

Cirujano General

Volumen **24**
Volume

Suplemento **1**
Supplement

Octubre-Diciembre **2002**
October-December

Artículo:

Trabajos Libres del 076-152

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

- | | | | |
|----|---|----|--|
| 31 | Prolapso rectal completo. Experiencia de 21 años en el Hospital Regional de Especialidades no. 25 IMSS Monterrey, Nuevo León | 38 | Estudio epidemiológico de las infecciones en el servicio de Cirugía del Hospital General de Hermosillo Sonora. 1994-2000 |
| 31 | Valor predictivo del ultrasonido endoanal en el tratamiento quirúrgico de incontinencia anal no idiopático | 39 | Hipocalcemia e íleo como determinantes de severidad en la pancreatitis aguda |
| 31 | Reservorio ileoanal en "J" para tratamiento de la colitis ulcerativa | 39 | Detección oportuna de patología quirúrgica en medio rural |
| 32 | Resultados funcionales en pacientes con proctocolectomía total por colitis ulcerativa (CUCI). ¿Es necesaria la ileostomía en asa temporal | 39 | Experiencia de interposición de colon en el Hosp. Esp. CM. "La Raza". IMSS |
| 32 | Manejo quirúrgico de la colitis ulcerosa crónica inespecífica en el Hospital Regional de Especialidades 25 | 40 | Resección laparoscópica de colon. Resultados en el Hospital Español de México |
| 32 | Cáncer colorrectal. Experiencia en el Hospital de Especialidades CMN la Raza | 40 | Resultados de la colectomía laparoscópica. Experiencia con 600 casos en el Hospital Clínico de Barcelona |
| 33 | Ganglio centinela en cáncer colorrectal: estudio piloto de sensibilidad y factibilidad | 40 | Tratamiento laparoscópico de la hernia hiatal gigante |
| 33 | Evolución clínica posquirúrgica, en pacientes con cáncer de recto sometidos a tx neoadyuvante | 41 | Úlcera péptica perforada. Criterios que norman conducta quirúrgica |
| 34 | Empleo de bolsa de polietileno para cierre de pared abdominal comparado con técnica de bolsa de Bogotá en abdomen difícil | 41 | Tratamiento quirúrgico de la gastritis por reflujo alcalino consecutiva a cirugía antiúlcera previa |
| 34 | Experiencia en un centro especializado en tratamiento de hernias | 41 | Experiencia del ganglio centinela en cáncer de mama en el Instituto Nacional de Cancerología |
| 34 | Reparación de defectos tisulares de la pared abdominal con pericardio de bovino | 42 | Mortalidad por cáncer de mama en el Edo. de Gto. |
| 35 | Prostatectomía transuretral combinada con plastia inguinal con malla y libre de tensión | 42 | Riesgo de cáncer de mama invasor y patrones de escrutinio y profilaxis en pacientes del INCMYNSZ |
| 35 | Plastia inguinal con tejido autólogo | 42 | Ganglio centinela en cáncer de mama: validación individual de la técnica |
| 35 | Nueva técnica de hernioplastia inguino-femoral anterior libre de tensión: técnica de HERD | 43 | Cirugía de cáncer de mama. Experiencia y resultados |
| 36 | Pronóstico quirúrgico de pacientes intervenidos con HB/HT o de 10/30 | 43 | Resección de pared torácica en la recurrencia de patología mamaria |
| 36 | Alimentación enteral transfístula un recurso útil en fístulas de gasto alto | 44 | Reparación de la vía biliar |
| 36 | Beneficio del uso de oligopéptidos en enfermos quirúrgicos con sepsis peritoneal | 44 | Efecto de la derivación biliodigestiva en la fibrosis hepática secundaria a lesión iatrogénica de la vía biliar |
| 37 | El ayuno como indicación médica | 44 | Resultados en la cirugía de reconstrucción de vías biliares |
| 37 | Reintervención. Causas y consecuencias revisión a 5 años | 45 | Lesión aguda de vía biliar. Necesidad de reparación alta |
| 37 | Lluvia bacteriana | 45 | Quiste de colédoco. Veinticinco años de experiencia en el HECMNO IMSS |
| 38 | Utilidad del metronidazol, infiltrado en heridas quirúrgicas, para disminuir el riesgo de infecciones de la pared abdominal | 45 | Reconstrucción de vías biliares, experiencia personal de 8 casos, en un Hospital Privado |
| 38 | Manejo de abdomen abierto en sepsis abdominal | 45 | Utilidad del sello de fibrina humano en trasplante renal |
| | | 46 | Lesiones intra-abdominales por catéter rígido de diálisis peritoneal |
| | | 46 | Factores asociados a disfunción de catéter de Tenckhoff |

Trabajos libres

47	Trasplante renal pediátrico. Experiencia en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional IMSS Puebla	52	Prevalencia de trombosis venosa esplénica en pancreatitis aguda grave
47	Trasplante renal en el CETRA de San Luis Potosí	52	Experiencia en coledocoduodenoanastomosis en el Hospital Regional de Especialidades no. 25 IMSS
47	Hiperparatiroidismo terciario en trasplante renal	52	Manejo de la coledocolitiasis en el Hospital Regional "1° de Octubre ISSSTE
48	Trauma facial complejo. Experiencia de 5 años en su manejo integral	53	Valoración nutricional global subjetiva
48	Trauma penetrante de cuello: ¿todos los casos son de resolución quirúrgica?	53	Manejo de lesiones traumáticas de intestino delgado
49	Perforación gastrointestinal en trauma no penetrante de abdomen	53	Experiencia con dos técnicas quirúrgicas en reparación de hernia inguinal
49	Factores pronósticos en el tratamiento quirúrgico del trauma de colon	54	Hernioplastía de pared abdominal con técnica de Rives
49	Lesiones inadvertidas en trauma abdominal	54	Absceso profundo de cuello
50	Factores de riesgo asociados en la mortalidad de las quemaduras	54	Causas de dolor abdominal en pacientes mayores de 60 años
50	Cirugía de control de daño en el H.G.Q	55	Eficacia del tratamiento descompresivo en el síndrome del compartimiento abdominal
50	Cirugía laparoscópica en un Hospital General de Zona	55	Prevalencia de trombosis venosa esplénica en pancreatitis aguda grave.
51	Experiencia con dos técnicas quirúrgicas en reparación de hernia inguinal	55	Experiencia en coledocoduodenoanastomosis en el Hospital Regional de Especialidades No. 25 IMSS
51	Hernioplastía de pared abdominal con técnica de Rives	55	Manejo de la coledocolitiasis en el Hospital Regional "1 de Octubre" ISSSTE
51	Absceso profundo de cuello	55	Valoración nutricional global subjetiva
51	Causas de dolor abdominal en pacientes mayores de 60 años	56	Valoración nutricional global subjetiva
52	Eficacia del tratamiento descompresivo en el síndrome del compartimiento abdominal	56	Manejo de lesiones traumáticas de intestino delgado



076 TL 218

PROLAPSO RECTAL COMPLETO. EXPERIENCIA DE 21 AÑOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ESPECIALIDADES NO. 25 IMSS MONTERREY, NUEVO LEÓN

López BG, Luciano Medina ML, Yado LME, Robles GB, Castellanos HJA, Domínguez GDJ
Hospital Regional de Especialidades No. 25 IMSS Monterrey, Nuevo León.

Antecedentes: El prolapso rectal completo (PRC) es la protrusión del recto a través del orificio anal. Se han mencionado múltiples factores en la etiopatogenia de esta entidad. Generalmente se presenta en los extremos de la vida y en los adultos afecta principalmente a las mujeres. La incontinencia anal frecuentemente está asociada al PRC. Los tratamientos quirúrgicos son muy variados y en nuestro hospital hemos utilizado la técnica de abordaje abdominal con suspensión-fijación del recto con malla sintética la cual creemos sea la mejor opción. **Objetivo:** Mostrar los resultados de la evaluación posoperatoria del tratamiento del PRC con abordaje abdominal con la técnica de suspensión-fijación del recto utilizando malla sintética haciendo énfasis en la morbimortalidad perioperatoria y los resultados funcionales a mediano y largo plazo. **Material y métodos:** Se analizan los expedientes clínicos de 76 pacientes operados de PRC con abordaje abdominal con la técnica de suspensión-fijación del recto utilizando malla sintética en un periodo de 21 años de junio de 1980 a diciembre del 2001. **Resultados:** De los pacientes revisados se encontró que el 62% fueron hombres y 38% fueron mujeres variando las edades de 16 a 82 años. Además del examen físico se practicó rectosigmoidoscopia, colonoscopia, colon por enema, electromiografía y/o manometría anal. Los síntomas preponderantes fueron constipación, masa transanal al defecar, sangrado, sensación de evacuación incompleta e incontinencia anal. Las complicaciones perioperatorias se presentaron en el 36.8%: sangrado del plexo sacro en 1 caso (1.3%), infección de vías urinarias bajas en 4 pacientes (5.2%), hematuria, hernia posincisional, edema de mucosa rectal importante y dehiscencia parcial de herida quirúrgica en un caso cada una. Hubo una recidiva del prolapso 6 meses después que se reintervino quirúrgicamente con el mismo procedimiento con resultado satisfactorio. Lo importante son las complicaciones funcionales que se presentaron en 18 pacientes (23.6%): constipación en nueve, trastornos de erección en dos, ano húmedo en dos, eyaculación retrógrada en tres, incontinencia parcial a heces en uno y vejiga neurogénica en uno. No existió mortalidad. **Conclusiones:** En nuestra serie predominó el sexo masculino sobre el femenino contrario a lo reportado en la literatura. Los problemas funcionales, en especial la constipación es mayor que en otras series. Algunos de los trastornos funcionales se manejaron médicamente con buen resultado, sólo llama la atención la eyaculación retrógrada y la vejiga neurogénica, posiblemente relacionados a denervación de la región presacra durante el acto quirúrgico. La recurrencia posoperatoria con el procedimiento utilizado es menor (1.3%) que en otras series reportadas con otras técnicas quirúrgicas (2-7%) por lo que recomendamos este procedimiento para el tratamiento del PRC.

