropileno con la aplicación de fibrina. Hipótesis. La fibrina disminuye las adherencias por que actúa como una barrera, además durante su degradación se incrementa localmente la concentración de plasmina. **Material y método:** Estudio prospectivo, aleatorio con 40 ratas Wistar de 500 g en 2 grupos (experimental y control), con 4 parches de malla intraperitoneal (DualMesh[®], Vypro[®], Prolene Soft[®] y Prolene[®]), al grupo estudio se aplicó a cada una 0.5 cc de Quixil[®], 2 semanas después se les realizó laparoscopia para documentar las adherencias. Se analizó con la U de Mann-Whitney para comparar los porcentajes de malla adherida, se consideró significativa una $p < 0.01$. **Resultados:** Las adherencias para Prolene[®] fueron 81, 67% vs 23.33% ($p 0.000$), Prolene Soft[®] 55% vs 21.67% ($p 0.004$), Vypro[®] 33.33% vs 5% ($p 0.007$) y DualMesh[®] 23.33% vs 1.67% ($p 0.009$). El porcentaje general fue 52.5% sin fibrina vs 12.5% con fibrina. **Conclusiones:** La aplicación de fibrina en mallas intraperitoneales disminuye significativamente las adherencias peritoneales, inclusive con mallas de polipropileno.

028 TL 009

ABORDAJE LAPAROSCÓPICO TRANS-ABDOMINAL PRE-PERITONEAL (TAPP) PARA COLOCACIÓN DE MALLAS DE POLIPROPILENO EN PARED ABDOMINAL, MODELO EXPERIMENTAL PORCINO EXTRAPOLABLE A HERNIAS INCISIONALES

Díaz-Pizarro GJI, Mucio MP, Cárdenas LLE, Ramírez SME, Palacios RJA, Parraquirre MS
Departamentos de Cirugía Endoscópica, Cirugía Experimental, Cirugía General y Patología del Hospital General «Dr. Manuel Gea González» SS.

Objetivos: Evaluar la factibilidad de la colocación laparoscópica trans-abdominal pre-peritoneal de una malla de polipropileno para hernias incisionales y si esto disminuye las complicaciones relacionadas a su colocación intraperitoneal. **Material y métodos:** Estudio comparativo, ciego, experimental, prospectivo y longitudinal, dos grupos de 11 cerdos, para colocación por laparoscopia de malla intraperitoneal (A) y pre-peritoneal (B) laparoscopia diagnóstica y resección en bloque de tejido a los 28 días para análisis histopatológico. Comparando: peso de los cerdos, tiempo quirúrgico de cada técnica, presencia y grado de adherencias, presencia de fístulas, complicaciones y reacción histopatológica del tejido. **Resultados:** Once cerdos por grupo. Peso, A: 26.52 (+1.673) kg y B: 27.03 (+1.669) kg ($p = 0.4833$) tiempo quirúrgico, A: 35.73 (+4.22) minutos y B: 58.09 (+6.28) minutos ($p = 2.2279 \times 10^{-9}$), siendo posible colocar la malla en todos los cerdos. Adherencias, A: 81.81% y B: 27.27% ($p = 0.032$) siendo grado III en A y grado II en B ($p = 0.001$). Adherencias interasa, A: 81.81% y B: 9.09% ($p = 0.003$). Ausencia de fístulas en ambos grupos. Complicaciones, A: reacción inflamatoria en la serosa de ileon en un cerdo y de colon en otro. B: absceso adyacente a malla ($p = 1.0$). El tejido de A mostró fibrosis en peritoneo y en serosa de órganos afectados. El de B mostró mayor fibrosis preperitoneal ($p < 0.05$), sin afectación de peritoneo u órganos abdominales. **Conclusiones:** La técnica pre-peritoneal, requiere mayor tiempo quirúrgico, pero tiene menor incidencia de adherencias y menor respuesta inflamatoria intra-abdominal, es factible de realizar y disminuye riesgos en el tratamiento laparoscópico de hernias incisionales.

029 TL 021

COMPORTAMIENTO INTRAPERITONEAL DE LAS PRÓTESIS DE DUAL MESH Y SEPRAMESH EN LA RATOMENTECTOMIZADA

Vázquez-Mellado DA, Zolliker SA
Universidad del Valle de México Campus Querétaro. Departamento de Ciencias de la Salud. Laboratorio de Cirugía Experimental./Clínica de Hernias Querétaro A.C.

Antecedentes: Las prótesis de Dual Mesh (DM), (Goretex), y Sepramesh (SM), (Genzyme) han sido diseñadas para la reparación abierta o laparoscópica de las hernias ventrales. Ambas tienen dos superficies, una adherente orientada hacia la pared abdominal y una no adherente, orientada hacia la cavidad peritoneal. La prótesis DM está fabricada con dos tipos diferentes de politetrafluoroetileno y la de SM está hecha de polipropileno con una capa hidrosoluble de hialuronato de sodio y carboximetilcelulosa (HS/CMC). La finalidad con que ambos materiales se diseñaron es para lograr una adecuada integración a la pared abdominal sin provocar complicaciones intraperitoneales. **Objetivo:** Evaluar la capacidad de formar adherencias intestinales de 2 materiales protésicos: Dual Mesh y Sepramesh en un modelo experimental de reparación de hernia ventral/omentectomía en ratas. **Material y método:** 60 ratas Wistar adultas, divididas en 3 grupos. Anestesia con pentobarbital, laparotomía media, omentectomía y resección de un defecto muscular de 2 x 3 cm. Cada defecto se reparó de acuerdo al grupo de estudio. Grupo DM: 20 ratas con prótesis de Dual Mesh. Grupo SF: 20 ratas con Sepramesh. Grupo P: 20 ratas con polipropileno simple. 4 semanas de PO y necropsia, y se clasifican las adherencias por grados (Grado I: se separan

con la sola fuerza de gravedad. II: separación mediante tracción mínima sin daño. III: separación con tracción firme, con despulimiento seroso. IV: separación sólo mediante corte, con daño al espesor total del asa involucrada). Se incluye estudio histopatológico. **Resultados:** De las ratas del grupo DM, hubo desarrollo de adherencias en el 10% de las ratas operadas, involucrando asas de intestino delgado y todas fueron del tipo II (fácilmente desprendibles mediante tracción mínima sin daño al asa involucrada). El grupo SM mostró adherencias en el 20% de los casos, siendo todas las adherencias tipo II. El grupo P mostró adherencias tipo III-IV en el 90% de los casos. No hubo morbimortalidad asociada a los materiales empleados en ninguno de los animales utilizados. Histológicamente se observó el desarrollo de una capa mesotelial conteniendo inflamación moderada y la presencia de fibroblastos en los grupos DM y SM. El grupo de polipropileno simple mostró una reacción inflamatoria profusa con abundantes polimorfonucleares y reacción a cuerpo extraño. (se anexan microfotografías representativas). **Discusión y conclusiones:** Las prótesis de DM y SM aunque de muy distinta fabricación no muestran diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la capacidad adherencial intraperitoneal. Pueden ser recomendables en aquellos casos donde las asas intestinales no puedan ser aisladas de la malla mediante un buen parche epiploico.

030 TL 264

PORCENTAJE DE REMISIÓN EN PACIENTES CON PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA SOMETIDOS A ESPLENECTOMÍA

Solorio AJ, Guzmán MI, Mayret MM, González RV, Colín NM, González DS, López LA, Palomeque LA
Hospital General de México.

Antecedentes: La esplenectomía es el tratamiento definitivo en pacientes con púrpura trombocitopénica idiopática (PTI); que no remiten al tratamiento esteroideo. **Objetivo:** Realizar recuento plaquetario hasta seis meses de seguimiento en pacientes con PTI sometidos a esplenectomía; establecer y comparar el porcentaje de remisión. **Material y método:** Se revisaron expedientes de enero de 1991 a diciembre del 2001 de pacientes con PTI sometidos a esplenectomía, que tuvieran una cuenta plaquetaria preoperatoria menor a 150 000/dl; y con falla a tratamiento con esteroides; dando un total de 150 pacientes. La remisión se estableció en base a los criterios de Difino en: Remisión completa; remisión parcial, remisión parcial temporal y sin remisión. **Resultados:** 105 pacientes mostraron una remisión completa con recuento mayor a 150 000/dl; 23 pacientes tuvieron una remisión parcial con recuento de 50 000 a 150 000/dl; 3 pacientes mostraron una remisión parcial temporal con recuentos de 50 000 a 150 000, pero con reducciones durante ese periodo menores a 50 000 y que requirieron inmunosupresión; en 18 pacientes no hubo remisión con recuentos inferiores a 50 000; 1 paciente murió en el postoperatorio, el cual fue intervenido por urgencia con recuento preoperatorio de 1000 plaquetas. **Conclusión:** La esplenectomía es de baja mortalidad y morbilidad; es el segundo tratamiento de elección para pacientes con PTI que no remiten al tratamiento con esteroides. Los resultados en cuanto a remisión son similares a los publicados a nivel internacional; con un 70% en nuestra sede contra un 59% hasta 88% en otras sedes hospitalarias.

031 TL 255

TÉCNICA DE NYHUS, PRIMERA OPCIÓN EN HERNIAS RECIDIVANTES

Torres VFR, López RF

Depto. Cirugía General Hospital Civil de Cd. Madero. Servicios de Salud de Tamaulipas. Cd. Madero, Tamaulipas.

El manejo de la hernia recidivante es todo un reto al conocimiento anatómico y dominio de la técnica quirúrgica. En una zona difícil *per se* con gran modificación y presencia de tejido fibroso se vuelve inexpugnable por lo que el conocimiento de vías alternas se vuelve una posibilidad más para el harto difícil manejo de estos problemas. **Objetivo:** Comparar las 2 vías de abordaje disponibles, con las técnicas más exitosas al momento, para tratar de lograr los mejores resultados y así disminuir el número de recidivas y la consecuente incapacidad de este numeroso grupo de pacientes. Reconocer ventajas y desventajas de ambos abordajes. **Material y métodos:** Estudio prospectivo, longitudinal, al azar, realizado de enero de 1990 a diciembre 2001. Incluyó a todos los pacientes con Dx de hernia inguinal recidivante, no importando el número de recidiva. Se ubicaron en 2 grupos, Grupo I, abordaje anterior. (Shouldice y Plugstein). Grupo II, abordaje posterior (Nyhus). El protocolo incluyó edad, sexo, No. de Qx efectuadas, tipo de hernia, técnica usada, tiempo de incapacidad, días de estancia hospitalaria, estado nutricional y complicaciones. **Resultados:** En total se estudiaron 70 pacientes. La edad osciló de 23 y hasta 84 años. 64 hombres, 6 mujeres. 45% segunda recidiva. 30% tercera recidiva. 50 p con hernia directa. 20p con hernia indirecta. Técnica previa, Mcvay para las directas y Bassini para las indirectas. Tiempo de incapacidad PO promedio 28 días. Estancia hospitalaria 2 días. 70% con desnutrición leve a moderada. Técnica actual, Shouldice 17p, Plugstein 18p (Abordaje anterior), 8 recidivas 3 Shouldice y 5 Plugstein. Nyhus 35p, recidivas, Op. Complicaciones menores 6p abordaje anterior (Seroma y hematoma). Nyhus ninguna. **Conclusiones:** No cabe duda que el arte de la plastia inguinal se multiplica con las recidivas, resulta pues todo un reto para el conocimiento profundo de la anatomía así como para el dominio de la técnica Qx por lo que se vuelve sobresaliente la condición de utilizar tejidos no manipulados, libres de fibrosis, que conserven relaciones y morfología, así como que estén libres de vasos de neoformación. Quizá por todo esto la técnica Nyhus ofreció los mejores resultados ya que el acceso es virgen y no ofrece variaciones ni defectos.

032 TL 012

PLASTIA INGUINAL DE SHOULDICE VERSUS PLASTIA CON PHS

Moreno GJS, González AMA, Díaz de León F, Cardoso CM, Pedro Salgado CP, Vidal IM

Departamento de Cirugía General, Hospital Gonzalo Castañeda, CMN 20 de Noviembre, ISSSTE. México D.F.

Objetivo: Comparar los resultados, así como la morbilidad para cada una de dichas plastias. **Sede:** Hospital de segundo nivel de atención. **Diseño:** Estudio clínico, prospectivo y comparativo, realizado en el periodo del 1 octubre 2000 al 30 septiembre 2001.

Análisis estadístico: Medidas de tendencia central. **Material y métodos:** Se estudiaron 56 pacientes a los cuales se les realizó plastia inguinal. Se realizaron 33 plastias de

Shouldice en 32 pacientes y 25 plastías con Prolene Hernia System en 24 pacientes. **Resultados:** El estudio incluyó a 44 pacientes del sexo masculino y 12 del sexo femenino, entre 16 y 88 años. Se identificaron diversos antecedentes de importancia: DM II 4% (2), HAS 30% (17) u otra patología concomitante en el 36% (20). En cuanto a los síntomas preoperatorios el 80% (45) de los pacientes presentó dolor y el 96% (54) masa palpable en región inguinal. El tiempo de evolución fue menor de 1 año en el 43%, entre 1 y 5 años en el 41% y más de 5 años en el 16%. Se operaron 51 hernias primarias y 7 recidivantes. La localización fue unilateral en 91% y bilateral en 9%, sólo se realizaron 2 plastías bilaterales. Se realizaron 54 cirugías programadas y 4 de urgencia, en la mayoría de los casos se utilizó anestesia regional, en un menor número de pacientes anestesia local y sólo en un caso anestesia general. El 71% de las hernias fueron indirectas, el 24% directas, 3% en pantalón y 2% femorales, se realizó resección del saco en el 19% y únicamente disección e invaginación en el 81%. El tiempo de hospitalización fue menor de 24 hrs en 9%, 24 hrs en 63%, 48 hrs en el 18%, 72 hrs en 5% y mayor de 72 hrs en 5%. Se realizó una escala subjetiva de dolor a todos los pacientes teniendo como mínimo el 1 y como máximo el 10, en el grupo de pacientes operados con técnica de Shouldice la mayoría se ubicó en un rango de 6, con un mínimo de 2 y un máximo de 8. En el grupo de PHS la mayoría refirió un rango de 3, con un mínimo de 1 y un máximo de 5. En cuanto a complicaciones tempranas se presentó edema testicular a las 24 hrs en 2 pacientes operados de Shouldice y 1 paciente con PHS. Durante los primeros 8 días de postoperatorio, 1 paciente de cada grupo persistió con edema testicular leve en el grupo de PHS, se presentaron: 1 hematoma y 2 seromas con dehiscencia de herida quirúrgica en 1 caso. En cuanto a complicaciones tardías sólo se presentó un caso de neuralgia en un paciente del grupo de Shouldice. Se dio seguimiento mínimo de un año a todos los pacientes sin presentar recidivas en ninguno de los dos grupos. **Conclusión:** Se comparan las plastías con mejores resultados de los grupos con y sin tensión. En cuanto a las complicaciones tempranas el reporte es similar. Durante los primeros 8 días se presentó un mayor número de complicaciones en el grupo de PHS, atribuibles a la presencia de un cuerpo extraño, sin embargo dichas complicaciones se resolvieron sin secuelas en todos los casos. Es notorio que aun cuando se realizó una escala subjetiva del dolor, éste fue mucho menor en el grupo de PHS y dicho resultado se asocia a una integración más pronta a las actividades.

033 TL 061

HERNIOPLASTIA INGUINAL LIBRE DE TENSION (MESH-PLUG) RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO A 5 AÑOS

Cisneros MHA, Mayagoitia GJC, Suárez FD
Centro Especializado en el Tratamiento de Hernias.

Antecedentes: La técnica Mesh Plug se ha posicionado junto con la de Lichtenstein en el estándar de oro frente a otras plastías inguinales libres de tensión, por su sencillez y bajo índice de recurrencias. **Objetivo:** Presentar resultados del seguimiento de la hernioplastia inguinal libre de tensión (Mesh Plug). **Diseño:** Estudio prospectivo, longitudinal, observacional y descriptivo en procedimientos secuenciales de hernioplastia inguinal con técnica de Mesh Plug, último corte de variables a 68 meses. **Método:** Se usó en la mayoría de los casos BPD y en algunos anestesia local. Se ma-

nejaron como cirugía ambulatoria (97%). Empleamos la nomenclatura de Gilbert para clasificar el tipo de hernias. Acorde al defecto herniario se confeccionó manualmente el Plug y Onlay Patch con malla de polipropileno con la técnica de Gilbert. **Resultados:** Operamos 748 hernias inguinales en 719 pacientes entre 16 y 90 años, relación hombre-mujer 5:1, primarias 695, recurrentes 53, (7%). Evolución con la hernia el 76% menos de 5 años y el 24% más de 5 años. Hernias derechas: 510, izquierdas 180, bilaterales 29. Los tipos II, III y IV de Gilbert constituyeron la mayoría de los defectos. El tiempo quirúrgico promedio: 35 minutos. Se efectuaron simultáneamente 7 hidrocolectomías y 3 circuncisiones. Complicaciones. Hematoma en 6 casos, edema de cordón en 8, seroma en 17 (2.2%), infección superficial en 6 (0.8%) resueltos en forma conservadora. Migración del Plug 1 caso (no fijado), infección profunda de la malla y reacción granulomatosa en 3 casos ameritando retiro del Plug. Secuelas observadas a largo plazo (más de 5 años) induración en sitio quirúrgico 40 casos (5.3%), disestesia cutánea 12, (1.6%), algún grado de inguinodinia crónica (no incapacitante) 44 casos (5.8%), recurrencias 3, (0.4%). Retorno a sus actividades cotidianas 3 días, y a laborar 14 días promedio. **Conclusiones:** El estudio muestra que esta técnica tiene pocas complicaciones, rápida recuperación y bajo índice de recurrencias, es reproducible, sencilla, segura y de bajo costo.

034 TL 032

HERNIOPLASTIA INGUINAL LIBRE DE TENSION

Lambertínez GA, 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.

Objetivo: Presentar y analizar resultados preliminares obtenidos con una técnica de hernioplastia libre de tensión (Gilbert) en un hospital de segundo nivel de atención. **Material y métodos:** Es un estudio prospectivo, transversal, descriptivo, en 258 pacientes consecutivos con hernia inguinal utilizando técnica de Gilbert con malla de polipropileno de junio del 2000 a mayo del 2002. Se clasificaron según la nomenclatura de Gilbert y Rutkow. Confeccionamos manualmente el cono y el piso con malla de polipropileno fijándose ambos con puntos cardinales con Nylon 3-0. **Resultados:** Se operaron 281 hernias inguinales en 258 pacientes con un rango de edad de 15 a 94 años, 220 hombres (85%), 38 mujeres (15%), hernias primarias 236 (91.5%), recidivantes 22 (8.5%), hernias derechas 142 (55%), izquierdas 93 (36%), bilaterales 23 (9%), indirectas 160 (I = 5, II = 74, III = 81), directas 108 (IV = 95, V = 13), mixtas (VI = 8), crurales (VII = 5). Complicaciones: Dolor postoperatorio 2 (0.7%), parestesias 8 (2.8%), hematoma 6 (2.1%), seroma 1 (0.3%), edema de cordón 3 (1.06%), granuloma 1 (0.3%), infección 2 (0.7%), recidiva 0. Dolor, parestesias y edema se resolvieron al 100% con el uso de antiinflamatorios, la infección se resolvió con antibióticos y antiinflamatorios en las 6 semanas posteriores a la cirugía, el seroma y 1 hematoma requirieron drenaje quirúrgico, el granuloma se resolvió con medidas locales. **Conclusiones:** En este estudio preliminar no hay recurrencias y las complicaciones presentadas fueron mínimas y de rápida resolución, por lo que consideramos que es la técnica de elección en todos los tipos de hernias inguinales.

035 TL 038

PLASTIA INGUINAL. RESULTADOS DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y EVOLUCIÓN CON COLOCACIÓN DE MATERIAL PROTÉSICO

Segura I, Cruz C, Torres G, Hernández L, Fernández E, Ruíz M

Hospital Mocol. Ciudad de México Grupo Angeles.

La plastia inguinal libre de tensión con malla constituye una alternativa importante en el tratamiento de las hernias inguinales aunque su empleo es aún sujeto de algunas controversias. **Objetivo:** Conocer el resultado, complicaciones y recidiva de la plastia inguinal libre de tensión con malla. **Pacientes y métodos:** Estudio prospectivo que incluyó a pacientes que con el diagnóstico de hernia inguinal fueron atendidos en las instituciones participantes en el período comprendido entre el 1 de enero de 1999 y el 30 de abril del 2002, las variables de interés fueron sexo, edad, tipo de hernia, evolución, presencia de complicaciones, estancia hospitalaria, incapacidad laboral. Se empleó estadística descriptiva, se consideró como significancia a $p < 0.05$. **Resultados:** Durante el presente estudio se incluyó a 76 pacientes de los cuales el 74% (56 pacientes) pertenecían al sexo masculino y el 26% (20 pacientes) pertenecían al sexo femenino, la edad promedio fue de 48 años (16-88). La localización fue en el lado derecho en el 62% (47pac) en el lado izquierdo en el 30% (23pac), y bilateral en el 8% (6pac), de acuerdo a la clasificación de Gilbert el 15% eran tipo I, el 35% del tipo II, el 20% del tipo III, el 12% del tipo IV, el 4% del tipo V, el 2% del tipo VI y el 12% del tipo VII. En la totalidad de los pacientes se efectuó plastia tipo Lichtenstein, con un tiempo operatorio promedio de 44 minutos, se registró algún tipo de complicación en 6 pacientes que representan el 7.89%, dichas complicaciones fueron seroma en 3 pacientes, infección en 2 pacientes y rechazo en 1 paciente. No se registraron recidivas y el tiempo de reintegración a la actividad laboral fue de 12 días (10-21). **Conclusión:** La plastia inguinal libre de tensión mediante la aplicación de material protésico es un método seguro, libre de recidivas y una excelente alternativa para el manejo de este padecimiento.

036 TL 181

PLASTIA CON CONO DE MALLA

Pulido J, Vázquez D, Herrera M

Hospital Metropolitano "Dr Bernardo Sepúlveda".

Considerando que la plastia inguinal está dentro de los cuatro procedimientos quirúrgicos más frecuentes, en esta institución se considera que el 3-5% de la población sufre de este padecimiento, lo que equivale en México entre 150 000 a 200 000 casos nuevos. Revisamos la experiencia en el empleo de una prótesis de polipropileno en el tratamiento de la hernia inguinal comparada con los métodos convencionales en cuanto a costo y tiempo. Se efectuó un estudio retrospectivo, longitudinal y observacional, el cual fue iniciado en diciembre del 99 al diciembre del 2000, evaluándose un total de 83 pacientes con diagnóstico de hernia inguinal tanto primaria como recidivante, de los cuales en 30 se utilizó cono de malla y el resto tratándose por el método convencional evaluándose tiempo quirúrgico, edad, sexo, estancia intrahospitalaria y complicaciones. Los resultados fueron: distribución por sexo para el método convencional-masculino 86.7% (46), femenino 13.2% (7) para el uso de

cono de malla masculino 93.3% (28) y femenino 6.66% (2). En cuanto al tiempo quirúrgico con el método convencional el 60% concluyó a los 90 minutos y con el cono de malla el 100% concluyó a los 70 minutos. En cuanto a la estancia hospitalaria con el cono de malla a las 9 hrs. se egresaron el 100% y con el método convencional el 73% se egresaron a las 9 hrs. y el resto a las 24 hrs. Las complicaciones que se encontraron fueron 54 en el método convencional: una reacción a cuerpo extraño, dos heridas quirúrgicas infectadas y un edema testicular. Con el cono de malla se presentó un rechazo de malla y un hematoma. **Conclusiones:** Con el uso de cono de malla disminuye el tiempo quirúrgico y las complicaciones.

037 TL 111

PROCEDIMIENTO DE SUGIURA ABDOMINAL EN HIPERTENSIÓN PORTAL

Delgadillo TG, Fenig RJ, Cervantes CJ, Campos CF, Velázquez GA, González RF, Arroyo LH, Bevia PF

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza. Departamento de Cirugía General.

Objetivo: Presentar los resultados del procedimiento de Sugiura abdominal en pacientes con hipertensión portal. **Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, observacional y abierto de enero de 1997 a diciembre del 2001 en el Servicio de Cirugía General de HE CMNR. **Resultados:** Se estudiaron un total de 16 pacientes con procedimiento de Sugiura abdominal por hipertensión portal y várices esofágicas, de éstos, 13 (81.25%) fueron mujeres y 3 hombres (18.75%). La edad media de presentación fue de 43.1 años con un rango entre 18 y 70 años. La media de estancia hospitalaria fue de 9.5 días. La causa de hipertensión portal se atribuyó en la mayoría de los casos a cirrosis criptogénica en 7 casos (43%), seguida por la postnecrótica por hepatitis C en 4 casos (25%) y con menor frecuencia la cavernomatosis de la vena porta en 2 casos (12.5%) y cirrosis alcohólica en 2 casos (12.5%), y 1 paciente con cirrosis biliar primaria (6.25%). Con respecto a la clasificación de Child 8 pacientes estadio A, 7 pacientes B y 1 para el estadio C. La presencia de várices esofágicas se valoró de acuerdo a la escala de Dagradi, con várices G IV en 6 pacientes, G III en 5 pacientes, grado II en 3 y grado V en 2 pacientes. La morbilidad se presentó en 7 pacientes y la mortalidad en un paciente por recidiva del sangrado. **Conclusiones:** El procedimiento de Sugiura modificado en un solo tiempo abdominal es una buena opción de tratamiento quirúrgico en pacientes con hipertensión portal y várices esofágicas, evitando así el tiempo torácico con menor morbimortalidad que lo descrito en la literatura y con resultados muy similares a lo reportado.