077 TL 251

VALOR PREDICTIVO DEL ULTRASONIDO ENDOANAL EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE INCONTINENCIA ANAL NO IDIOPÁTICO

Jaime ZM, Martínez HMP, Villanueva SE, Rocha RJL, González GCP, Gutiérrez RA, Sandoval MRD, Beitia JIE
Departamento de Cirugía de Colon y Recto del Hospital de Especialidades de Centro Médico Nacional Siglo XXI. México D.F.

Antecedentes: La incontinencia anal es una de las condiciones más devastadoras debida en parte a las limitaciones físicas, psicológicas y sociales. Antes del advenimiento de la ultrasonografía endoanal y de las pruebas de fisiología ano-rectal la cirugía para incontinencia arrojaba resultados desalentadores. **Objetivo:** Resaltar el valor predictivo del ultrasonido endoanal (USEA) preoperatorio en la incontinencia anal no idiopática. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, longitudinal, observacional, comparativo de 26 pacientes con incontinencia anal no idiopática, sometidos a tratamiento quirúrgico, 16 de ellos con USEA preoperatorio y 10 sin USEA preoperatorio, valorándolos con escala de Wexner previo a la cirugía y después de la misma, empleando la misma técnica quirúrgica en el mismo hospital. **Resultados:** Se dio seguimiento a los pacientes por la consulta externa por un periodo de tiempo de 1-6 meses, empleando la escala de Wexner para valorar el estado de continencia, de ambos grupos se formaron tres subgrupos aleatorios de acuerdo a la mejoría de la continencia: mejoría menor de 5 puntos, mejoría de 6-10 puntos y más de 11 puntos con los siguientes resultados: 87% de los pacientes operados con USEA preoperatorio presentaron mejoría sustancial (mayor de 6 puntos) 1 con 6-10 y 13 con 6-10 puntos de mejoría, mientras que sólo el 50% de los operados sin USEA preoperatorio presentaron mejoría, 1 con 6-10 puntos y 4 con más de 10 puntos. El empleo del USEA es determinante en el pronóstico de los pacientes sometidos a cirugía por incontinencia anal no idiopática. **Conclusiones:** El empleo del USEA es determinante en el pronóstico de los pacientes sometidos a cirugía por incontinencia anal no idiopática.

078 TL 248

RESERVORIO ILEOANAL EN "J" PARA TRATAMIENTO DE LA COLITIS ULCERATIVA

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

Introducción: La colitis ulcerativa es una enfermedad inflamatoria crónica. El tratamiento difiere dependiendo de la fase clínica de la enfermedad, en un inicio debe ser médico, el tratamiento quirúrgico tiene indicaciones precisas. **Material y métodos:** Se revisan 11 expedientes de pacientes sometidos a realización de reservorio ileoanal en "J" por colitis ulcerativa en el servicio, de marzo de 1996 a marzo del 2001. **Resultados:** La edad varió de 21 a 60 años, tiempo de evolución con CUCI de 2 a 10 años, la principal indicación quirúrgica fue falta de respuesta a tratamiento médico. Se realizó en 6 pacientes proctocolectomía total con reservorio ileoanal en "J" y en 5 pacientes proctectomía (por cirugía previa incompleta) más reservorio ileoanal en "J". El tiempo quirúrgico varió de 300 a 420 minutos. A todos los pacientes se les realizó ileostomía en asa de protección la cual fue reconectada entre la 6 y 8 semanas posteriores a la cirugía, previa realización de estudio contrastado para evaluar reservorio. Se presentaron las siguientes complicaciones: 2 pacientes (18%) desarrollaron fístula enterocutánea del reservorio a piel, uno de éstos además presentó eyaculación retrógrada y otro

(9%) desarrolló un cuadro de "pouchitis" que fue tratado médicamente. Todos los pacientes suspendieron la ingesta de medicamentos, y presentaron de 4 a 6 defecaciones al día y 1 a 2 por la noche. No se ha perdido aún ningún reservorio. **Conclusiones:** El reservorio ileoanal es considerado actualmente como el estándar de oro en el tratamiento quirúrgico del CUCI, con este procedimiento se evita el desarrollo de manifestaciones extracolónicas permanentes, se erradica por completo la enfermedad, y otorga una mejor calidad de vida al conservar el mecanismo esfinteriano.

079 TL 105

RESULTADOS FUNCIONALES EN PACIENTES CON PROCTOCOLECTOMÍA TOTAL POR COLITIS ULCERATIVA (CUCI). ¿ES NECESARIA LA ILEOSTOMÍA EN ASA TEMPORAL

González QH, Shore G, Vickers SM, Bondora A, Lozano SRR

Departamento de Cirugía Gastrointestinal, University of Alabama at Birmingham, Birmingham, EUA, y +Departamento de Cirugía General, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, D. F., México.

Objetivo: Evaluar los resultados quirúrgicos y funcionales posterior a la realización de proctocolectomía total por colitis ulcerativa (CUCI) en un centro de tercer nivel de referencia en EUA para enfermedad inflamatoria intestinal. **Material y método:** De enero de 1995 a mayo de 2002, identificamos 91 pacientes con el diagnóstico de CUCI que fueron sometidos a proctocolectomía total con anastomosis ileoanal con reservorio en J con realización de ileostomía en asa temporal (grupo A = 67 pacientes) o sin ileostomía (grupo B = 24). Los datos recolectados incluyeron edad, sexo, duración de la enfermedad, manifestaciones extraintestinales, tiempo del diagnóstico, tratamiento médico, tono del esfínter anal, indicación para cirugía, tiempo operatorio, hemorragia transoperatoria, complicaciones posterior a cirugía inicial o posterior al cierre de ileostomía, mortalidad y resultados funcionales del pouch en J. El análisis estadístico de las variables se realizó utilizando el programa SPSS, mediante las pruebas de Chi cuadrada y T de Student. Los resultados se muestran en promedio.

Resultados:

Variable	Grupo A	Grupo B	Significancia
Edad, años	40	44.2	NS
Relación M:F	1:2	1:1.2	NS
Duración de los síntomas	6	9.9	NS
Tiempo quirúrgico minutos	200	178	P < 0.0005
Sangrado, cc	367	329	P < 0.039
Complicaciones	10%	15%	NS
Evacuaciones diarias	5.2	5.2	NS
Incontinencia parcial antes de los primeros seis meses	50%	50%	NS
Incontinencia parcial después de seis meses	0%	0%	NS
Evacuaciones nocturnas	8%	5%	NS
Seguimiento, años	1.1	0.6	NS

Todos los pacientes se encontraban bajo tratamiento médico. Las indicaciones principales para cirugía fueron falla al tratamiento médico, colitis tóxica, hemorragia severa, displasia de alto grado o adenocarcinoma. No hubo transfusiones transoperatorias. No se reportó disfunción vesical o sexual. **Conclusión:** La proctocolectomía total con reservorio en J es el tratamiento de elección para la colitis ulcerativa, y en un grupo seleccionado la cirugía puede realizarse sin necesidad de ileostomía en asa, manteniendo buenos resultados funcionales.

080 TL 216

MANEJO QUIRÚRGICO DE LA COLITIS ULCEROSA CRÓNICA INESPECÍFICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ESPECIALIDADES 25

López BG, Medina MJL, Castellanos HJA, Domínguez GDJ Hospital Regional de Especialidades 25 IMSS, Monterrey Nuevo León.

El 30% de los pacientes con colitis ulcerativa experimentarán cirugía. La indicación más común de la cirugía es la resistencia al tratamiento, otros son hemorragia, megacolon tóxico, displasia y carcinoma. El manejo de la colitis ulcerativa ha evolucionado desde la proctocolectomía con ileostomía convencional hacia la creación de reservorios ileales con anastomosis ileo-anal (proctocolectomía restauradora) la cual se considera actualmente el procedimiento de elección y que también ha evolucionado con la introducción de un procedimiento con engrapadora. **Objetivo:** El objetivo de nuestro estudio es describir la experiencia en el manejo quirúrgico de pacientes con CUCI especialmente con el uso de proctocolectomía restauradora en el Hospital Regional de Especialidades 25 IMSS, Monterrey Nuevo León. **Material y métodos:** Se revisaron los expedientes clínicos de 37 pacientes operados por CUCI en forma electiva o de urgencia en el lapso comprendido entre 1995 al 2002. Se revisaron los datos demográficos, indicación quirúrgica, morbilidad y mortalidad, así como su estado funcional en la última fecha consultada. **Resultados:** La edad promedio fue de 37 años + 15 años. Hubo 12 mujeres (32.4%) y 25 (66.6%). La mortalidad fue del 5.4% con una morbilidad del 45%. La indicación más frecuente (72%) fue la falta de respuesta al tratamiento médico. Nueve pacientes se sometieron a cirugía de urgencia. El tratamiento quirúrgico restaurador con mucosectomía, bolsa ileal e ileoanoanastomosis manual se realizó en el 62% y sin mucosectomía con anastomosis mecánica en el 30%. El 65% de los pacientes reportó tener 6 o menos evacuaciones al día. **Conclusiones:** La anastomosis ileo-anal con reservorio ileal después de la resección del colon y recto es un procedimiento factible de realizar en pacientes institucionales como tratamiento de elección con una morbimortalidad aceptable.