038 TL 119

RESULTADOS DE LA MODIFICACIÓN DEL TIEMPO TORÁCICO DE SUGIURA COMO TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HIPERTENSIÓN PORTAL

Mercado MA, Orozco H, Chan C, Hinojosa CA, Salgado-Nesme N, Cisneros AR

Servicio de Cirugía, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La devascularización esofagogastrica extensa (operación de Sugiura-Futagawa y desconexión

portoacigos) son una opción excelente para los pacientes de bajo riesgo (Child-Pugh A-B) en los cuales no es posible realizar una derivación portosistémica selectiva, obteniendo una baja recurrencia de hemorragia postoperatoria con adecuada calidad de vida. La transección esofágica es parte importante de estos procedimientos, ya que oblitera las várices submucosas del tercio inferior del esófago, logrando la desconexión portoacigos. Se presentan los resultados a largo plazo de una variante de la transección que oblitera los plexos submucosos sin abrir la mucosa. **Métodos:** Entre enero de 1990 a junio del 2002 se operaron 88 pacientes de bajo riesgo (79 Child Pugh A y 9 Child Pugh B) con dos tiempos (176 operaciones) para realizar la operación de Sugiura-Futagawa y devascularización portoacigos completa. Se revisaron los expedientes de estos pacientes, para identificar recurrencia de hemorragia, presencia de fístula y/o dehiscencia, así como otras complicaciones. **Resultados:** Se realizaron 88 transecciones modificadas. La mortalidad operatoria fue de 1.2% y la frecuencia de dehiscencia de 1.2%. Un caso de fístula controlada que cedió con ayuno. Recurrencia de hemorragia 11.3%. Estenosis que requirió dilatación en 4 casos. En los últimos 9 años (67 pacientes) no se ha observado fistulización. **Conclusión:** La variante de la transección disminuye significativamente el número de complicaciones, haciéndolo un procedimiento seguro y con los mismos resultados en cuanto a recurrencia de hemorragia que la transección clásica.

039 TL 039

STENT DE LA ARTERIA SUBCLAVIA PARA EL TRATAMIENTO DE ISQUEMIA DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL Y FÍSTULA ARTERIOVENOSA

Peña CA, Ortega A

Baptist Vascular Center, San Antonio Texas.

Objetivo: Describir el uso del Stents para tratar las lesiones arterioscleróticas de la arteria subclavia en pacientes con insuficiencia renal y fístula arteriovenosa. **Métodos:** Resultados de una serie de siete pacientes son reportados. Seis pacientes presentaban estenosis y uno oclusión proximal de la arteria subclavia. Todos los pacientes se presentaron con isquemia en la mano, falla renal y fístula arteriovenosa para hemodiálisis. Tres pacientes tuvieron fracaso recurrente en la fístula AV antes del procedimiento. Dos pacientes tenían previa revascularización coronaria con utilización de la arteria mamaria interna izquierda, uno de ellos presentó el síndrome de robo coronario subclavia. Un total de ocho endoprótesis fueron puestas. En todos los pacientes se usó acceso braquial, se estudiaron las características de los pacientes, factores de riesgo, técnica quirúrgica, permeabilidad, complicaciones y resultados tempranos. **Resultados:** La técnica fue exitosa en todos los casos. La colocación del Stent produjo mejoría angiográfica o hemodinámica inmediata en todos los siete pacientes. El seguimiento fue de 5.5 meses, con un rango de 1 a 12 meses. Existieron dos complicaciones menores. No hubo ninguna restenosis, muertes o infartos en el período de seguimiento. **Conclusión:** Los pacientes que requieren acceso para hemodiálisis en la extremidad superior necesitan ser evaluados cuidadosamente para estenosis de la arteria de subclavia. La estenosis de la arteria subclavia puede manejarse con técnicas endovasculares de una manera segura en los pacientes con insuficiencia renal y fístula arteriovenosa.

040 TL 068

ANEURISMAS DE AORTA ABDOMINAL

Rosales MJ, Benita A, Palma MJ, Cervantes JL

Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez". México D.F.

Objetivo: Describir el estado de la cirugía de aneurisma de aorta abdominal en el instituto así como determinar los principales factores de riesgo, así como sus resultados posquirúrgicos. **Material y métodos.** Se revisaron retrospectivamente a los pacientes con diagnóstico de aneurisma de aorta abdominal y que fueron postoperados en el Instituto Nacional de Cardiología de enero de 1997 a diciembre de 2001. **Resultados:** De enero de 1997 a diciembre del 2001 en el Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez", a 31 pacientes (16 masculinos y 15 femeninos) se les practicó resección de aneurisma de la aorta abdominal suprarrenal 10 e infrarrenal 21 pacientes, con variación de edad de 63 años (más menos 12 años). De éstos, en 24 pacientes (70%) la cirugía fue electiva, aneurismas no rotos y en 17 pacientes (30%) fue de urgencia en aneurismas rotos. En ambos grupos los principales factores de riesgo fueron hipertensión 8 pacientes (25%) y SX Marfan 1 paciente (3%) sin antecedentes de riesgo 22 pacientes (72%). La mortalidad operatoria fue 12 pacientes en total (38%). En aneurisma no roto fue en 6 pacientes. Y de los aneurismas rotos fueron 6 pacientes. La morbilidad operatoria fue de 6 pacientes (19%). **Conclusiones:** Los resultados de esta serie son altamente satisfactorios y equiparables a los reportados en la literatura. Indudablemente es mucho mejor operar electivamente a los pacientes con aneurismas de la aorta abdominal pero no hubo diferencia significativa en cuanto a su mortalidad.

041 TL 225

SIMPATECTOMÍA LUMBAR RETROPERITONEOSCÓPICA. TÉCNICA Y RESULTADOS INICIALES

Suárez R, Peón G, Martínez C, Blanco R, Sánchez B, González R

Servicios de Gastrocirugía y Cirugía Vascular del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS. México, D.F.

Antecedentes: La simpatectomía lumbar mantiene un lugar importante en el tratamiento de diversas patologías como la causalgia, vasoespasmo sintomático y en la insuficiencia arterial de miembros pélvicos con anatomía no adecuada para la revascularización distal. La simpatectomía abierta representa el tratamiento de elección en estas enfermedades. La simpatectomía química, representa un método menos invasivo para lograr la simpaticólisis, sin embargo, se ha asociado a una denervación transitoria e incompleta. **Objetivos:** Describir la técnica de la simpatectomía lumbar retroperitoneoscópica y estudio de 5 pacientes consecutivos con indicación de cirugía hiperemiante de miembros pélvicos, en quienes se practicó este procedimiento. **Pacientes y métodos:** Cinco pacientes del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS fueron sometidos a simpatectomía lumbar retroperitoneoscópica por diversas indicaciones. Los procedimientos se realizaron bajo anestesia general con intubación orotraqueal, con el paciente colocado en decúbito lateral, con la mesa de operaciones flexionada a nivel de la cicatriz umbilical para lograr un máximo espacio entre el reborde costal y la cresta

iliaca, se realiza una incisión de un centímetro y disección roma digital del espacio retroperitoneal ipsilateral, se coloca un puerto de 10 mm y se insufla un neumoretroperitoneo con CO₂ a una presión de 10 a 12 mmHg, se colocan dos puertos más de 5 mm bajo visión directa, con el cirujano en frente del paciente, se retrae el saco peritoneal medialmente visualizando al músculo psoas en la parte superior del campo y la columna vertebral en la parte inferior, se realiza la disección desde el borde medial del músculo psoas y en dirección del cuerpo vertebral hasta la identificación de la cadena simpática paravertebral; posteriormente se procede a la disección del tronco y de los ganglios simpáticos procurando la resección de cuando menos 2 a 3 ganglios simpáticos, se corrobora la hemostasia y se resuelve el neumoretroperitoneo, se retiran los trócares y se sutura la fascia del puerto más grueso y se afronta la piel. **Resultados:** Los cinco procedimientos se realizaron exitosamente sin complicaciones transoperatorias ni postoperatorias, se realizaron cuatro procedimientos del lado izquierdo y uno derecho, el tiempo promedio de cirugía fue de 70 minutos y todas las piezas quirúrgicas fueron sometidas a estudio histopatológico demostrando fibras y ganglios simpáticos, todos los pacientes fueron egresados de hospitalización al día siguiente de la cirugía refiriendo una disminución significativa de la sintomatología dolorosa. **Conclusiones:** La simpatectomía lumbar retroperitoneoscópica representa una alternativa, eficaz, con baja morbilidad y corta recuperación postoperatoria con resultados similares a los que se obtienen con el procedimiento tradicional sumando los beneficios de la invasión mínima.

042 TL 035

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

Peña CA, Ortega G
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 perioperatorias, determinación del periodo libre de infarto, supervivencia libre de infarto, y permeabilidad del injerto. **Resultados:** La edad promedio fue de 65 años, 7 hombres y 6 mujeres. 7 (50%) se había sometido previamente a endarterectomía carotídea ipsilateral. Se utilizó injerto de vena safena en 35.8% e injerto protésico 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 perioperatorias en esta serie. El seguimiento postoperatorio fue de 6 a 55 meses (media de 28.4 me-

ses). 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 periodo 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 la aterosclerosis complicada 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 perioperatoria.

043 TL 226

EMBARAZO ECTÓPICO. ANÁLISIS BAYESIANO DEL CUADRO CLÍNICO Y PROPUESTA DE UNA ESCALA DIAGNÓSTICA

López VRG, López RML
Hospital Central Militar/Escuela Militar de Graduados de Sanidad (UDEFA).

Introducción: A pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento, el embarazo ectópico (EE) permanece siendo una aflicción para pacientes y médicos. Aunque su mortalidad ha disminuido por cuidados apropiados y alto índice de sospecha, permanece siendo la causa principal de muerte materna, con una incidencia que se está incrementando. **Material y métodos:** Fueron revisados 112 pacientes atendidos en la Clínica de Especialidades de la Mujer (SEDENA), en el período de diciembre 28, 1999 febrero 28, 2002, con el diagnóstico de EE, que se confirmó en 73 de ellas (65.18%). Fueron separadas en dos grupos según el diagnóstico final. Mediante tabla cuadrangular, se realizó c² para buscar la significancia de las variables relacionadas con el diagnóstico final ($\alpha = 0.05$), para asignarles mediante análisis bayesiano, valores positivos y negativos y establecer una escala diagnóstica. **Resultados:** Las siguientes variables tuvieron significancia estadística para la escala: variables demográficas (edad), edad de amenorrea, antecedentes ginecoobstétricos, evolución del cuadro, tipo de dolor y severidad, síntomas acompañantes, signos vitales, datos de exploración física (peristalsis, irritación peritoneal, anexos dolorosos, dolor a la movilización cervical), estudios paraclínicos (hemoglobina, leucocitos, granulocitos, glicemia, creatinina, prueba de embarazo) y estudios de imagen (ultrasonido transvaginal/pélvico en búsqueda de líquido libre, masa anexial, grosor de endometrio). Los otros diagnósticos finales incluyeron aborto (13), quiste ovárico (7), embarazo temprano (6), hemosálpax (3), colitis y masa anexial (2 c/u) e hidrosálpax, E. I. P. A., folículo hemorrágico y cuerpo lúteo (1 c/u). Los límites de la escala son de 183.645 a 184.954 y utilizando un valor corte de 0, la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo son de 84.93%, 84.61%, 91.17 y 75.00 %, respectivamente ($p < 0.0001$). **Conclusiones:** Se propone una escala diagnóstica para el EE que utiliza variables demográficas, de la historia clínica, exploración física, de laboratorio e imagen con relación al diagnóstico, con buena sensibilidad y especificidad diagnóstica.

044 TL 274

EMBARAZO ECTÓPICO, EXPERIENCIA DE 10 AÑOS SIN MORTALIDAD

Rodea RH, Athié CG, Guizar BC, Alcaráz HG
Servicio de Urgencias Médico-Quirúrgicas del Hospital General de México OD.

Objetivo: Reportar de la experiencia de 10 años sobre la atención de pacientes con embarazo ectópico (EE) mediante un estudio retro y prospectivo, observacional y descriptivo, realizado en un servicio de Urgencias no Ginecobstétricas del Hospital General de México OD. **Material y métodos:** Se estudiaron todos los casos de EE atendidos desde el 1° de enero/92 a 31 de diciembre/01 (10 años), se analizó la edad, sitio de implantación, pérdida sanguínea, certeza diagnóstica y mortalidad. **Resultados:** De un total de 10,367 casos de cirugía urgente, resultaron 392 casos de EE, de los cuales, 219 usaban algún método anticonceptivo y de éstos, 46 tenían antecedente de salpingoclasia. La edad promedio fue de 28.2 años (rango 16–41). El 86% (338 casos) ocurrieron en la tercera y cuarta décadas de la vida (188 casos en la tercera y 150 en la cuarta). La certeza diagnóstica se logró en 321 casos (82%). Se encontró EE roto en 352 casos (89.8%). La implantación más frecuente fue el tubario en el 99%, del 1% restante 3 fueron implantación en ovario y una en hígado. De la implantación tubaria, la del lado derecho fue la más frecuente 60% (37% izquierda y 3% no referida). EE roto (90%) cursó con hemoperitoneo promedio de 1073 ml (rango 150-4000). La mortalidad durante este periodo de estudio fue de 0%. **Conclusión:** El EE es una causa de mortalidad durante el embarazo, sobre todo cuando se asocia a hemorragia y estado de choque, sin embargo es posible disminuirla mediante la atención con un equipo quirúrgico sensibilizado a la atención de este tipo de casos. El antecedente de salpingoclasia no descarta la posibilidad de EE.

045 TL 276

LAPAROSCOPIA EN LA MUJER EN EDAD FÉRTIL CON DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS

Torres R, Gutiérrez R, Martínez H, Saldaña G
Departamento de Cirugía General del Hospital Christus Muguerza. Monterrey NL. México.

El dolor en fosa ilíaca derecha en la mujer en edad fértil representa un reto diagnóstico, la patología ginecológica se presenta hasta en el 45% y simula una apendicitis. Este estudio retrospectivo, observacional y comparativo de las pacientes operadas con diagnóstico de apendicitis entre enero del 2000 a diciembre del 2001 en el Hospital Christus Muguerza tuvo como objetivo determinar el papel en el diagnóstico, tratamiento y la seguridad de la apendicetomía en la laparoscopia (LP) en comparación con la apendicetomía abierta (AA) en mujeres en edad fértil con diagnóstico de apendicitis. 198 procedimientos en mujeres en edad fértil entre 13 y 44 años, con diagnóstico de apendicitis, 115 procedimientos de LP (58.08%) y 83 de AA (41.91%). El diagnóstico de patología ginecológica en LP fue 30 procedimientos (26.08%) sobre 12 para la AA (14.45%), más 5 hallazgos no ginecológicos en LP nos da un 30.43% sobre 2 de AA dando un 16.86% ($< .05$). En los hallazgos extraapendiculares la LP fue diagnóstica y terapéutica sin necesidad de conversión. En los hallazgos extraapendiculares de LP que se

realizó apendicetomía no hubo complicaciones. En conclusión, las mujeres en edad fértil con diagnóstico preoperatorio de apendicitis la LP debe ser el procedimiento de elección por ofrecer diagnóstico y tratamiento definitivo de la patología extraapendicular y la apendicetomía eficaz y segura.

046 TL 256

APENDICETOMÍA ABIERTA VS LAPAROSCÓPICA. UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

Yañez LA, Correa BG, García SJA, Menchaca GL, Salinas VJC, Espino VG
Departamento de Cirugía General Hospital General de Zona Num 4. Instituto Mexicano del Seguro Social. Monterrey Nuevo León. Mex.

Objetivo: Definir el impacto de la laparoscopia en el manejo de pacientes con diagnóstico presuntivo de apendicitis. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo, longitudinal, de los expedientes clínicos en un periodo del 01 de octubre del 2001 al 31 de mayo del 2002. El estudio se analiza con medidas de tendencia central y programa Epi Info 6.0. **Resultados:** 30 pacientes que experimentaron apendicetomía abierta fueron comparados con 30 por laparoscopia. La media del tiempo quirúrgico fue de 61 y 48 minutos en laparoscopia vs convencional ($P < 0.01$); todos los pacientes por laparoscopia requirieron anestesia general vs bloqueo epidural o subaracnoideo en el abierto; no hubo diferencia en la histopatología entre el procedimiento abierto (69.6% apéndice aguda) y el laparoscópico (69.7%). En la cirugía laparoscópica se presentaron 13.3% (4) de complicaciones (sangrado de urgencia, abscesos de pared y hemoperitoneo) vs 6.6% de la convencional (perforación, obstrucción intestinal). Hubo 3 conversiones en la cirugía laparoscópica (10%); se realizaron 2 colecistectomías en el mismo procedimiento y se colocó drenaje en 10 pacientes (33.3%). La estancia intrahospitalaria se manejó ambulatoria en laparoscopia vs 24-48 hrs en la apendicetomía convencional. **Conclusión:** La apendicetomía por laparoscopia es una alternativa segura contra la apendicetomía abierta para una apendicitis aguda simple.

47 TL 168

EFFECTO DE LA ANALGESIA EN LA EXPLORACIÓN FÍSICA DE PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA

Cavazos MA, Gutiérrez RA, Fernández F
Departamento de Cirugía General 1 y Servicio de Urgencias 2. Hospital Christus Muguerza. Monterrey, Nuevo León. México.

De forma clásica se considera inadecuado el uso de la analgesia periférica y/o central durante el estudio de un paciente con dolor abdominal de probable etiología quirúrgica por el supuesto efecto de enmascaramiento de los datos de exploración física y el consecuente retraso en el diagnóstico. Publicaciones recientes ponen en controversia este paradigma y se considera el uso de analgésicos como un acto humanitario, sin causar retraso en el diagnóstico y más aún, como parte del tratamiento en los casos en que el dolor es parte de la etiología del shock que pudiera coexistir con este cuadro. Con estas bases se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, comparativo y de causa efecto en el que se evaluó el efecto del ketorolaco IV sobre los hallazgos de exploración física en pacientes con apendicitis aguda. Para tal efec-

to se incluyeron 100 pacientes diagnosticados como apendicitis aguda y programados para cirugía, se administró 30 mg de ketorolaco por vía intravenosa y se evaluó con una exploración física abdominal cada 30 minutos hasta el momento de su inducción anestésica o bloqueo regional, de igual forma se incluyó un grupo control de 20 pacientes en los que se administró placebo evaluando los parámetros antes descritos. Los resultados obtenidos mostraron una clara disminución en la intensidad del dolor al compararlo con el grupo placebo (8.46 vs 5.71 en escala análoga de dolor, $p < 0.05$), sin embargo no se encontró modificación significativa en los datos de exploración física posterior a la administración del analgésico en ambos grupos de estudio.

048 TL 051

TRASLOCACIÓN DE MICROORGANISMOS AL PERITONEO EN FASES DE APENDICITIS NO COMPLICADA

Fariás LLO, Olivares BJ, Sahagún CG

Centro Médico Nacional de Occidente IMSS Guadalajara.

Antecedentes: Apendicitis aguda: Patología quirúrgica, riesgo: de sepsis abdominal, aun en fases no complicadas, En choque hemorrágico, pancreatitis donde es obvia la inestabilidad de la homeostasis con síndrome de respuesta inflamatoria sistémica acorde al grado de lesión tisular, la traslocación bacteriana, fenómeno común con implicaciones clínicas aún no mesurables. Caso contrario en apendicitis aguda (ASA 1).

Objetivos: 1. Demostrar microorganismos en el peritoneo en apendicitis fase I y II. 2. Correlación con estancia hospitalaria, albúmina, complicaciones, respuesta inflamatoria sistémica.

Material y métodos: Estudio prospectivo, transversal, realizado en HGR No. 46, IMSS, Guadalajara Jal. Del 01/04/01 al 01/02/02, Población: Pacientes con apendicitis fases I y II, excluyéndose pacientes con patología agregada. En Urgencias: Registro: Signos vitales, leucocitos, bandas, neutrófilos. Cultivo (aerobios y anaerobios) periapendicular previo al corte del apéndice. Correlación posterior histopatológica. Registro: Edad, género, albúmina sérica, estancia hospitalaria y complicaciones, seguimiento y análisis: medidas tendencia central y Chi².

Resultados: 245 Casos de apendicitis, 117 fases I y II (clínicamente), 38 excluidos (datos incompletos), 79 casos restantes, 66 fase II, 12 Fase I, histopatológicamente negativo 2, población real 77. M/F, 39/40, media (rangos): Edad 25.11 (17-88), días hospital 2.32 (2-7). Significancia estadística en correlación: 20 cultivos positivos a Gramnegativos contra parámetros de respuesta inflamatoria sistémica, prolongación de días hospital, complicaciones, albúmina, Chi cuadrada, $P < 0.05$. **Conclusiones:** La apendicitis no complicada que presenta en su evolución respuesta inflamatoria sistémica favorece la traslocación bacteriana aumentando el riesgo relativo de morbilidad y estancia hospitalaria, y más aún en concordancia con albúmina baja.

049 TL 196

BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE POR LAPAROSCOPIA. EXPERIENCIA EN 180 CASOS

Ahumada TJM, Cerón RF

Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE, Ciudad de México.

Antecedentes: El tratamiento quirúrgico para la obesidad severa es aceptado en todo el mundo como una de las mejores alternativas, ya sea el Bypass gástrico, la gastroplastía

vertical, o la banda gástrica ajustable. **Objetivo del estudio:** Presentar la experiencia en cirugía de obesidad con técnica de mínima invasión en 180 pacientes. **Material y métodos:** En el H. Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE, con la experiencia de haber realizado 46 Bypass gástricos y 283 gastroplastías verticales en 11 años (1991-2002), de mayo de 1997 a junio del 2002, hemos realizado un total de 180 casos de banda gástrica ajustable por laparoscopia. **Resultados:** De los 180 pacientes, 142 (78.8%) fueron del sexo femenino y 38 (21.2%) del sexo masculino, con un promedio de edad de 40.5 años (13-68 años) y un índice de masa corporal de 37-57 (promedio 47). De los 180 casos, 177 han sido por vía laparoscópica (98.3%), y 3 por cirugía abierta (1.7%), en 4 casos se tuvo que convertir por dificultades técnicas (2.2%), se presentó 1 caso de perforación gástrica (0.5%) y en 4 casos se erosionó la banda (2.2%). En cuanto a la pérdida de peso en promedio al 1er mes fue de 14 kg, al 2° mes 19 kg, al 3er mes 22 kg, al 6to mes de 28 kg. **Discusión:** Hace 10 años se inició en Europa el tratamiento quirúrgico de la obesidad con banda gástrica ajustable por laparoscopia con resultados similares a los procedimientos tradicionales, y las ventajas de la cirugía de mínima invasión. **Conclusiones:** La pérdida de peso es similar a procedimientos tradicionales. Se obtuvo el beneficio de cirugía de mínima invasión. Es buena alternativa para el tratamiento quirúrgico de obesidad. Mínimas complicaciones y sin mortalidad.

050 TL 176

GASTROPLASTIA VERTICAL CON BANDA. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL GENERAL DE TIJUANA

Paipilla MOA

Hospital General de Tijuana.

Objetivo: Informar los resultados de la gastroplastía vertical con banda utilizando engrapadora TA 60 en pacientes obesos. **Diseño:** Estudio prospectivo longitudinal observacional. **Sede:** Hospital General de Tijuana. **Pacientes y métodos:** Se incluyeron 40 pacientes operados mediante gastroplastía vertical con banda utilizando engrapadora TA 60. Los criterios de inclusión fueron sobrepeso de 40 kg por arriba del peso ideal, sobrepeso mayor al 60%. Índice de masa corporal de 34 kg/m² en adelante, pacientes con índice de masa corporal de 32 kg/m², siempre y cuando se asocie con alguna comorbilidad como hipertensión arterial, diabetes mellitus, apnea del sueño, elevación de colesterol y/o triglicérido. Pacientes que han intentado bajar de peso con tratamiento médico basándose en dietas, ejercicio y/o medicamentos como anfetaminas, diuréticos, hormonas tiroideas etc. supervisadas por nutriólogo en los últimos 2 años. Estudios prequirúrgicos básicos valoración por bariátra, psicólogo, medicina interna, neumología. Seguimiento por dos años iniciando el primer mes de p.o. después cada 2 meses, cada 6 meses y seguimiento vía telefónica. **Resultados:** Se operaron 40 pacientes, 34 mujeres y 6 hombres con edades entre los 24 y los 60 años. Índice de masa corporal de 33.81 a 61.26 y peso de grasa de 30.67 a 101.3 kg. Pérdida de peso promedio al mes de 13 kg, a 3 meses de 20 kg, a 6 meses de 38 kg. Complicaciones posquirúrgicas inmediatas, 2 fístulas las cuales se manejaron en forma conservadora, 4 seromas, 1 una infección de herida quirúrgica. Complicaciones tardías. Una estenosis que se resolvió con dilatación y 2 pacientes con intolerancia a los alimentos y esofagitis severa. Ninguna reintervenida y actualmente dos en embarazo. Seguimiento actual de las pacientes es de 80%. **Conclusiones:** Excelen-

te procedimiento con las mismas ventajas y pérdida de peso comparado con la engrapadora TA 90 pero con mayor facilidad de maniobrabilidad durante la técnica quirúrgica.

051 TL 067

BYPASS GÁSTRICO POR LAPAROSCOPIA: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL CLÍNICO I PROVINCIAL DE BARCELONA

Dorantes MA, Lacy AM, Delgado S, Vidal J, Momblán D
Hospital Clínic de Barcelona. Universitat de Barcelona.