081 TL 122

CÁNCER COLORRECTAL. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN LA RAZA

Andrade BJB, León MPU, Cuevas M. de OF, Rodríguez RF, Pulido MMA Hospital de Especialidades CMN La Raza.

Antecedentes: La tasa de mortalidad en México por cáncer colorrectal en los últimos años se ha incrementado en un 100% y se ha encontrado que cada vez la población afectada

abarca a personas más jóvenes. De aquí la importancia del seguimiento de protocolos de estudio de acuerdo al riesgo de la población. **Objetivo:** Dar a conocer la experiencia en cáncer colorrectal en un hospital de tercer nivel de atención en un periodo de 10 años. **Material y métodos:** Revisión retrospectiva y prospectiva en el periodo de 1990 al 2000. **Resultados:** Se encontraron 292 casos de cáncer colorrectal. La principal localización fue rectal (n = 194) 66.4%, de los cuales el 43.5% fueron de recto inferior sigmoides 14%, ángulo hepático 8.9%, colon ascendente 6.8%, ángulo esplénico 2.9% y colon transverso 1%. La cirugía más frecuente fue la RAP (n = 119) 40.8%. La etapa clínica definitiva más frecuente fue B2 (28.4%), seguida por C2 (24%), D 9.2% y A 6.5%. El 51% fueron adenocarcinomas moderadamente diferenciados. 17% de los pacientes presentaron complicaciones perioperatorias menores. 113 pacientes requirieron tratamiento adyuvante y se presentó una mortalidad de 24 pacientes en el periodo estudiado. **Conclusiones:** Es de importancia la sospecha diagnóstica de cáncer colorrectal y el seguimiento adecuado de protocolos de estudio, así como el tratamiento indicado de acuerdo a la etapa clínica y localización. La cirugía que más se realizó por la localización y etapa clínica fue la RAP. De sospechar y lograr un diagnóstico más temprano, podrán realizarse cirugías más conservadoras y mejorar el pronóstico.

082 TL 004

GANGLIO CENTINELA EN CÁNCER COLORRECTAL: ESTUDIO PILOTO DE SENSIBILIDAD Y FACTIBILIDAD

Medina FH, Takahashi MT, González RGF, Jazmín de Anda Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán».

Antecedentes: La técnica de ganglio centinela (GC) permite un mejor estadiaje de diversas neoplasias como carcinoma de mama y melanoma. Su utilidad en el contexto de cáncer colorrectal es controversial. **Objetivo:** Determinar la factibilidad y sensibilidad de la técnica de detección de ganglio centinela en pacientes con neoplasias malignas del colon y recto. **Métodos:** Pacientes adultos con diagnóstico de carcinoma del colon o recto sin datos clínicos o radiográficos de metástasis ganglionares o viscerales fueron incluidos en el estudio. Los pacientes fueron sometidos a laparotomía y resección quirúrgica estándar para la neoplasia del colon o recto según el caso. En los casos de cáncer de colon se inyectó transoperatoriamente en la subserosa alrededor del tumor de 0.1 a 0.3 cc de azul de isosulfán (Lymphazurin®), identificando el o los canales linfáticos y el o los primeros ganglios en teñirse de azul, los cuales fueron disecados del mesenterio y enviado a Patología etiquetados como GC para su estudio con hematoxilina y eosina (H&E), así como tinción de inmunohistoquímica para citoqueratinas de bajo peso molecular. La resección se completó en forma convencional siendo disecados el resto de los ganglios en el departamento de Patología y analizados con H&E. En los casos de cáncer de recto, la inyección del azul de isosulfán y la identificación del GC se realizó *ex-vivo*, una vez resecada la pieza quirúrgica. Se consideró como GC falso negativo a la ausencia de metástasis en dicho ganglio en presencia de metástasis en ganglios no-centinela. Se analizaron variables demográficas, clínicas y patológicas, así como la sensibilidad y valor predictivo del GC. **Resultados:** Se incluyeron 10 pacientes, siete de ellos del sexo femenino con una edad promedio de 69 años (42-90). En siete pacientes el tumor se localizó en el colon y

en 3 en el recto. El diámetro promedio del tumor fue de 4.8 cm (2-10 cm). La mayoría de los pacientes (6) presentaba un tumor en estadio B2 de la clasificación de Dukes. En el 100% de los pacientes se identificó el GC en un tiempo promedio de 5.5 minutos (3-8 min). El promedio de GC identificados fue de 2.5 por paciente (1-7), mientras que se identificaron un promedio de 15.6 ganglios no centinela por paciente (10-42). Se identificó enfermedad ganglionar en 3 (30%) de los pacientes. Con tinción de H&E un paciente presentó ausencia de metástasis en el GC, con presencia de metástasis en tres ganglios no centinela en este paciente, el análisis con inmunohistoquímica demostró micrometástasis en el GC. En un paciente el GC fue el único positivo para enfermedad metastásica. Del grupo de pacientes sin enfermedad metastásica por H&E se identificó enfermedad micrometastásica en el GC por inmunohistoquímica. Así, tomando en cuenta la tinción para citoqueratinas de bajo peso molecular, la sensibilidad y el valor predictivo negativo del GC fue de 100%. No se presentaron reacciones adversas en ninguno de los pacientes. **Conclusión:** La técnica del GC en cáncer colorrectal es factible y sin efectos colaterales. La sensibilidad y valor predictivo negativo es de 100% en este estudio, siendo requisito el estudio del GC con inmunohistoquímica. El impacto en el pronóstico y manejo de este grupo de pacientes está aún por determinarse.

083 TL 087

EVOLUCIÓN CLÍNICA POSQUIRÚRGICA, EN PACIENTES CON CÁNCER DE RECTO SOMETIDOS A TX NEOADYUVANTE

Medina ML

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

Actualmente el cáncer de recto afecta a 36,000 personas y causa 8,000 muertes por año en los Estados Unidos. Basados en estudios de investigación, el tratamiento quirúrgico del cáncer de recto ha cambiado considerablemente durante los últimos 20 años, antes el 100% de los pacientes se sometían a resección abdominoperineal, actualmente este procedimiento sólo queda confinado a un 20-30% de los pacientes con cáncer de recto. Actualmente el advenimiento de la quimioterapia y la radioterapia neoadyuvante, ha disminuido el índice de recurrencias y aumentando el porcentaje de sobrevivientes a 5 años. Siendo en 1990 cuando se concluye que los pacientes en Estadio II y III deben de ser tratados con radioterapia y quimioterapia en combinación con cirugía posterior. Los resultados iniciales con radiación externa preoperatoria sugirieron que se podía lograr una reducción de la tasa de recurrencia locales, pero ningún cambio de la supervivencia a largo plazo, sin embargo actualmente se ha demostrado la eficacia en este ultimo punto debido a que los porcentajes de supervivencia, así como una mejor calidad de vida proyectadas a cinco años se ha mejorado con estas técnicas preoperatorias. Se puede concluir que la radioterapia preoperatoria controla el cáncer en el margen periférico o tangencial de resección y que destruye los depósitos tumorales en los ganglios linfáticos pararectales, así, durante la disección pueden quedar ganglios locales, sin embargo inactivos por efecto de la radioterapia. Otras de las ventajas de la radioterapia es la reducción tumoral incluso al grado de desaparecer, se vuelve menos fijo y facilita la resección quirúrgica. De esta manera se concluye que todo paciente con

dx de ca de recto debe de ser sometido a tratamiento neoadyuvante previo a la cirugía incrementando su supervivencia a cinco años y disminuyendo casi al 100% las posibilidades de recurrencia local. El objetivo de este trabajo es describir la experiencia obtenida en pacientes con cáncer de recto en el HRE No 25 IMSS Centro Médico del Noreste a partir del uso de la estandarización del uso de radioterapia en todos los pacientes con este diagnóstico a partir del año 2000. Evaluando el procedimiento quirúrgico y la evolución postquirúrgica del paciente.

084 TL 029

EMPLEO DE BOLSA DE POLIETILENO PARA CIERRE DE PARED ABDOMINAL COMPARADO CON TÉCNICA DE BOLSA DE BOGOTÁ EN ABDOMEN DIFÍCIL

Cruz OPA, Chacón ME, Martínez OJL, Chavelas LM, De La Fuente LM, Sánchez FP, Blanco BR
Hospital de Especialidades Dr. Benardo Sepúlveda, CMN Siglo XXI, Hospital General Regional No. 1 Gabriel Mancera.