Introducción: La obesidad severa es el trastorno nutricional más frecuente en el mundo occidental, es considerada como una enfermedad y como factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cronicodegenerativas y afecta severamente la calidad de vida. En España, es uno de los problemas con más rápido incremento en los últimos años. La incidencia alcanza el 13% de la población en general y la distribución por sexo se presenta 2.7% en hombres y 7.2% en mujeres. Se define a la obesidad severa como una cifra del doble del peso corporal ideal o un índice de masa corporal (IMC) mayor a 35 kg/m². El tratamiento no quirúrgico tiene una tasa de falla en más del 95% de los casos, el único tratamiento con eficacia demostrada es la cirugía bariátrica. Entre las diferentes técnicas, el Bypass gástrico en Y de Roux (BPGYR) ha demostrado los mejores resultados por lo que es considerado el estándar de oro por la mayoría de los autores. El abordaje laparoscópico se introdujo en 1994 y ha demostrado resultados superiores al procedimiento abierto por los beneficios demostrados por la cirugía de invasión mínima. **Objetivo:** Presentamos los resultados a corto y mediano plazo del Bypass gástrico por vía laparoscópica (BPGYR), para el tratamiento de la obesidad severa en el Hospital Clínic de Barcelona. **Material y métodos:** Desde septiembre de 1999 a mayo de 2002 se han realizado 12 BPGYR en 29 hombres y 92 mujeres, de edad media 39.3 (rango 16-59 años) con IMC de 49.8 kg/m² (36-86). Un 28.9% tenían antecedente de cirugía abdominal previa. **Resultados:** En todos los casos se realizó por BPGYR por vía laparoscópica. En 5 pacientes (4.1%) se convirtió a la técnica de cirugía asistida con la mano: El tiempo quirúrgico ha variado desde 70 a 285 minutos, con una media de 130 min. La morbilidad ha sido del 19%, 2 pacientes (1.6%) han requerido reintervenciones en el PO inmediato: La estancia media ha sido de 3.8 días (rango 1.5 a 16 días). El tiempo promedio de inicio de la dieta en horas: 30.2 horas. La pérdida de peso ha sido: 36.7%, 56.8% y 67.6% a los 3, 6 y 12 meses respectivamente. **Conclusiones:** Con un seguimiento corto los resultados del Bypass gástrico por laparoscopia son buenos tanto en el periodo postoperatorio como en la pérdida de peso.

052 TL 131

DERIVACIÓN GASTROYEYUNAL EN Y DE ROUX LAPAROSCÓPICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD MÓRBIDA

Stoopen-Margain E, Fajardo RE, Gamino R, González-Barranco J, Herrera MF
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Antecedentes: La derivación gastroyeyunal en Y de Roux al realizarse por laparoscopia (DGYL), incorpora las ventajas de la invasión mínima a los resultados ya conocidos del procedimiento, sin embargo, requiere de una curva de apren-

dizaje y su reproducibilidad depende de múltiples factores. El objetivo del estudio consiste en investigar la seguridad y eficacia de la DGYL en los primeros 80 pacientes atendidos en nuestro Instituto. **Pacientes y métodos:** Se analizaron las características clínicas, quirúrgicas y evolución de los 80 pacientes a los que se les practicó DGYL en un periodo de 2 años con énfasis en la presencia de complicaciones y su reproducibilidad. **Resultados:** Del grupo total, 52 pacientes (65%) fueron mujeres y 28 hombres (35%). La edad promedio fue de 35 ± 9 años. El 51% presentó comorbilidad. El peso promedio preoperatorio fue de 135 ± 27 kg y el IMC de 50 ± 8 kg/m². El tiempo quirúrgico fue de 4 ± 0.6 hrs. Hubo una conversión (2%) y el tiempo de estancia intrahospitalaria fue de 6 días. Hubo complicaciones en el 10% de los pacientes y mortalidad en 2. El porcentaje del exceso de peso perdido en 72 pacientes a los 3 meses fue de 35 ± 11%, a 6 meses en 41 pacientes fue de 47 ± 10% y a 12 meses en 30 pacientes de 63 ± 13%. **Conclusiones:** La DGYL laparoscópica es un procedimiento reproducible. La frecuencia de complicaciones y el tiempo quirúrgico en esta serie pueden explicarse por las características de nuestra población (alta comorbilidad) y la curva de aprendizaje.

053 TL 116

IMPACTO DE LA PÉRDIDA DE PESO INDUCIDA POR CIRUGÍA BARIÁTRICA EN EL FUNCIONAMIENTO RESPIRATORIO. ESTUDIO PROSPECTIVO

Dávila CA, Domínguez G, Borunda D, Gamino R, Vargas-Vorackova F, González BJ, Herrera MF
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Introducción: La obesidad mórbida (OM) se asocia a complicaciones respiratorias que pueden mejorar al perder peso. **Objetivos:** Investigar la frecuencia de alteraciones respiratorias en un grupo de pacientes jóvenes con OM sin síntomas respiratorios y evaluar el impacto de la pérdida de peso inducida por cirugía en el funcionamiento respiratorio. **Pacientes y métodos:** Treinta pacientes con OM fueron intervenidos quirúrgicamente mediante gastroplastía vertical en banda (14 abiertas/16 laparoscópicas) en un periodo de un año. Se realizaron pruebas de funcionamiento respiratorio, gasometría arterial y biometría hemática a todos los pacientes en el preoperatorio y un año posterior a la cirugía. Los resultados fueron analizados mediante la prueba de Wilcoxon. **Resultados:** La edad promedio de los pacientes fue de 35 ± 8 años 3 hombres/27 mujeres. Mediante pruebas de funcionamiento respiratorio se diagnosticó enfermedad obstructiva en 4 pacientes y restrictiva en 4. Todos se resolvieron al año de seguimiento.

Variable	Preop	1 año postop	p
IMC, kg/m ² *	44 ± 4	32 ± 4	
CVF, L	34 (53-116)	97.5 (84-123)	0.001
FEV1/FVC, %	105 (69-116)	105 (109-107)	0.9
FI, cmH ₂ O	60 (25-90)	70 (30-140)	0.006
FE, cm H ₂ O	50 (20-110)	65 (20-135)	0.009
VC, L	668 (380-1800)	526 (200-1186)	0.02
SaO ₂ , %	94 (70-99)	95 (88-99)	0.002
PaCO ₂ , mmHg	33 (29-50)	31 (22-42)	0.009
Hb, g/dL	14.4 (8.4-19.5)	13.7(9.7- 17.4)	0.007

*Promedio

$p < 0.05$. Todos los valores son medianas (rango)
 CVF = capacidad vital forzada, FI = fuerza inspiratoria, FE = fuerza espiratoria, VC = volumen corriente, Hb = hemoglobina.

Conclusión: La frecuencia de alteraciones respiratorias asintomáticas fue del 26%. La pérdida de peso condicionó disminución en la retención de CO_2 y mejoró significativamente los parámetros respiratorios.

054 TL 241

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

Segura CJL, Estrada RO, Castro CJM, González OA
 Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica; Hospital de Ginecología-Obstetricia y Especialidades, Instituto Mexicano del Seguro Social. Guadalajara, Jalisco.

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 diseñó 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.

055 TL 110

CRIOPRESERVACIÓN OVÁRICA: RECUPERACIÓN FISIOLÓGICA POSTERIOR AL DESCONGELAMIENTO. ESTUDIO EXPERIMENTAL EN CONEJOS

Pérez P, Luna D, Amat B, Ezpeleta M, Lorenzana I, García J, Huacuja Y, Andrea Sada A, Arrellín G, Rodríguez-Schlögl E, Cervantes SCR
 Departamento de Cirugía, Escuela de Medicina, Universidad Panamericana.

Antecedentes: El manejo citotóxico con quimioterapia se asocia a alteraciones de la función gonadal con recuperación impredecible. El daño puede ser permanente (agente-dosis dependiente). Existen múltiples técnicas para prevenir daño ovárico cuando la necesidad de estos manejos es

imperiosa (Vg LES), como transposición ovárica, supresión hormonal pituitario-gonadal, criopreservación de oocitos, criopreservación de embriones y criopreservación de tejido ovárico. Siendo esta última la que parece ser más viable y con menos problemas éticos. **Métodos:** Se emplearon cinco conejas blancas Nueva Zelanda realizando ooforectomía bilateral, señalando el pedículo vascular con sutura. El tejido ovárico se congeló a -196°C (4 semanas). Se tomaron muestras de FSH y estradiol (E2). Se administraron 100 mg de benzoato de estradiol antes de la cirugía (estimulación vascular). Se re-implantó el tejido ovárico en el muñón del pedículo. Se tomaron nuevas muestras de FSH y E2. Posteriormente se intentó cruza con ejemplar macho para lograr la gestación. **Resultados:** Se identificó una disminución en la producción de E2 y aumento en FSH (respuesta a ooforectomía), que recuperaron a rangos normales después del re-implante, siendo estadísticamente significativo con la prueba de t de Student: FSH antes 0.292 ± 0.1712 después 0.004 ($p = 0.042$). E2 antes 18.06 después 36.10 ($p = 0.047$). En dos de las conejas se ha logrado la gestación después del re-implante y otras dos conejas manifestaron un pseudo-embarazo. **Conclusiones:** Tanto la recuperación de los niveles hormonales, como la gestación y los pseudo-embarazos conseguidos, evidencian el éxito de la criopreservación y del re-implante, con recuperación funcional del ovario.

056 TL 095

USO DE SELLO DE FIBRINA PARA DISMINUIR LA FRECUENCIA DE FÍSTULA URETROCUTÁNEA Y OTRAS COMPLICACIONES EN CIRUGÍA DE HIPOSPADIA

Ambriz GG, Vargas BJ, García de León GJM, García GJL, Molina MDFM, González OA
 División de Cirugía Pediátrica, Hospital de Pediatría y Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica, Hosp. Especialidades. CMNO. Guadalajara, Jal.

Objetivo: Evaluar si el uso de sello de fibrina sobre las líneas de suturas en cirugía de hipospadia disminuye la frecuencia de complicaciones. **Material y método:** Estudio cuasiexperimental. Grupo de estudio, cohorte de intervención basada en población pediátrica sujeta a cura de hipospadia cuyos padres aceptaron la aplicación del sello de fibrina de enero 2001 a febrero del 2002. Como grupo de comparación pacientes tratados con las mismas técnicas quirúrgicas sin aplicación del sello. Se analizaron edad, localización, severidad de la hipospadia, número de intervenciones y las variables de respuesta clasificadas como: Grado 0 = no dehiscencia del colgajo, grado I = dehiscencia menor de 5 mm. Grado II = dehiscencia > de 6 mm, grado III = dehiscencia completa del colgajo, grado IV = combinada. Presencia o ausencia de otras complicaciones como estenosis o retracción meatal, estenosis de neouretra, divertículo uretral. **Resultados:** Grupo de comparación con 50 pacientes, edad promedio 34.2 meses. Tuvieron hipospadia proximal 14 pacientes (28%), el 100% presentó algún grado de dehiscencia del colgajo después del acto quirúrgico de tipo mediopeneana 9 pacientes (18%) con un 77.7% de complicaciones y 27 pacientes con hipospadia distal (54%) y en 37% se observó algún grado de dehiscencia. Promedio de cirugías de 2.3 por paciente con un rango de 1 a 5 cirugías. En el grupo de intervención 16 pacientes con promedio de edad de 48.6 meses, cinco con hipospadia proximal, 80% con algún grado de dehiscencia después de aplicar el sello biológico. Hipospadia mediopeneana en 3 casos con 0% de

dehiscencia y 8 con hipospadia distal con 12.5% de dehiscencia. Promedio de cirugías de 1.3. Al comparar el total de la frecuencia de dehiscencia 31% al grupo de estudio *versus* 62% en el grupo de contraste ($p=0.06$). **Conclusiones:** La aplicación del sello de fibrina en la cura de hipospadias redujo las complicaciones como: fístulas, dehiscencias, estenosis uretral o retracción meatal al menos en un 50%. Postulamos que al disminuir el sangrado y favorecer la angiogénesis, se reducen éstas. Observamos una reducción notable en el número de intervenciones necesarias para resolución de esta anomalía.

057 TL 093

UTILIDAD DEL SELLO DE FIBRINÓGENO HUMANO PARA PREVENIR FÍSTULAS CERVICALES POST-SUSTITUCIÓN ESÓFAGO-COLÓNICA EN NIÑOS CON QUEMADURA POR CÁUSTICOS

Saldaña CJA, Larios AF, González OA, Rodríguez RS, Balderas PLMA, Acevedo NE, Fuentes OC
Serv. Cirugía Pediátrica, Hospital de Pediatría. Unidad de investigación en Cirugía, Hosp. Especialidades. CIBO Serv. Cirugía CMNO.

Objetivo: Analizar si el sello de fibrinógeno humano previene la presencia de fístulas a nivel de la anastomosis cervical en pacientes con quemadura por cáusticos post-operados de sustitución esofágica por colon en edad pediátrica. **Material y método:** Este es un ensayo clínico. Se incluyeron pacientes durante 12 meses, con antecedente de quemadura esofágica por cáusticos que no mejoraron con dilataciones esofágicas y sean candidatos a sustitución esofágica mediante colon, al grupo experimental se le aplicó sello de fibrinógeno humano a nivel de la anastomosis cervical (2.5 ml) al momento de la sustitución. **Resultados:** Estudiamos 2 grupos de 10 pacientes (grupo sin fibrina y grupo con fibrina) observamos que la frecuencia de fístulas a nivel de anastomosis cervical en el grupo sin fibrina, permaneció según la literatura (60%) y en el grupo con fibrina se logró disminuir hasta un 30% en cuanto a estenosis a nivel de la anastomosis, no encontramos diferencias de presentación con 1 caso en cada grupo. Encontramos predominio del sexo masculino en ambos grupos, el grado de desnutrición fue de segundo grado en promedio, los que presentaron fístula en promedio al 5to día postquirúrgico se manejaron conservadoramente, prolongándose la hospitalización por 20 días y para el grupo sin fístula el inicio de la vía oral fue al 6to día y su egreso al 8vo día postquirúrgico. **Conclusiones:** Observamos una disminución en un 30% la frecuencia de presentación de fístulas a nivel de la anastomosis cervical en pacientes que se les aplicó sello de fibrinógeno humano.

058 TL 075

MODELO DE ENTRENAMIENTO EN CIRUGIA ENDORRECTAL (CER)

Chousleb E, Chousleb A, Shuchleib S, Hernández MC
Centro de Educación y Capacitación Quirúrgica "Karl Storz"
Brimex II, Hospital ABC. México D.F.

La cirugía endorrectal ha cobrado popularidad durante los últimos años por ofrecer una modalidad terapéutica de mínima invasión adecuada para la resolución de patología tumoral de la mucosa rectal y colónica. La escuela europea cuenta ya con amplia experiencia en el manejo del dispositivo

endorrectal, sin embargo, el uso de este equipo requiere de entrenamiento además de destreza importante en el manejo de técnicas de mínima invasión. El cirujano debe aprender a trabajar dentro de un cilindro, con instrumental largo y una libertad de movimiento muy limitada por lo que representa un alto grado de dificultad. **Objetivos:** Diseñar un modelo de entrenamiento para realizar cirugía endorrectal. **Material y métodos:** Conejo Nueva Zeanda de 800-1200 g. Dispositivo de cirugía endorrectal, carro de laparoscopia. Con el animal previamente anestesiado se realiza una laparotomía media de 3-4 cm para colocar el dispositivo, el cual se fija a la mesa de trabajo mediante un soporte mecánico. Se coloca la lente adaptada a la cámara de endoscopia y se insufla para mantener un neumoperitoneo de 8-10 mmHg. El cirujano es capaz de realizar diversas prácticas desde: disección, empleo de energía térmica para hemostasia, técnicas de sutura hasta resecciones de órganos sólidos y procedimientos tanto en abdomen superior como en la pelvis. **Conclusiones:** Pensamos que este modelo es efectivo y puede ser realizado con bajo costo, provee además las ventajas de emplear un animal vivo en lugar de preparaciones inanimadas como son la presencia de sangrado y vitalidad de los tejidos.

059 TL 148

EFFECTO CO-ADYUVANTE DE LA DERIVACIÓN BILIODIGESTIVA Y LA TERAPIA CON EL GEN DEL ACTIVADOR DE PLASMINÓGENO UROCINASA HUMANO (HUPA) EN LA REVERSIÓN DE LA CIRROSIS BILIAR SECUNDARIA EXPERIMENTAL

Hernández S, Armendáriz J, Vera-Cruz JM, Salgado S, Grijalva G, Miranda A
Hospital Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara.

Las enfermedades fibróticas se caracterizan por acúmulo de matriz extracelular. La cirrosis biliar secundaria (CBS) se presenta como consecuencia de defectos congénitos como la atresia de vías biliares y como resultado de obstrucción biliar después de procedimientos iatrogénicos de las vías biliares. El tratamiento consiste en la realización de derivación bilio-digestivas con diferentes resultados con una importante tasa de re-estenosis. No existe terapia definitiva de estas complicaciones. Realizamos un modelo experimental murino por ligadura y sección del conducto biliar común en ratas Wistar durante 4 semanas. A 5 ratas del grupo experimental y a 5 ratas del grupo control durante 4 semanas. Se tomaron pruebas de función hepática (PFH) y biopsias hepáticas (BH) como basales y en cada paso después de la ligadura. Se presentó un índice de fibrosis dramático. A las cuatro semanas se realizó una colédoco-duodeno anastomosis para quitar el proceso dañino y re-establecer el flujo de bilis hacia el intestino. 7 días después se aplicó el gen terapéutico huPA a unos animales y a otros controles, el gen irrelevante GFP a través de la vena iliaca a una dosis de 6×10^{11} partículas virales por kilogramo. 10 días después se sacrificaron los animales. En los animales tratados con el gen huPA, hubo una disminución del índice de fibrosis del 42.9% en relación a los animales control con una $p < 0.001$. Las PFH, tuvieron un comportamiento similar a la fibrosis. La presencia de ascitis desapareció en las ratas experimentales, así como la presencia de várices gástricas. Hubo también una disminución de la expresión de las células estelares hepáticas y se corrobora la proliferación de hepatocitos normales. Considera-

mos que la utilización del gen del activador de plasminógeno urocinasa humano puede ser útil como manejo co-adyuvante al procedimiento bilio-digestivo derivativo.

060 TL 124

TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE LA PERITONITIS PURULENTA

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

Antecedentes: Durante los primeros años de la cirugía laparoscópica no se aceptaba la posibilidad del tratamiento de casos de peritonitis purulenta por esta vía. Con argumentos como que el aumento de la presión intraabdominal podía producir translocación bacteriana y por consiguiente sepsis, los detractores de la cirugía laparoscópica no aceptaron su alcance y su avance. Hoy con un mayor conocimiento los cambios fisiológicos ocasionados por el neumoperitoneo durante las cirugías laparoscópicas, cada vez más cirujanos realizan el tratamiento de peritonitis purulenta por laparoscopia. **Objetivo:** Comunicar la experiencia de 48 casos de peritonitis purulentas presentadas en el servicio de gastrocirugía del Hospital Español, resueltos por laparoscopia. **Material y métodos:** Se revisaron 48 casos de pacientes ingresados por peritonitis purulenta en el período comprendido entre los años 1997 al 2002, a quienes se les resolvió la patología por vía laparoscópica. A todos los pacientes se les realizó laparoscopia diagnóstica y posteriormente se resolvió la patología de base, de los 48 casos el 70% fueron mujeres y el 30% varones con edades comprendidas entre los 16 a los 90 años. A todos los pacientes se les realizó lavado de la cavidad con 10 litros de solución y se les aplicó 500 mg de flagyl intraabdominal al término de la cirugía con el irrigador. De los 48 casos, 42 (87%) de los casos fueron peritonitis purulenta secundaria a apendicitis aguda, 5 (10%) fueron secundarios a perforación de úlcera gástrica y 1 (2%) fue secundario a piosalpingitis purulenta. Tuvimos una complicación mayor (2%) consistente en un absceso residual resuelto por vía laparotomía, y tres complicaciones menores (6%) que fueron infecciones de accesos laparoscópicos. **Conclusiones:** Con la evolución de la cirugía laparoscópica y el tratamiento cada vez más frecuente de patologías agudas por esta vía, podemos ofrecer la resolución de cuadros de sepsis abdominal con esta técnica. La cirugía laparoscópica no aumenta las complicaciones habituales de la cirugía por peritonitis purulenta. La cirugía laparoscópica disminuye las complicaciones graves de la cirugía por peritonitis purulenta.

061 TL 080

DRENAJE DE QUISTE HEPÁTICO NO PARASITARIO POR VÍA LAPAROSCÓPICA. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL "1 DE OCTUBRE" ISSSTE

Reyes IL, Echavarrí AJ, Torices TE, Tort MA, Méndez VG, Domínguez CL, Morales HE, Reyes IM

Introducción: Los quistes hepáticos no parasitarios son raros, generalmente sintomáticos, y pocas veces requieren tratamiento quirúrgico. Sus síntomas se relacionan generalmente con la compresión de órganos adyacentes. Se realizó estudio retrospectivo del 11 de noviembre de 1993 al 28 de agosto del 2001, revisando los expedientes de pacientes

sometidos a drenaje de quiste hepático por laparoscopia, en el servicio de Cirugía General del Hospital Regional "1 de Octubre" ISSSTE. **Resultados:** Se realizaron 13 drenajes de quistes hepáticos no parasitarios por vía laparoscópica, 8 pacientes fueron del sexo femenino y 5 del sexo masculino, con edades entre 34 a 73 años, con promedio de 54 años, el diagnóstico se realizó por ultrasonido y topografía computada. Dos pacientes presentaron enfermedad poliquística asociada al quiste hepático. Los hallazgos clínicos principales fueron en orden de frecuencia 1) dolor abdominal, 2) plenitud gástrica postprandial, 3) masa abdominal palpable. Un paciente presentó ictericia. El tratamiento quirúrgico en los pacientes fue el drenaje del quiste hepático, con destechamiento y marzupialización laparoscópica. No hubo mortalidad perioperatoria. La estancia intrahospitalaria promedio fue 3 días. Un paciente presentó recidiva sintomática a 24 meses de seguimiento clínico (dolor abdominal), y se confirmó la recidiva por ultrasonido, sin nuevo tratamiento quirúrgico hasta el momento. **Conclusiones:** El drenaje de quistes hepáticos no parasitarios por vía laparoscópica es seguro y eficaz, con los beneficios que la técnica de invasión mínima otorga.

062 TL 082

ESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL "1 DE OCTUBRE" ISSSTE

Reyes IL, Licona OJ, Olvera, Torices EE, Shuchleib CS, Oliva CC, Reyes IM

Objetivo: Conocer la experiencia que se tiene en nuestro hospital con dicha técnica quirúrgica. **Material y métodos:** Se realizó estudio retrospectivo de revisión de expedientes de pacientes sometidos a esplenectomía por vía laparoscópica en el periodo comprendido de septiembre de 1997 a junio del 2002, en el servicio de Cirugía General, del Hospital Regional "1 de Octubre" ISSSTE, México, D.F. **Resultados:** Se encontró un total de 17 pacientes sometidos a dicho procedimiento. Doce mujeres y 5 hombres, con un rango de edad de 4 a 78 años (media de 32). Las indicaciones quirúrgicas fueron: púrpura trombocitopénica idiopática 8, hiperesplenismo 5, anemia hemolítica autoinmune 3, y esferocitosis hereditaria 1. Conversión a técnica abierta en dos casos. Se encontró bazo accesorio en 2 pacientes. La elevación de las cifras de hemoglobina y plaquetas a niveles normales postoperatoriamente en 80 y 100% respectivamente. Sangrado promedio 350 cc, tiempo quirúrgico promedio 255 minutos. Estancia intrahospitalaria promedio 9 días. Mortalidad del 0% **Conclusiones:** El índice de conversión es menor al 9% (1) y sólo dos de nuestros pacientes (13%) fue necesaria la conversión por sangrado de los vasos del hilio y disfunción de la engrapadora. Los bazos accesorios se presentan del 10 al 30% de los casos (1, 2) y dos pacientes de nuestra serie los presentaron (13%). La esplenectomía laparoscópica es un procedimiento seguro que puede ser llevada a cabo tanto en niños como en adultos, siendo su principal indicación en las enfermedades hematológicas benignas más frecuentes, manteniendo los beneficios de cirugía de mínimo acceso.

063 TL 215

CIRUGÍA ENDOSCÓPICA AMBULATORIA: LA SOLUCIÓN EN CIRUGÍA GENERAL

Magos VFJ, Mucio MP, Palacios RJA, Herrera EJJ

Hospital General "Dr. Manuel Gea González", Secretaría de Salud, México, D.F.

Antecedentes: Los procedimientos en cirugía endoscópica, implican los beneficios de corta estancia, menor dolor postoperatorio y recuperación posquirúrgica rápida. Las estrategias para reducir los costos en los procedimientos de cirugía de invasión mínima incluyen reducir el tiempo de hospitalización postoperatoria y que los procedimientos quirúrgicos se realicen en un centro de cirugía ambulatoria. **Pacientes y métodos:** Estudio, descriptivo, prospectivo y observacional, se seleccionaron en la consulta externa de cirugía general y área de urgencias del Hospital "Dr. Manuel Gea González", pacientes con las siguientes características: Edad menor de 50 años, riesgo anestésico ASA I, enfermedad: Litiasis biliar sintomática crónica, hernias inguinales, acalasia, hepatopatías en estudio, y apendicitis en fase inicial, sin datos de complicación. Nivel cultural y capacidad intelectual promedio, integración familiar adecuada, disponibilidad de transporte y teléfono. Características del cirujano: experiencia en cirugía endoscópica y conocimiento en los procedimientos de cirugía ambulatoria. **Resultados:** Se llevaron a cabo 84 procedimientos quirúrgicos, de los cuales el 92.59% fueron del género femenino, y el 7.41% masculino. Se realizaron 60 colecistectomías (90.7%), plastías inguinales 11 (3.7%), cardiomiectomía de Heller + esofagogastropexia posterior por acalasia 1, biopsia hepática 1, apendicectomía 10. No se reportaron complicaciones transoperatorias, el tiempo operatorio promedio fue de 50 minutos, la estancia postoperatoria de los pacientes fue menor a las 23 hrs, la complicación postoperatoria fue náusea y dolor postoperatorio, manejoado satisfactoriamente con medicamentos vía oral. No hubo morbilidad ni mortalidad asociada a los procedimientos. **Conclusiones:** Es de trascendencia económica y social el establecimiento de la cirugía endoscópica ambulatoria en hospitales de segundo nivel, que tienen una gran demanda de atención y una capacidad de hospitalización limitada.