Antecedentes: El cierre primario de la pared abdominal en una cavidad abdominal infectada después de la corrección de la patología primaria básicamente no es ideal, por que el cierre se desarrollará con una alta tensión de los tejidos. Esto condiciona complicaciones en el paciente, como isquemia y necrosis de los tejidos, infección, dehiscencia, síndrome compartimental y falla orgánica múltiple, con mortalidad mayor del 80%. **Objetivo del estudio:** Comparar la colocación de bolsa de polietileno contra la técnica de bolsa de Bogotá. **Material y métodos:** Estudio observacional, prospectivo, longitudinal y comparativo en donde se analizaron un total de 40 pacientes consecutivos, 19 de ellos sometidos a colocación de bolsa de polietileno y 21 pacientes sometidos a colocación de bolsa de Bogotá. **Resultados:** 21 pacientes del sexo masculino y 19 femenino, con una mediana de edad de 61 años de edad (margen 27 a 91). Hubo complicaciones secundarias en 10 pacientes con bolsa de Bogotá y en tres pacientes con bolsa de polietileno $p = 0.037$. Se observaron fístulas en 7 pacientes con bolsa de Bogotá y en uno de bolsa de polietileno $p = 0.045$. Fueron reintervenidos 16 pacientes con bolsa de Bogotá y 4 con bolsa de polietileno $p = 0.00$. La mortalidad fue de 8 pacientes con bolsa de Bogotá y 5 pacientes con bolsa de polietileno. **Conclusión:** La técnica de colocación de bolsa de polietileno y cierre de la piel sin tensión es un método más seguro, con menor número de complicaciones en pacientes con abdomen difícil, comparado con la técnica de colocación de bolsa de Bogotá.

085 TL 059

EXPERIENCIA EN UN CENTRO ESPECIALIZADO EN TRATAMIENTO DE HERNIAS

Suárez FD, Mayagoitia GJC, Cisneros MHA
Medio Particular. Centro Especializado en el Tratamiento de Hernias, León, Gto. México.

Objetivo: Analizar la experiencia de un centro especializado en hernias, durante los últimos 6 años. **Material y métodos:** Se revisaron las hojas de captación de todos los pacientes operados de hernioplastia de pared abdominal de noviembre 96 a junio 02, efectuadas por nuestros cirujanos, evaluándose variables como sexo, edad, tipo de plastia, procedimiento anestésico, clasificación de la hernia, patología

agregada, estancia hospitalaria y complicaciones. El método estadístico empleado fue medidas de tendencia, moda, mediana, desviación estándar y frecuencia. **Resultados:** Se han efectuado 1273 plastias, la más frecuente fue la plastia inguinal con 1123 procedimientos, de los cuales, 612 se les efectuó la técnica de Mesh-Plug, 369 Lichtenstein, 44 PHS, 2 plastias laparoscópicas (TAPP), 98 procedimientos de Cisneros, 100 pacientes con plastia tipo Rives para hernias incisionales, 6 Trabucco, 44 plastias umbilicales las cuales se repararon con técnica de Munich. El rango de edad fue de 14 a 99 años. La operación fue ambulatoria en más de 95% de los casos con estancia en recuperación promedio de 4 horas postoperatorias. Las complicaciones infección en 1%, sangrado < del 2% y recidiva 4% global. **Conclusiones:** La reparación de este tipo de patología por medio de un centro especializado resulta sumamente efectivo, ya que protocoliza procedimientos y permite mejores resultados, comparables a otras partes del mundo.

086 TL 066

REPARACIÓN DE DEFECTOS TISULARES DE LA PARED ABDOMINAL CON PERICARDIO DE BOVINO

Castillejos BDJ
Clínica Londres.

Se propone la reparación de los defectos tisulares de la pared del abdomen mediante la colocación de implantes de pericardio de bovino, tratado con glutaraldehído de 0.5 al 1%, con lo que se consigue una preparación adecuada y su esterilización, manteniéndose activos por tiempo indefinido, no requiriendo un sitio ni condiciones especiales para su conservación. **Antecedentes:** Desde los años 80, este material ha sido utilizado para múltiples objetivos, sobre todo en reparaciones de grandes vasos, prótesis valvulares en la cirugía cardiaca, reparación de las vías biliares y en otros territorios de la economía orgánica. Su inmunocompatibilidad está amplia y científicamente probada. **Material y métodos:** En el presente trabajo los implantes de pericardio se han utilizado principalmente para reparar grandes hernias ventrales postincisionales, siendo la mayoría de ellas recurrentes, en ocasiones por más de una vez, hernias inguinales, grandes hernias umbilicales, con frecuencia también recurrentes. Desde el mes de julio de 1999 a la fecha, se han operado 175 pacientes, a los que se les han implantado 193 implantes de pericardio de bovino, siendo éstos de diferente tamaño y de acuerdo con el tamaño del defecto, siendo desde 6 x 4 cm, hasta 15 x 13 cm en grandes defectos, siendo en ocasiones necesario aplicar más de un implante. Los implantes son fijados mediante puntos separados de nylon de 2-0 en la reparación de hernias ventrales y mediante la aplicación de tackers en las hernias inguinales y siempre colocados en el espacio preperitoneal, con reparación del peritoneo, como condición indispensable, nunca en contacto con las asas intestinales, utilizando para la reparación en las hernias inguinales la técnica libre de tensión. **Resultados:** Hasta el momento los resultados nos muestran ausencia de recurrencias de los efectos reparados, mortalidad 0. En un 5% de los casos se han desarrollado pequeños seromas, los que han podido ser drenados mediante punción, sin reoperaciones. **Conclusiones:** Se considera que la aplicación de implantes de pericardio de bovino para la reparación de defectos tisulares de la pared del abdomen, es un procedimiento: a) Seguro, b) económico, c) aplicable a todo tipo de pacientes, d) inmunocompatible, y

e) reproducible por cualquier cirujano general, ya que está basado en las reparaciones que tradicionalmente todos los cirujanos sabemos y conocemos.

087 TL 094

PROSTATECTOMÍA TRANSURETRAL COMBINADA CON PLASTIA INGUINAL CON MALLA Y LIBRE DE TENSIÓN

Fuentes OC, González OA, Portilla de Buen E, Anaya PR, Muciño HI, Medina MC

Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica y División de Investigaciones quirúrgicas del CIBO. Centro Médico Nacional de Occidente. Guadalajara, Jal.

Objetivo: Informar los resultados del tratamiento quirúrgico de la obstrucción urinaria baja con prostatectomía transuretral combinada con reparación de hernia inguinal sin tensión con empleo de malla. **Métodos:** Cohorte prospectiva de 31 pacientes con uropatía obstructiva baja y hernia inguinal, captados entre enero 1993 a diciembre de 1998 en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente del IMSS. Todos los procedimientos quirúrgicos fueron llevados a cabo bajo anestesia raquídea epidural y rutinariamente se utilizó antibióticos profilácticos. Se usaron dos técnicas de reparación, la técnica de tapón y parche de malla y la técnica de Lichtenstein. Indistintamente se usó malla de marlex (polipropileno), con tapón prefabricado o preparado a mano. Todos los pacientes otorgaron su consentimiento informado por escrito. **Resultados:** En el periodo de 5 años, un total de 36 hernias inguinales se diagnosticaron en 31 pacientes consecutivos con uropatía obstructiva baja en ausencia de infección de vías urinarias. La media de la edad fue de 65.9 ± 6.3 años y la media de seguimiento fue de 69 meses. La tasa de recurrencia fue de 2.7% (un paciente). Veinticuatro hernias fueron directas (66.7%) y doce fueron de tipo indirecto (33.3%). En el 61% de los casos las hernias fueron primarias y ($n = 22$) mientras que en el 39% que correspondió a 14 casos fueron hernias recurrentes. Cinco pacientes tuvieron hernias bilaterales (10 hernias) y 14 (39%) tuvieron herniorrafias previas. La técnica de reparación de tapón con malla y de Lichtenstein se usó en 22 hernias (61.1%) y en 14 (38.9%) hernias respectivamente. Tres pacientes (9.6%) tuvieron hematoma en la herida quirúrgica, un paciente (3.2%) desarrolló infección de herida. La estancia hospitalaria osciló entre 2 y 4 días. **Conclusión:** La herniorrafia libre de tensión, basada sobre el empleo de malla simultáneamente con prostatectomía transuretral es una alternativa real y segura para pacientes que presentan crecimiento prostático asociado a hernia inguinal. La estancia hospitalaria no se afecta por el procedimiento combinado y la tasa de infección es aceptablemente baja. El costo global puede mantenerse al mínimo y los pacientes regresan a su trabajo más pronto.

088 TL 055

PLASTIA INGUINAL CON TEJIDO AUTÓLOGO

Castillo CR, Arellano HG, Valenzuela E, Garciacabañez CG, Beauregard PG

Hospital General de Cárdenas Tabasco, Hospital General "Dr. Juan Graham Casassus", Villahermosa, SSA. Dpto. de Cirugía General.