064 TL 166

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN ANCIANOS

Morales HE, Oliva CC, Mondragón SA, Tort MA, Olvera HH, Toríces EE, Echavarrí AJ, Liconá OJ, Nuñez GE, Ugalde VF, Cuevas HF, Becerril FE, Shuchleib CS
Departamento de Cirugía General. Hospital Regional Primero de Octubre ISSSTE.

Introducción: La colecistectomía laparoscópica ha demostrado ser el estándar de oro en el manejo de la enfermedad inflamatoria de la vesícula biliar desde su aparición a finales de los 80s. Su utilidad en pacientes mayores de 60 años ha sido poco estudiada en nuestro país. **Objetivo:** Analizar la utilidad y resultados de la colecistectomía laparoscópica en ancianos. **Material y métodos:** Se realizó un estudio lineal retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes mayores de 60 años operados en el Hospital Primero de Octubre durante el periodo de enero de 1991 a mayo de 2002. **Resultados:** Se estudiaron un total de 491 pacientes de los cuales el 38.2% son personas de 60 a 65 años de edad, se observó de igual manera que los pacientes mayores de 81 años de edad fueron quienes en menor porcentaje fueron sometidos a procedimientos quirúrgicos. Se encontró que el porcentaje global de conversión para nuestro hospital es del orden del 4.66% con el 1.0% de complicaciones mayores y el 0.6% de morta-

lidad, teniendo mayor índice de conversión el sexo masculino, con diagnóstico de la colecistitis crónica litiásica. **Conclusiones:** La colecistectomía laparoscópica es el método de elección para el tratamiento de la patología vesicular inflamatoria en el paciente anciano. Es una técnica segura con bajo índice de conversión y baja morbi-mortalidad.

065 TL 187

10 AÑOS DE EXPERIENCIA EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Banderas TDA, Zermeño GMG, Montenegro W
Hospital General Centro Médico Nacional La Raza IMSS. México, D.F.

Antecedentes: Los avances tecnológicos de las últimas décadas han propiciado que la colecistectomía por laparoscopia sea el tratamiento de elección para la mayoría de las patologías de la vesícula biliar. Al inicio de la década de los noventa en la mayoría de las Instituciones, se iniciaron los programas de capacitación y el equipamiento para la cirugía laparoscópica, desarrollándose ésta en forma masiva. **Objetivo:** Es reportar la experiencia de 10 años (Julio de 1993 a junio del 2002) en el tratamiento de una de las patologías quirúrgicas más frecuentes en nuestro medio, sus complicaciones, el número de conversiones y las características más importantes de los padecimientos de las vías biliares que se pueden resolver con cirugía laparoscópica. La experiencia en el adiestramiento de 32 diplomados en forma continua con 120 cirujanos inscritos. **Material y métodos:** Se revisaron los expedientes de los pacientes con padecimientos de vesícula y vías biliares, y de éstos, los que fueron intervenidos por cirugía laparoscópica, cual fue la patología más frecuente, las causas de conversión, sus complicaciones, los grupos de edad y sexo y la evolución en la curva de aprendizaje de la colecistectomía. **Resultados:** En un periodo de 9 años 6 meses se presentaron 3408 padecimientos de vesícula y vías biliares, de éstos, fueron tratados con procedimientos laparoscópicos el 66% (2039) colecistectomías, el índice de conversión en el primer año fue del 12%, a la mitad del periodo había bajado del 8 al 10% y en los dos últimos años es de 4.3%. El 80% fueron colecistitis crónica litiásica, el 12% colecistitis crónica litiásica agudizada, el resto colecistitis agudas (piocolecisto, hidrocolecisto), y un porcentaje menor de colecistitis alitiásica. Las causas de conversión más frecuentes fueron por sangrado, proceso inflamatorio, dificultad para identificar la vía biliar, y fallas y carencias en el equipo. Las complicaciones se presentaron en el 0.12%, desde infección de la herida, hasta lesiones de la vía biliar. Esto se detallará en la presentación del trabajo. La cirugía laparoscópica es parte importante en la formación del cirujano general, la curva de adiestramiento en nuestro medio es de 25 cirugías, y la experiencia y habilidades disminuye el índice de conversiones y las complicaciones.

066 TL 108

MANEJO DE LA PANCREATITIS AGUDA DE ORIGEN BILIAR

Vázquez GA, Santino FA
Hospital Regional Lic. A. LOPEZ MATEOS. ISSSTE México D.F.

Antecedentes: La pancreatitis de origen biliar puede ser intervenida en forma temprana o tardía según evolución clínica. Y puede tener un alto porcentaje de complicaciones. **Objetivo:** Manejo quirúrgico de la pancreatitis biliar en forma diferida, y dar manejo quirúrgico temprano sólo en caso de

complicación o sin respuesta favorable al manejo médico. **Material y método:** Hospital de tercer nivel, se identificaron pacientes con pancreatitis aguda en el periodo de septiembre de 2001 a mayo de 2002. Se determinó pancreatitis aguda leve, o severa de acuerdo a criterios de Ranson y por TAC clasificación de Baltazar. Se determinaron parámetros clínicos: dolor, náusea, vómito, fiebre, ictericia; laboratorio: leucocitosis, TGO TGP amilasa, lipasa, HB; USG TAC. De acuerdo a gravedad se sometieron a cirugía. **Resultados:** Se analizaron 32 pacientes, 19 hombres y 13 mujeres, con edad promedio de 40 años y rango de 19 a 63. Se determinó gravedad en 5 pacientes, que se intervinieron en forma temprana, realizándose: en 2 pacientes colecistectomía + exploración de vías biliares, en 2 pacientes necrosectomía, 1 paciente drenaje de pseudoquiste. Los restantes 27 pacientes se programaron en forma electiva. **Conclusiones:** La pancreatitis de origen biliar programada en forma electiva no tuvo complicaciones, no hubo mortalidad y las complicaciones que hubo fueron por la evolución de la enfermedad.

067 TL 129

RESECCIÓN HEPÁTICA. SIETE AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE REFERENCIA ONCOLÓGICA.

Mondragón SR, Gómez GE, Martínez GMN, Oñate OLF, Ruiz MJM
Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Cancerología.

Antecedentes: La resección hepática se realiza en un mayor número de hospitales en el mundo. La morbilidad y mortalidad operatoria ha disminuido debido a los avances tecnológicos. **Objetivos:** Evaluar los resultados de la resección hepática en un centro de referencia oncológica. **Pacientes y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo de los expedientes clínicos de pacientes operados en el Departamento de Gastroenterología del Instituto Nacional de Cancerología en un periodo de 7 años. Se analizaron variables de diagnóstico y manejo. **Resultados:** De junio de 1995 a junio de 2002, 144 resecciones hepáticas se realizaron en 141 pacientes con lesiones focales benignas y malignas. 98 fueron realizadas a mujeres y 46 a hombres. La edad varió de 15 a 88 años con promedio de 49.6 años. Se resecaron 54 pacientes con metástasis hepáticas, 35 con lesiones benignas, 29 con tumores primarios malignos y 26 por cáncer de vesícula y/o vías biliares. La lesión metastásica más frecuentemente resecada fue la de origen colorrectal. El hemangioma cavernoso fue la lesión benigna más frecuentemente resecada. El hepatocarcinoma fue el tumor maligno resecado con mayor frecuencia. El tipo de resección más frecuente fue la hepatectomía derecha en 33 (22.9%) pacientes, la hepatectomía izquierda en 25 (17.3%), la segmentectomía lateral izquierda en 19 (13.1%), la trisegmentectomía derecha en 15 (10.4%), la colecistectomía ampliada o resección de los segmentos IV-V en 14 (9.7%), la resección no-anatómica en 11 (7.6%), segmentectomía y enucleación en 6 (4.1%) cada una. Trisegmentectomía izquierda en 5 (3.4%), re-resección en 3, bisegmentectomía en 3. La hemorragia promedio fue de 1373.1 ml con rango de 20 a 5000 ml. El tiempo operatorio promedio fue de 240 minutos, y rango de 60 a 600 min. Rango. Se presentaron complicaciones en 41 pacientes (28%) siendo las más frecuentes: hemorragia postoperatoria en 11 pacientes (7.6%) e insuficiencia hepática en 6 (4.1%). Otras complicaciones fueron ascitis, fístula biliar, biloma. Se presentaron 10 de-

funciones postoperatorias (6.9%). **Conclusiones:** La causa más frecuente de resección en nuestro hospital fueron las metástasis hepáticas. La complicación más frecuente fue la hemorragia postoperatoria. Sin embargo la morbi-mortalidad operatoria es aceptable. La calidad de vida en un paciente resecado es muy buena.

068 TL 190

MANEJO QUIRÚRGICO DEL PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO

Romero LMDR, Cerón RM, Aquino FA, Salgado CPR
CMN 20 de Noviembre, ISSSTE.

La etiología más frecuente en la formación del pseudoquiste pancreático en nuestro medio es la complicación de un cuadro de pancreatitis aguda. El surgimiento de técnicas de mínima invasión como alternativa de la cirugía para el manejo de esta patología nos obliga a evaluar los resultados de estas modalidades. Presentamos los resultados de un estudio clínico, retrospectivo, observacional realizado en el CMN 20 de Noviembre del ISSSTE. De enero de 1998 a febrero de 2002, se ingresaron al servicio de cirugía general 26 pacientes con dx. de pancreatitis aguda grave, 13 pacientes presentaron pseudoquiste que ameritó para su resolución un procedimiento quirúrgico. El diagnóstico se realizó en todos los casos por clínica, corroborándose mediante TAC. 5 pacientes habían recibido tratamiento previo: Drenaje percutáneo en 3, endoscopia en 1, y cirugía 1. Se realizó cistogastroanastomosis en 12 pacientes y cistoyeyunoanastomosis en 1. El seguimiento se realizó en consulta externa retirando la sonda de drenaje a los 6 meses. Sólo 1 paciente presentó recidiva del pseudoquiste 14 meses después del retiro de la sonda, este paciente evolucionó a la cronicidad y requirió nueva derivación quirúrgica. En base a lo anterior, concluimos que en nuestro medio, a pesar del surgimiento de nuevas técnicas de mínima invasión, el tratamiento quirúrgico continúa siendo de elección al brindar excelentes resultados en el manejo definitivo de estas complicaciones: Mortalidad del 0% y mínima morbilidad.