Objetivo: Utilizar elementos anatómicos propios del paciente para reparar el defecto herniario. **Método:** Consiste básica-

mente en utilizar un segmento de aponeurosis del oblicuo mayor en forma de cordón para reparar la región inguinal. **Técnica:** Si la hernia es directa, ya diseccionado el saco, se toma una tira de aponeurosis de la hoja superior del oblicuo mayor de 1 cm de ancho, seccionándose hasta donde empieza el músculo, se disecciona hasta la espina del pubis a la cual está fija, dejando una base ancha para que no se necrose, esta tira se hace cordón y se le fija una aguja grande curva recortada, redonda al extremo del cordón fijándola con nylon del 000, se pasa el cordón por el ligamento lacunar hacia el piso y se procede a cerrar el piso pasando el cordón por el transversario y el área conjunta y tomando el ligamento de Cooper, así como transversario y área conjunta con el tracto ilioepúbico e inguinal tipo súrgete continuo, se fija el extremo del cordón con nylon del 00 para que no se deslice; si la hernia es indirecta ya diseccionado el saco herniario, si es inguinoescrotal y su pared es gruesa, se liga alto y a 2 cm de la ligadura se secciona en forma circular en un 80% y el remanente de la ligadura se fija alrededor del anillo inguinal profundo, el resto de saco se extiende en el piso; se refuerza el piso, tomando una tira de aponeurosis como en la indirecta, se hace cordón y se procede a reforzar el piso pasando el cordón por ligamento de Cooper y área conjunta, ligamento inguinal y área conjunta como un súrgete continuo, se fija el extremo del cordón para que no se deslice. **Resultados:** Se operaron 80 pacientes de enero de 1998 a mayo de 2002, de 14 a 84 años; masculinos 50 (62.5%), femeninos 30 (37.5%); hernias indirectas 50 (62.5%), de éstas, una recidivante; hernias directas 28 (35%); hernias crurales 2 (2.5 %); complicaciones: lesión de la vena femoral en un paciente; recidiva de una hernia recidivada en un paciente tosedor crónico por tabaquismo de más de 40 cigarrillos al día. La evolución a los 12, 24, 48 meses ha sido satisfactoria. Se ha valorado el tejido autólogo a los 3 meses y 6 meses de la cirugía por ultrasonido de la región operada, sin encontrarse datos de recidiva. **Conclusiones:** Es una técnica que no utiliza material extraño para la corrección del defecto herniario. El seguimiento hasta el momento ha sido de 4 años y cinco meses.

089 TL 010

NUEVA TÉCNICA DE HERNIOPLASTIA INGUINO-FEMORAL ANTERIOR LIBRE DE TENSIÓN: TÉCNICA DE HERD

Reyes DHE, Martínez-De Jesús F, Viñas DJC

Centro Médico Nacional Veracruz "Adolfo Ruiz Cortines" IMSS.

Objetivo: Informar los resultados de la reparación anterior sin tensión con malla de polipropileno en hernias inguinales y femorales utilizando la técnica de HERD. **Pacientes y métodos:** De enero de 1998 a octubre de 2001 se realizó un estudio prospectivo, longitudinal y descriptivo de 126 pacientes con hernia inguinal operados bajo anestesia regional con técnica modificada de Lichtenstein, que fija la malla a los ligamentos inguinal y Cooper. Se estudiaron las siguientes variables: edad, género, localización y clasificación de la hernia utilizando las clasificaciones de Gilbert-Rutkow/Robbins y de Nyhus, estancia hospitalaria. Se efectuó seguimiento a 7 y 15 días del postoperatorio y cada 6 meses. **Análisis estadístico:** Descriptivo y de frecuencias. **Sede:** Centro Médico Nacional Veracruz "Adolfo Ruiz Cortines". **Resultados:** Se estudiaron 105 hombres y 21 mujeres, con edades de 16 a 92 años. El lado derecho fue el más afectado (63%), izquierdo (32%); hernia primaria (92%), recidivante (8%), bilateral (4%), femoral en 1%. El 94% de

los pacientes egresaron en 12 horas. Complicaciones: edema del cordón espermático (n = 4), seroma (n = 3), sección del conducto deferente (n = 2), lesión vascular del cordón espermático (n = 1), infección de herida quirúrgica (n = 1). No hubo mortalidad ni recidiva en el tiempo de seguimiento. **Conclusión:** Esta técnica permite la detección y tratamiento quirúrgico oportuno de las hernias femorales asociadas e inadvertidas, y que al reforzar el piso inguinal, el anillo interno y el área femoral, protege los tres sitios más comunes de hernia. Su baja morbilidad no se relaciona con la modificación de la técnica propuesta.

090 TL 002

PRONÓSTICO QUIRÚRGICO DE PACIENTES INTERVENIDOS CON HB/HTO DE 10/30

Ibarra JLE, Haro GL, Murguía AJA, Fletes KA, Corbala FC

Objetivo: Determinar las condiciones clínicas en el postoperatorio de pacientes que fueron sometidos a intervención quirúrgica con valores de Hb/Hto en 10 gr/dl/30, y que fueron sujetos o no a transfusión sanguínea durante el transoperatorio. **Material y métodos:** Diseño de estudio, transversal analítico vs cohortes comparativas. Lugar y tiempo de realización: Hospital General de Zona # 3 del IMSS y Hospital Municipal entre abril del 2001 a enero de 2002. Se estudiaron 3500 pacientes operados en ambos hospitales y se seleccionaron 208 que cumplían con los siguientes criterios de inclusión: ambos sexos, adultos, solicitud de intervención quirúrgica, cirugía electiva o urgente, valoración preanestesia, fórmula roja, química sanguínea, examen general de orina, VDRL, hoja de anestesiología completa, con los siguientes criterios de exclusión: Discrasias sanguíneas, mieloproliferativas, inmunodeprimidos, ASA IV, reintervenidos de urgencia. Y los siguientes criterios de eliminación: Muertes por causa no quirúrgica y altas voluntarias. Se determinó tamaño de muestra por Epi-Info versión 6.04 con IC de 95% y 80% de poder. Se conformaron dos grupos que se sometieron a intervención quirúrgica. Grupo A o contingente de pacientes con Hb/Hto 10 gr/dl/30, n1 = 104. Grupo B o contingente de pacientes con Hb/Hto > 10 gr/dl/30, n2 = 104. Se midieron las siguientes variables: Valoración preoperatorio, pérdida total sanguínea posquirúrgica, sangrado mayor y menor, recuperación anestésica, número de transfusiones, días de hospitalización y días de alta de la consulta externa de cirugía. **Resultados:** Ambos grupos son similares respecto a edad, sexo, peso y talla, con similar valoración preoperatoria, el grupo A (n = 104) con < de 10 de Hb. Presentó menor pérdida de sangre total, $P < 0.0001$, menor sangrado $P \leq 0.001$, menor número de sangrados mayores, $P \leq 0.001$. Un tiempo de recuperación anestésica menor de 2 horas, $P \leq 0.001$. Y menor número de transfusiones $P \leq 0.0001$. Conclusiones. La Hb < de 10 g/dl. Sin datos de descontrol hemodinámico no tiene mayores complicaciones que los que presentan los pacientes con Hb > de 10 g/dl. Incluso pueden evolucionar más favorablemente como lo demuestra este estudio.

091 TL 244

ALIMENTACIÓN ENTERAL TRANSFÍSTULA UN RECURSO ÚTIL EN FÍSTULAS DE GASTO ALTO

Fuentes Del Toro S

CMN "20 de Noviembre" ISSSTE, Centro Médico ABC.

Antecedentes: Las fístulas enterocutáneas topográficamente altas (duodeno, yeyuno) se asocian a gasto alto y alta ocurrencia de sepsis y shock. La nutrición enteral está limitada como recurso terapéutico. **Objetivo:** Valorar el beneficio, la ocurrencia de complicaciones, el control de la sepsis, y la respuesta anabólica de nutrición enteral transfístula (NETF) en la remisión de fístulas altas. **Material y métodos:** Se estudiaron 45 enfermos con fístulas enterocutáneas del duodeno o yeyuno proximal. Los pacientes se dividieron en 2 grupos. Grupo A problema con 25 enfermos que recibieron NPTH más NETF. Y grupo B testigo que recibieron NPTH sin NETF con 20 enfermos. Se hizo monitoreo de parámetros de laboratorio para EMNI (evaluación metabólico nutrición integral) con lo que se calificó las reservas orgánicas. Se tomaron cultivos de áreas de infección y hemocultivos al inicio y cada semana. Se registró el tiempo de remisión de la fístula y la necesidad de cirugía. **Resultados:** Hubo buena tolerancia a la NETF. La mortalidad en el grupo A fue significativamente menor que en el grupo B. La frecuencia de infección clínica y bacteriológica fue también menor en el grupo A. Las complicaciones metabólicas y respiratorias fueron también menores en el grupo A. El tiempo de cierre de fístula y la necesidad de cirugía fue también menor en el grupo A. **Discusión:** La NETF resulta un recurso útil, accesible a cualquier medio que permite aplicar los beneficios de la nutrición enteral en el estímulo trófico intestinal para mejorar la respuesta inmune y disminuir permeabilidad intestinal anormal y translocación bacteriana que enfermos con fístulas enterocutáneas altas de gasto alto permite bajar la ocurrencia de shock y sepsis, preservar las reservas orgánicas, facilitar la movilización del enfermo y disminuir la morbimortalidad con menos frecuencia de complicaciones metabólicas y respiratorias. **Conclusiones:** La NETF mejora la respuesta al apoyo nutricio por inducir la activación de la respuesta inmune intestinal y bajar la frecuencia y severidad de shock y sepsis.

092 TL 245

BENEFICIO DEL USO DE OLIGOPÉPTIDOS EN ENFERMOS QUIRÚRGICOS CON SEPSIS PERITONEAL

Fuentes Del Toro S

CMN "20 de Noviembre" ISSSTE, Centro Médico ABC.

Antecedentes: El enfermo quirúrgico con sepsis peritoneal cursa con hipercatabolismo y limitación para el uso temprano de nutrición enteral. La nutrición enteral con oligopéptidos en condiciones de trauma incrementa la absorción, incluso contra la de dieta elemental, disminuye la permeabilidad intestinal y estimula al intestino para la producción de factores de crecimiento. **Objetivo:** Valorar el beneficio del uso temprano de nutrición enteral con oligopéptidos desde el postoperatorio inmediato de enfermos con sepsis peritoneal, evaluado por el monitoreo de reservas orgánicas a través del EMNI (evaluación metabólico nutrición integral). **Material y métodos:** Estudiamos 15 enfermos postoperados de sepsis peritoneal. Se dividieron en 2 grupos. Grupo 1 problema 8 enfermos que recibieron NPTH y nutrición enteral temprana por yeyunostomía desde el postoperatorio inmediato, grupo 2 testigo 7 enfermos que recibieron NPTH. Se monitorizó las reservas orgánicas, la respuesta anabólica a través del EMNI. Se calificaron las complicaciones relacionadas y no relacionadas con el apoyo nutricio. Se evaluó la presencia, persistencia o remisión de infección local y sistémica al inicio y al final del estudio. **Resultados:** El grupo 1 presentó diferencia estadística significativa con res-

pecto al grupo 2: menor ocurrencia y severidad de complicaciones, menor frecuencia y severidad de fallas orgánicas y menor ocurrencia de complicaciones y menor tiempo de estancia hospitalaria. **Discusión:** La nutrición enteral temprana induce incremento de la respuesta inmune lo que se asocia a menor morbimortalidad en enfermos quirúrgicos con sepsis. El uso de oligopéptidos permite inducir los estímulos tróficos en la mucosa intestinal sin necesidad de función digestiva y con mayor tolerancia que con dieta polimérica. **Conclusiones:** El uso de nutrición enteral temprana con oligopéptidos en enfermos quirúrgicos con sepsis peritoneal, es bien tolerada, estimula el anabolismo visceral y ayuda a disminuir complicaciones y tiempo de estancia hospitalaria.

093 TL 261

EL AYUNO COMO INDICACIÓN MÉDICA

Valdespino VE, Murguía CR, Espinoza MP, García G, Salazar C, Cobos E
Hospital de Especialidades CMN SXXI IMSS, Cd, de México.
Servicio de Apoyo Nutricio.

Objetivos: Cuantificar los días de ayuno por número de pacientes en los pacientes hospitalizados de un hospital de especialidades. Identificar los pacientes sometidos a ayuno por los distintos servicios, señalando los principales factores de riesgo para indicar y continuar éste. La malnutrición ha sido asociada con un incremento en la sepsis, y en la mortalidad en pacientes quirúrgicos. Los índices de nutrición tal como nivel de albúmina, transferrina o pérdida de peso reciente, disminución de la circunferencia muscular del brazo o medición de la respuesta inmune con pruebas cutáneas, o cuantificación de sangre periférica de linfocitos, han relacionado con morbilidad y mortalidad posoperatoria en pacientes quirúrgicos. La indicación de ayuno no es bien razonada, genera deterioro en las reservas corporales favoreciendo complicaciones. El ayuno se considera a la falta de ingesta de alimentos por más de 6 horas en pacientes durante la vigilia y actividad física (estrés). **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional cama por cama en el hospital de Especialidades observándose y anotándose según la hoja de indicaciones médicas a los pacientes sometidos a ayuno y/o tipo de dieta indicada. Vaciándose en una hoja de recolección de datos, evaluándose cual es la cantidad de pacientes en ayuno y enfermos sometidos a ayuno y múltiples características y condiciones de estos enfermos. **Resultados:** Un 11% de los pacientes en un hospital de Especialidades se dejan en ayuno, éste se considera prolongado (cuando el enfermo cursa 3 días consecutivos o con una ingesta menor del 75% de sus requerimientos en un espacio no continuo, pero con seguimiento de 5 días). Las condiciones que favorecen la indicación de ayuno, se encontraron: que cuente con asistencia mecánica ventilatoria, ECOG 3-4, cirugía reciente, edad mayor de 70 años y presencia de dolor. **Discusión:** El ayuno como una acción deletérea en conjunto con el estrés (infección, trauma, etc.) al que se someten a los pacientes hospitalizados, contribuye a un rápido deterioro de las reservas corporales, llevando a incrementar la morbilidad. Los conocimientos sobre el metabolismo, obliga a pensar que el ayuno no debe ser un evento permitido.

094 TL 033

REINTERVENCIÓN. CAUSAS Y CONSECUENCIAS REVISIÓN A 5 AÑOS

Camargo PDLF, Ayala MA, Murillo ED, Sandoval RE, Corona MA, Castro CE, Zaragoza AM, González MA, Estrada GH
Hospital General de Uruapan. Dr. Pedro Daniel Martínez. SSM.

Objetivo. Presentar la experiencia del servicio de cirugía general en pacientes reintervenidos en un periodo de 5 años valorando causas y complicaciones. **Pacientes y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional realizado comprendido de diciembre de 1996 a diciembre del 2001, de pacientes intervenidos en el servicio de cirugía general tanto en forma electiva como de urgencia realizando una reintervención. Teniendo como variantes: Edad, sexo, diagnóstico de ingreso, causa de la reintervención, complicaciones, día de estancia y mortalidad. **Resultados:** De un total de 4678 cirugías realizadas tanto en forma electiva como de urgencia intervenidos de diciembre de 1996 a diciembre del 2001, 58 (1.2%) pacientes requirieron una reintervención, predominando el sexo masculino con 42 (73%) pacientes y 16 (27%) sexo femenino, el periodo de edad que prevaleció fue de 11 a 40 años y de 60 a 80 años (< 1 año a > de 100 años), se realizaron 24 (41%) cirugías electivas y 34 (59%) cirugías de urgencias. De las cirugías electivas las más frecuentes fueron la colecistectomía abierta 7 (12%), y la de urgencias la oclusión intestinal 6 (10%). De las causas de reintervención las más frecuentes fueron las evisceraciones con 17 (29%) pacientes, dehiscencias de anastomosis con 4 (7%), y biliperitoneo con 3(5%) pacientes; a 40 (69%) pacientes se le reintervino una vez, a 11 (19%) 2 veces, a 4 (7%) 3 veces y a 3 (5%) 4 veces, causas, desnutrición, falla en la técnica quirúrgica, edad del paciente. El tiempo promedio de la primera cirugía a la reintervención fue de 4 a 7 (41%) días, y de la segunda reintervención de 4 a 7 (19%) días. El promedio de estancia hospitalaria fue de 18 días (3 a 30 días). 14 (24%) pacientes requirieron de terapia intensiva, se trasladaron a 5 (9%) pacientes por falta de recursos técnicos y tuvimos 2 defunciones (3%). **Conclusión:** La reintervención es una causa baja de mortalidad en nuestro hospital (1.2%), pero un a causa importante de la reintervención fue por falla en la técnica quirúrgica que se pudo evitar con una buena técnica quirúrgica. La falta de recursos en el momento juega un papel importante para un buen pronóstico quirúrgico.

095 TL 112

LLUVIA BACTERIANA

Aguilar QM
Hospital General Tula Hgo. SSA.

Lluvia bacteriana es la caída de microorganismos vivos sobre el campo quirúrgico y es cuantificado en UFC. Todo hospital está obligado a mantener un ambiente limpio y seguro en quirófano, existen procedimientos y técnicas para disminuir la contaminación bacteriana. Se realizó un estudio prospectivo, observacional, analítico con el objetivo de conocer la magnitud de lluvia bacteriana, los gérmenes más frecuentes y la diferencia de lluvia bacteriana en las diferentes zonas quirúrgicas durante la cirugía. Se expusieron 730 cajas de petri en 70 cirugías programadas, colocando 9 en cada una, en grupos de 3, en las diferentes zonas, herida quirúrgica, mesa de mayo, y mesa de riñón. Cada grupo de 3 con los medios de cultivo agar sangre, sal y manitol y nikerson. Al término de la cirugía se llevan a bacteriología y se incuban durante 24 horas, se cuantifica UFC y se identifica el germen. El 64% de los cultivos resultó con 136 UFC, 21.4% 273 UFC y 14.4%

con 328 UFC. Con respecto a la magnitud de lluvia bacteriana en los sitios estudiados, 42.8% en la herida quirúrgica, 35.2% en mesa de mayo y 21.4% en mesa de riñón con un $P < 0.5$. Los gérmenes identificados en orden de frecuencia *Klebsiella sp.*, *S. aureus*, estafilococo epidermidis y proteus. La magnitud de lluvia bacteriana en las salas de nuestro hospital son similares y en la mayoría de los casos menor a la reportada en la literatura en salas convencionales. La evaluación de lluvia bacteriana establece factores para disminuir la contaminación bacteriana y disminuir las infecciones.