069 TL 088

PANCREATITIS AGUDA SEVERA, EVALUACIÓN DE LAS DIVERSAS ESCALAS PRONÓSTICAS TEMPRANAS DE SEVERIDAD. EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

Rosas FM, Gaxiola WR, Ibáñez GO, Bonifaz CIJ, Meza VM, Vargas TE, Fuentes ST
Hospital General de México

Objetivo: Evaluar las escalas y pruebas bioquímicas pronósticas en los casos de pancreatitis aguda severa en el Hospital General de México, de 1997-2001. **Introducción:** La gran mayoría de los pacientes que cursan con pancreatitis aguda sufren una forma leve, sin embargo entre el 15% y el 25% padecen un cuadro de pancreatitis severa. En México, debido a diversos problemas logísticos es frecuente no contar con la mayoría de los marcadores serológicos y estudios de radiología, con los cuales a nivel mundial se puede evaluar y predecir de forma temprana la evolución y severidad de este padecimiento. Por ello se utilizan diversas escalas que son accesibles, económicas, y fáciles de realizar en los servicios de urgencias y cirugía del país, con una buena sensibilidad y especificidad según lo reportado en la literatura. Se evalúan de

forma retrospectiva las escalas y pruebas de laboratorio más representativas para predecir de forma temprana la severidad de este padecimiento. Siendo el Hospital General de México una institución médica de concentración nacional, las cifras reales son altamente representativas. **Métodos:** Se revisaron los expedientes de los pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda desde enero de 1997 hasta diciembre del 2001. Se evaluaron los parámetros incluidos en las escalas: de Baltazar (Criterios tomográficos), de Glasgow, de Ranson, de Osborne, APACHE II, hematócrito, calcio sérico y déficit de base, haciendo una correlación clínica en cada caso. Se utilizó métodos de estadística descriptiva con tablas de probabilidad y gráficas de frecuencia. Los parámetros utilizados en las escalas fueron tomados de la literatura. La severidad del cuadro se basó en los criterios establecidos en Atlanta. **Resultados:** Total 207 casos, 47 graves y 160 leves. En los casos graves, los resultados fueron: mayor sensibilidad: APACHE II 95%, mayor especificidad: Escala de Osborne 98% mayor valor predictivo positivo: Escala Osborne 90% y mayor valor predictivo negativo: APACHE II y los criterios de Baltazar 98%. **Conclusiones;** De acuerdo a nuestra revisión el APACHE II y la escala de Osborne fueron las más útiles para predecir la severidad en la pancreatitis aguda

070 TL 117

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON TUMOR EN VÍAS BILIARES

Hinojosa CA, Mercado MA, Chan C, Orozco H, Gómez F, Salgado NN, Cisneros de Ajuría R
Servicio de Cirugía, Instituto Nacional De Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Introducción: En un paciente con tumor de vías biliares, la cirugía puede ser curativa en etapas tempranas, con una supervivencia a 5 años de 20%, los pacientes con enfermedad avanzada tienen una supervivencia de 6 a 7 meses, en ellos está indicado procedimientos paliativos. **Objetivo:** Mostrar la experiencia en un periodo de 14 años en pacientes con tumores de vías biliares y que recibieron algún tratamiento quirúrgico con intento curativo o paliativo. **Metodología:** Se trata de una serie de casos, con 24 pacientes, operados en un periodo de 14 años 1987-2001. **Resultados:** La colangitis fue el principal motivo de consulta en 55% de los pacientes, cuando ingresaron la ictericia y malestar general se observó en 95%, dolor y prurito fue la segunda manifestación en 77%, la sensibilidad diagnóstica del ultrasonido y la tomografía fue mayor del 50%. Las lesiones Bismuth II fueron las más frecuentes en 36%. La hepatoyeyuno anastomosis se realizó en 59% y se colocó sonda en T en 77%. El adenocarcinoma no papilar fue la variedad histológica más frecuente, y los estadios avanzados T4 se observaron en 50%, sólo 32% se tenía un estadio T2, el promedio de supervivencia fue de 6.2 meses con un rango de (0.6 a 21.3). **Conclusiones:** Los tumores de vías biliares son una enfermedad poco frecuente, el mayor número de casos se presenta en etapas avanzadas cuando la cirugía ya no ofrece la posibilidad de curación, por tanto las alternativas quirúrgicas paliativas son de elección para mejorar la calidad de vida.

071 TL 130

FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y RESULTADOS DE TRATAMIENTO DEL COLANGIOMATOSIS PERIFÉRICO Y PERIHILIAR

Martínez GMN, Mondragón SR, Gómez GE, Núñez NRA, Oñate OLF, Ruiz MJM
Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Cancerología.

Antecedentes: El colangioma (CCC) es un tumor raro que puede originarse en cualquier parte de las vías biliares intra y extrahepáticas. Su pronóstico es malo con supervivencia global menor al 5% a 5 años. La experiencia en el manejo de esta tumoración en nuestro país es anecdótica. **Objetivos:** Conocer los factores epidemiológicos y los resultados del tratamiento del CCC en nuestro medio. **Material y métodos:** Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes diagnosticados y tratados durante un periodo de 10 años en un centro de referencia Oncológica. Se analizaron diferentes variables epidemiológicas, de diagnóstico y manejo así como de supervivencia. **Resultados:** Durante el periodo del 1º. de junio de 1992 al 1º. de junio del 2002 se presentaron al Departamento de Gastroenterología del Instituto Nacional de Cancerología 33 pacientes en quienes se realizó diagnóstico histológico de colangioma de localización periférica (8 pacientes) y/o perihiliar (Tumor de Klatskin) (25 pacientes). Veinticuatro pacientes fueron mujeres (72%) y 9 hombres (28%). El síntoma principal fue dolor abdominal (72%). Otros síntomas fueron ictericia (65%), pérdida de peso (59%) y coluria (46%). El estudio de imagen que se utilizó con mayor frecuencia fue la tomografía computada (71%). La cirugía continúa siendo el pilar básico del tratamiento en cual se utilizó en (78%) de los pacientes. La supervivencia global fue de 7% a 5 años y de los pacientes tratados fue de 15%. **Conclusiones:** Estas lesiones son más frecuentes en la mujer entre la quinta y séptima décadas de la vida. En este estudio no se encontró relación con enfermedades como la colangitis esclerosante primaria. La forma más frecuente de manejo fue la cirugía. A pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento el pronóstico de esta enfermedad es malo.

072 TL 250

EVALUACIÓN COLONOSCÓPICA DE LA HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO BAJO

Beitia JIE, Álvarez-Tostado F, Villanueva SE, Martínez HMP, Jaime ZM, Gutiérrez RA, Sandoval MRD, González GCP
Servicio de Cirugía de Colon y Recto. HE CMN SXXI IMSS.

Antecedentes: La hemorragia de tubo digestivo bajo constituye uno de los más grandes desafíos a los que se enfrenta el cirujano. Su manejo requiere de una evaluación ordenada, de forma que se realice un diagnóstico preciso y se brinde un tratamiento adecuado. En 80% de los pacientes la hemorragia es autolimitada. El resto de los pacientes serán sometidos a procedimientos invasivos o cirugía. **Objetivo:** Evaluar la utilidad de la colonoscopia como método diagnóstico en el manejo inicial de los pacientes con hemorragia de tubo digestivo bajo. **Métodos:** Se revisan los expedientes de 71 pacientes a los cuales se les realizó colonoscopia por hemorragia digestiva baja entre julio de 2001 y junio de 2002. **Resultados:** En 50% de los pacientes la causa de hemorragia fue la enfermedad diverticular del colon. La colonoscopia determinó el origen de la hemorragia en 71% de los pacientes. 78% de los pacientes presentaron hemorragia autolimitada. En 15.5% de los pacientes presentaron sitio de hemorragia proximal a la válvula ileocecal. **Conclusiones:** La colonoscopia permite determinar el sitio de hemorragia en 71% de los pacientes.

La enfermedad diverticular es la causa más frecuente de hemorragia digestiva baja. La resección de colon de urgencias se realizará con mayor frecuencia en pacientes que a su ingreso presentan anemia, choque hipovolémico y que reciben 4 o más paquetes globulares.

073 TL 229

EXPERIENCIA QUIRÚRGICA EN LA ENFERMEDAD DIVERTICULAR DE COLON

Cervantes CJ, Fenig RJ, Velázquez GA, Campos CF, Galindo ML, Delgadillo TG, González RF, Arroyo LH
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza. Cirugía General.

Objetivo: Conocer las complicaciones más frecuentes de la enfermedad diverticular del colon, el manejo quirúrgico, los resultados y las complicaciones posquirúrgicas en el HECMNR. **Material y métodos:** Se revisaron los expedientes clínicos de los últimos cinco años de pacientes con enfermedad diverticular que hayan requerido tratamiento quirúrgico de manera electiva y urgencia. **Resultados:** 112 pacientes con enfermedad diverticular, 67 fueron vistos en el hospital por 1 vez y 45 referidos de otros hospitales por complicación quirúrgica. 45 hombres y 22 mujeres con edad media de 54 años, el antecedente patológico más común el estreñimiento crónico y el síntoma causa de cirugía electiva fue el sangrado. La perforación diverticular se presentó en 23 por lo que se realizó intervención de urgencia. El dolor crónico y la estenosis fue la complicación menos frecuente. La localización más frecuente fue sigmoides. El tipo de intervención quirúrgica electiva fue la resección con anastomosis en un plano y de urgencia la colostomía derivativa, resección con cierre distal y cierre de colostomía tres meses después. La complicación quirúrgica más común el absceso residual en 4 pacientes. **Conclusión:** La enfermedad diverticular es una enfermedad frecuente secundaria a estreñimiento crónico, la presentación inicial es por sangrado y es causa de cirugía de manera electiva, la perforación es la primera causa de cirugía de urgencia, la resección con anastomosis primaria ofrece buenos resultados mientras que la colostomía con cierre distal es la cirugía más segura para el paciente con perforación diverticular.

074 TL 249

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ENFERMEDAD DIVERTICULAR COMPLICADA. EXPERIENCIA DE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Gutiérrez RA, Beitia JIE, Villanueva SE, Martínez HMP, Jaime ZM, Sandoval MRD, González GCP
Servicio de Cirugía de Colon y Recto. HE CMN SXXI IMSS.

Objetivo: Informar la experiencia y resultados en el manejo de la enfermedad diverticular complicada mediante el análisis retrospectivo de un estudio transversal y descriptivo. **Material y métodos:** Se revisaron los expedientes clínicos de todos los pacientes que fueron sometidos a tratamiento quirúrgico por complicaciones de la enfermedad diverticular de enero de 1996 a diciembre de 2001. **Resultados:** Se realizaron un total de 78 procedimientos quirúrgicos. Cuarenta y siete pacientes masculinos y 31 femeninos con un promedio de edad de 62.5 años. Se realizaron 15 cirugías de urgencia y 63 en forma electiva. La principal indicación quirúrgica fue presencia de fístula (37.2%), seguida de sangrado de tubo

digestivo bajo (24.3%), estenosis (21.8%) y diverticulitis (16.6%). El procedimiento quirúrgico más frecuente fue la sigmoidectomía y colo-rectoanastomosis con engrapadora circular (52.5%), seguida del procedimiento de Hartmann (21.8%). El tiempo quirúrgico promedio fue de 208.8 minutos. El 21.8% de los pacientes presentaron complicaciones, siendo la más frecuente la infección de la herida quirúrgica (7.7%), seguida por seroma (3.8%) íleo postquirúrgico (2.5%) y dehiscencia (2.5%). El índice de mortalidad fue de 1.28%. **Conclusiones:** Es posible realizar un manejo en forma electiva de las complicaciones tanto estenóticas como fistulosas de la enfermedad diverticular mediante anastomosis primaria. La morbi-mortalidad aumenta en los casos en los que la cirugía es llevada a cabo en forma urgente.

075 TL 025

DINITRATO DE ISOSORBIDE VS PLACEBO EN EL TRATAMIENTO DE LA FISURA ANAL AGUDA, ESTUDIO DE ASIGNACIÓN ALEATORIA

Coyoli O, Cruz C, Toledo C, Herrejón JM, Labastida L, Gijón J, Stahl E, Reyes D, Bonilla A, González S
Servicio de Coloproctología Hospital Regional ALM ISSSTE.

La utilización de medicamentos donadores de óxido nítrico en el tratamiento médico de la fisura anal aguda se ha venido empleando a nivel mundial, su eficacia en relación a la utilización de placebo es motivo de controversia. **Objetivo:** Determinar la eficacia del empleo de dinitrato de isosorbide vs placebo en el tratamiento de la fisura anal aguda. **Pacientes y métodos:** Estudio prospectivo de asignación aleatoria y doble ciego que incluyó a pacientes con el diagnóstico de fisura anal aguda en el período comprendido entre el 1 de marzo del 2001 y el 30 de octubre del 2001. Los pacientes fueron distribuidos en dos grupos, el grupo A que recibió dinitrato de isosorbide a dosis de 0.2 mg cada 8 horas por 6 semanas y el grupo B que recibió placebo durante el mismo período de tiempo, en ambos grupos se utilizó dieta alta en fibra y Psyllium Plantago polvo, el tiempo promedio de seguimiento fue de 24 semanas. Se excluyó a todo paciente que no cumplió con el tratamiento. Se consideraron como variables de interés la disminución del dolor medido con escala visual, así como cicatrización de la fisura, se empleó estadística descriptiva y pruebas paramétricas y no paramétricas, se consideró significancia estadística a valores de $p < 0.05$. **Resultados:** Se incluyeron para la realización de este estudio a 56 pacientes distribuidos en 2 grupos de 28 pacientes de acuerdo al diseño del estudio, el 62.5% pertenecían al sexo femenino y el 37.5% al sexo masculino, la edad promedio fue de 37 años. No existió diferencia estadística en cuanto a edad, sexo y tiempo de evolución entre ambos grupos de estudio. Se registró disminución del dolor a la mitad de su intensidad inicial o más en el 92% de los pacientes del grupo A y únicamente en el 60% del grupo B $p = 0.03$, dicha diferencia se observó desde las primeras dos semanas y se mantuvo durante todo el tratamiento. Se registró cicatrización de la fisura anal en el 87% de pacientes del grupo A y en el 62% de pacientes del grupo B $p = 0.004$. Se presentó recidiva a 6 meses en el 10% de pacientes del grupo A y en el 14% de pacientes del grupo B $P = 0.08$ (NS). Se registraron efectos adversos en el 10% de pacientes del grupo A sin motivar abandono en el tratamiento. **Conclusión:** El empleo de dinitrato de isosorbide fue superior al placebo en cuanto a disminución del dolor y cicatrización, su utilización se justifica en el manejo médico de la fisura anal.