096 TL 160

UTILIDAD DEL METRONIDAZOL, INFILTRADO EN HERIDAS QUIRÚRGICAS, PARA DISMINUIR EL RIESGO DE INFECCIONES DE LA PARED ABDOMINAL

Zenteno GG, Mazza OD, Cabrera OA, Márquez MA
Hospital Betania, Puebla, Pue

Antecedentes: Desde 1964 los Institutos Nacionales de Salud en los Estados Unidos de América, clasificaron a las heridas quirúrgicas en 4 tipos dependiendo del riesgo de infección postoperatoria y de esta manera tomar precauciones en el periodo postoperatorio. Las infecciones de las heridas quirúrgicas continúan siendo un problema en los servicios de cirugía, prolongan la estancia hospitalaria, y aumentan los costos de atención médica. Los porcentajes de infección según la clasificación son: Tipo I 0-2%, Tipo II 2-10%, Tipo III 10-20%, Tipo IV hasta el 40%. **Objetivo:** Comprobar la utilidad del metronidazol infiltrado en las heridas quirúrgicas con la finalidad de disminuir el riesgo de infección de las heridas tipo II a tipo IV. **Material y método:** El presente trabajo es un estudio prospectivo, no aleatorizado, efectuado en una institución privada de la Cd. de Puebla. La técnica del procedimiento consiste en infiltrar en el tejido celular subcutáneo entre 400 a 500 mg de solución de metronidazol, en todas las heridas quirúrgicas clasificadas como tipos II a IV, el total de casos estudiados fue 167, de los cuales 50% fueron heridas tipo II, 30% heridas tipo III y 20% heridas tipo IV. El resto de infección fue evaluado hasta el día 10 del postoperatorio y en ningún paciente se encontró absceso de pared abdominal, aún en los pacientes con heridas tipo IV. **Resultados:** Del total de casos estudiados y evaluados hasta el día 10 del postoperatorio, no se presentó algún caso de infección de la herida, por lo que creemos que en todos los pacientes con heridas tipo II a tipo IV, debe aplicarse metronidazol en la herida quirúrgica. El metronidazol es un antibiótico económico, que se encuentra prácticamente en todos los hospitales del país y la técnica de aplicación es muy sencilla. **Discusión y conclusiones:** Las infecciones de herida quirúrgica continúan siendo un problema en los servicios de cirugía de los hospitales del país, que prolongan la estancia hospitalaria, incrementan los costos y son causa importante de ausencia laboral, por lo que esta medida propuesta es un recurso útil, fácilmente aplicable y económico que dados los resultados obtenidos se justifica usar en pacientes con heridas tipo II a tipo IV. Estamos convencidos de los resultados obtenidos que iniciar un trabajo comparativo no lo creemos justificado.

097 TL 230

MANEJO DE ABDOMEN ABIERTO EN SEPSIS ABDOMINAL

Arroyo LH, Delgadillo TG, Galindo ML, Fenig RJ, Velázquez GA, Campos CF, Martínez DM, Cervantes CJ
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "La Raza"

Objetivo: Presentar la experiencia en el uso de mallas sintéticas y bolsa de Bogotá en pacientes con sepsis abdominal y abdomen abierto. **Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, transversal, comparativo y abierto de todos los pacientes con sepsis abdominal que se manejaron con abdomen abierto usando malla sintética o bolsa de Bogotá en un periodo de 10 años en el servicio de cirugía general. Se incluyeron a todos los paciente con sepsis abdominal sin importar la etiología que cumplieron todos los criterios para manejo de abdomen abierto. Se analizó comparativamente la morbimortalidad, fistulización, número de reintervenciones y tiempo transcurrido para el control de la sepsis. **Resultados:** Durante el estudio comprendido de diciembre de 1991 a diciembre del 2001 se captaron 135 pacientes con sepsis abdominal en los cuales se usó malla sintética o bolsa de Bogotá para manejo de abdomen abierto. **Conclusiones:** El uso de mallas sintéticas es una buena opción en abdomen abierto por sepsis, no incrementa el riesgo de fístulas si la malla es retirada en el periodo referido, permite una buena irrigación de la herida y de la cavidad abdominal mejorando el síndrome compartamental y en nuestro estudio no encontramos recidiva del mismo, permite también la reconstrucción funcional de abdomen y la cirugía de control de daños. En nuestro trabajo encontramos gran transgresión a la técnica de colocación de bolsa de Bogotá lo cual deriva en persistencia de sepsis y recidiva de síndrome compartamental, sin embargo es la opción de más bajo costo y realizable en cualquier parte.

098 TL 034

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LAS INFECCIONES EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE HERMOSILLO SONORA. 1994-2000

Duarte TE, Bolado E, Serrato M, Loustaunau J
Servicio de Cirugía General y Laboratorio Clínico del Hospital General del Estado, Hermosillo, Sonora

Introducción: Infecciones hospitalarias constituyen un problema de salud. De los pacientes internados en un hospital, el 40% al 60% son quirúrgicos y el 30% cursan con alguna infección. **Objetivo:** Observar el comportamiento de las infecciones, identificar los gérmenes más comunes, variaciones en la sensibilidad y resistencia antibiótica y sitios de donde más se aíslan gérmenes. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo. Se consultó la base de datos de microbiología del laboratorio clínico. **Resultados:** En 6 años hubo 513 cultivos en cirugía mujeres (CM), 802 en cirugía hombres (CH) y 561 en Unidad de Terapia Intermedia, se encontró disminución en los cultivos positivos en 1996. Se observó tendencia creciente en la positividad en CH e irregular en CM y UTI. Los gérmenes más encontrados fueron *E. coli*, *Pseud aeruginosa* y *Staph coagulasa* negativo en CH y CM. En UTI predominó *Pseud aeruginosa* sobre *E. coli*. Respecto a los sitios de cultivo: líquido peritoneal/abdominal, catéteres, bronquial, herida quirúrgica y secreciones. La susceptibilidad es buena para amikacina e imipenem en *E. coli*, ha disminuido para ciprofloxacino (de 100% a 77% en 6 años), ceftriaxona (92% a 80%), gentamicina (92% a 82%) y nula para ampicilina y cefalotina. En *Pseud aeruginosa* se encontró respuesta favorable para amikacina, ciprofloxacino

y gentamicina, con resistencias para imipenem. En *Staphylococcus aureus* negativo la sensibilidad ha sido mejor para cefalotina e imipenem y desfavorable para ciprofloxacino y gentamicina. **Discusión:** Más cuidado en manejo de heridas. Detectar resistencia de los diferentes microorganismos. Establecer mejor manejo antibiótico.

099 TL 214

HIPOCALCEMIA E ÍLEO COMO DETERMINANTES DE SEVERIDAD EN LA PANCREATITIS AGUDA

Sánchez LR, Dolores VR, Gutiérrez VR
Hospital General de México SS, Instituto Nacional de Cancerología SS

Introducción: La hipocalcemia es un factor de mal pronóstico en la pancreatitis aguda. Asimismo el íleo al ingreso se relaciona con un mal pronóstico por favorecer fenómenos como la translocación bacteriana. La hipocalcemia puede ser causa directa del íleo en estos pacientes. **Objetivo:** Determinar la exactitud de la hipocalcemia como pronóstico en la pancreatitis aguda y su relación con el íleo al ingreso. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, longitudinal y observacional. Se colectaron los casos de pacientes con pancreatitis aguda ingresados de 1996 a 2000 con íleo y determinación de calcio sérico. Se determinó la severidad de acuerdo a los criterios de Atlanta y la mortalidad. Se obtuvo la sensibilidad, especificidad y exactitud del calcio para predecir severidad, mortalidad y su relación con el íleo al ingreso. **Resultados:** Se identificaron 110 pacientes. La sensibilidad (S) de la hipocalcemia para severidad fue de 90% y la especificidad (E) de 100%, la máxima exactitud se logró con niveles de 8 mg/dl o menores. Para mortalidad la S fue de 100%, la E de 97%, con exactitud de 87%. La relación de hipocalcemia con íleo al ingreso fue del 62%. **Conclusiones:** La hipocalcemia es un factor predictivo de severidad y mortalidad en la pancreatitis aguda. La hipocalcemia no parece ser un determinante importante del íleo al ingreso de estos pacientes.

100 TL 044

DETECCIÓN OPORTUNA DE PATOLOGÍA QUIRÚRGICA EN MEDIO RURAL

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

Introducción: La principal función de la cirugía rural, es cooperar con las acciones comunitarias que limiten la historia natural no sólo de cada individuo, también mejorar las condiciones de salud social de las comunidades más alejadas. Nuestra experiencia empírica marcó que los pacientes crónico-degenerativos eran los que más complicaciones quirúrgicas tenían, de éstas, las obstrucciones intestinales secundarias a hernias de pared eran las más frecuentes, distinto a las esperadas colecistitis que marca la literatura (J. Rural Health. 1994; 10: 70-79). **Objetivo:** Describir cual es el tipo de patología quirúrgica no detectada, que más comúnmente se encuentra en medio rural cuando esta búsqueda es intencionada. **Metodología:** Se revisaron pacientes crónico-degenerativos de dos localidades, en dos jornadas médicas de extensión de los servicios de salud de medicina interna, a fin de corroborar patología quirúrgica. **Resultados:** Se revisaron 130 pacientes, 72% mujeres, teniendo el 61% alguna

entidad quirúrgica, predominando en su mayoría (44%) la hernia inguinal (de ésta la umbilical); cerca del 76% desconocía las consecuencias de su patología por lo cual no sabía que debía operarse y sólo 11% no deseó operarse ni tratarse; de los operados ninguno falleció. **Conclusiones:** Nuestro estudio corroboró que la búsqueda intencionada de patología quirúrgica puede brindar la oportunidad de limitar el daño en pacientes que seguramente terminarán con entidades terminales que además de altamente costosas no brindan una oportunidad de sobrevivir. La extensión de los servicios de especialidad en las localidades más alejadas permite identificar estas enfermedades que de otra manera quedarían como un riesgo, así como de hacer comprender lo peligroso de no tratarse determinadas entidades quirúrgicas.

101 TL 013

EXPERIENCIA DE INTERPOSICIÓN DE COLON EN EL HOSP. ESP. CM. "LA RAZA". IMSS

Velázquez GJA, Fenig RJ, Cervantes HC, Arrubarrena AVM, Gutiérrez SC, Cervantes CJ, Galindo ML, Arroyo LH, Campos CSF, Ayala LEA, Arenas OJ, Delgadillo TG
Hospital de Especialidades, Centro Médico "La Raza"

La interposición de colon es el procedimiento más común de reconstrucción esofágica, posterior a la resección del esófago por diversas patologías ya sean benignas o malignas. **Objetivo:** Mostrar la utilidad de la interposición de colon, como método de elección en sustitución esofágica por diversas patologías que afectan al esófago medio y de tercio distal. **Material y métodos:** Se analizan las indicaciones y manejo quirúrgico, así como los resultados de 148 pacientes, de marzo de 1988 a febrero de 2001 a los que se realizó interposición de colon por patología benigna y maligna del esófago. **Resultados:** Se trataron un total de 148 pacientes, de los cuales 62 corresponden al sexo femenino y 86 al sexo masculino, con edades que varían desde 17 a 72 años con promedio de 43.2 años. Noventa y nueve pacientes presentan patología benigna distribuyéndose de la siguiente forma: Grupo I, 42 pacientes con estenosis péptica no reparable, Grupo II 29 pacientes con estenosis por quemadura cáustica no reparable, Grupo III 5 pacientes con acalasia y megaesófago, y grupo IV 23 pacientes, con complicaciones de cirugía esofágica en procedimientos quirúrgicos previos. Cuarenta y nueve pacientes por presentar patología maligna del esófago: 13 pacientes con carcinoma epidermoide de tercio medio del esófago y 36 pacientes con adenocarcinoma de unión esofagogástrica. De los 99 pacientes con patología benigna a 74 pacientes se llevó a cabo esofagectomía transhiatal sin toracotomía y a 25 se realiza bypass con interposición de colon retroesternal. De los 49 pacientes con patología maligna a 41, se realiza esofagectomía transhiatal y a 8 pacientes bypass retroesternal. Todos los pacientes recibieron apoyo nutricional perioperatorio y preparación cuidadosa del colon. Las complicaciones intraoperatorias que se presentan en grado variable fueron: apertura de pleuras en el 38%, lesión de nervio laríngeo recurrente 14%, hemorragia de bazo 13%, isquemia y necrosis de colon interpuesto 5%, ningún caso de hemorragia incontrolable. Las complicaciones postoperatorias: hemorragia 12%, fugas de anastomosis cervical en el 30%, fuga de anastomosis abdominal 16%, abscesos intraabdominales 12%, necrosis de colon interpuesto 3%, estenosis de anastomosis esófago-colónica 10%, quilotorax 0.6%. La mortalidad general perioperatoria en el grupo de pacientes con patología benigna fue del 4% y en el de patología maligna del 7%. **Conclusiones:** En nuestra

experiencia es factible la esofagectomía transhiatal sin toracotomía en la mayoría de las lesiones benignas y malignas del esófago que requieren de resección del mismo y la interposición de colon es un procedimiento quirúrgico adecuado para la sustitución esofágica de estas patologías, con un porcentaje de complicaciones y mortalidad aceptable y con una buena calidad de vida, ya que les permite volver a disfrutar el comer en pacientes que únicamente se alimentaban a través de diversos métodos.

102 TL 217

RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE COLON. RESULTADOS EN EL HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO

Fernández J, Dorantes MA, Baqueiro A. Gómez JM
Hospital Español de México

Introducción: Desde los años 80 cuando se inició la colecistectomía laparoscópica, debido a sus beneficios se ha aplicado esta forma de tratamiento quirúrgico a otras patologías abdominales. En 1993 el Dr. Jacobs describió la colectomía laparoscópica, desde entonces se han realizado múltiples trabajos ya que éste continúa siendo tema de controversia. En el Hospital Español de México empezamos nuestra experiencia con casos de patología benigna y posteriormente practicamos el procedimiento en patología maligna. **Objetivo:** Presentar la experiencia del Hospital Español de México en patología colónica intervenida por vía laparoscópica y demostrar que es un método aplicable en nuestro medio. **Material y métodos:** Estudio prospectivo, a partir de abril de 1995 hasta mayo de 2002 se han realizado 38 procedimientos laparoscópicos en patología colónica tanto benigna como maligna: 29 por enfermedad diverticular (21 por ataque recurrente, 3 por cuadro agudo, 5 reconstrucciones de Hartmann) 1 asa ciega postquirúrgica, 1 úlcera isquémica, 1 vólvulos recidivante, 3 adenomas vellosos y 3 procesos malignos. **Resultados:** En total 38 casos, 33 (86%) de colon izquierdo y 5 (13%) de colon derecho. Veinticuatro (63%) masculinos y 14 (36%) femeninos, edad promedio 53.2 años (34-76), 19 pacientes (51%) tenían antecedentes quirúrgicos abdominales. Conversión: 2 casos (5%) por perforación del muñón distal y adherencias. El tiempo quirúrgico medio fue de 180 min y se ha disminuido al adquirir experiencia, en los 3 pacientes con proceso maligno se realizó el procedimiento con fines paliativos. Morbilidad menor 4 pacientes (10%): 3 infecciones de herida y 1 hematoma, y morbilidad mayor: 5 pacientes (13%): 3 estenosis de anastomosis, 1 sangrado y 1 fístula colo-cutánea. Mortalidad 0%. **Discusión:** Aunque al inicio los tiempos quirúrgicos fueron prolongados, en la actualidad hemos podido realizar los procedimientos con tiempo y morbilidad similar a la cirugía abierta, con las ventajas de la cirugía de invasión mínima como son: Menor respuesta metabólica y tiempo de convalecencia, heridas más pequeñas, menos problemas de pared y del tiempo de íleo, inicio de la dieta y recuperación menos prolongada. **Conclusiones:** Creemos que la cirugía laparoscópica del colon es un procedimiento que se puede realizar con buenos resultados en manos experimentadas.

103 TL 170

RESULTADOS DE LA COLECTOMÍA LAPAROSCÓPICA. EXPERIENCIA CON 600 CASOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE BARCELONA

Dorantes MA, Lacy AM, Delgado S, Momblán D, Morales X, Ferrer J, Estrada O, Piqué JM

Unidad de Cirugía Gastrointestinal y Gastroenterología. Institut de Malalties Digestives. Hospital Clinic de Barcelona

Introducción: La cirugía laparoscópica en el tratamiento de patología colorrectal continúa siendo tema de controversia. Su aceptación no es tan rápida como en otras patologías intraabdominales, debido a la mayor complejidad técnica que conlleva, pero principalmente a que la mayor parte de la patología colorrectal que recibe el cirujano es de etiología neoplásica y sigue persistiendo las dudas sobre la influencia de esta técnica en la supervivencia a largo plazo de los pacientes. **Objetivo:** Presentar la experiencia en la Unidad de Cirugía Gastrointestinal en patología colorrectal intervenida por técnicas de cirugía laparoscópica. Evaluar los resultados a corto plazo, así como el seguimiento a largo plazo en los pacientes intervenidos por patología neoplásica. **Material y métodos:** Estudio prospectivo desde noviembre 1993 hasta diciembre 2000. Se han incluido todos los pacientes intervenidos por laparoscopia de patología colorrectal tanto benigna como maligna. **Resultados:** Se han incluido 598 pacientes (263 mujeres y 335 hombres), con una edad media de 65 años (22-92). Cuatrocientos ochenta y siete pacientes (81.4%) presentaban patología neoplásica y un 18.6% fueron intervenidos de enfermedades benignas (enf. diverticular, adenoma vellosos, EII, PCF, angiodisplasia y miscelánea). La localización de la lesión por orden de frecuencia fue: colon izquierdo (251), colon derecho (163), recto (142), pancolitis (19), colon transversal (17) y lesiones sincrónicas (6). El 41% de los pacientes presentaban cirugía abdominal previa. La tasa de conversión fue del 15.5%, siendo la causa más frecuente la infiltración de órganos adyacentes en patología maligna, seguido de la dificultad de disección en el recto. El tiempo medio de intervención fue de 150 minutos (30-380). Veintitrés pacientes (3.8%) presentaron complicaciones intraoperatorias, siendo en 10 casos causa de conversión. La tasa de complicaciones fue del 21.5%, con una incidencia del 34% en patología rectal y un 17% en el colon. La estancia media postoperatoria fue de 6 días (1-40 días), en un 30% de los pacientes la estancia fue de 4 días. La mortalidad postoperatoria (primeros 30 días) fue de 1.3%. En los casos de patología maligna, la distribución por estadios fue: I 19%, II 34%, III 28%, IV 19%. La media del número de ganglios en la pieza operatoria fue de 13.6. La mediana de seguimiento de 25 meses. Excluyendo los pacientes en los que la cirugía se realizó con intención paliativa (estadio IV), la supervivencia global es del 85% y 79%, a los 3 y 5 años respectivamente. **Conclusión:** Los resultados que se presentan demuestran que la cirugía laparoscópica es una técnica quirúrgica segura en el tratamiento de patología colorrectal, con unos buenos resultados a corto plazo y aunque con un seguimiento corto, una supervivencia a largo plazo totalmente superponible a la publicada en series de cirugía convencional.

104 TL 126

TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE LA HERNIA HIATAL GIGANTE

Fernández AJ, Baqueiro CA, Gómez LJM, Vargas UG, Orduña TD

Hospital Español de México, México D.F

Antecedentes: Durante los últimos años la cirugía laparoscópica de hiato esofágico se ha constituido en el trata-

miento de elección para la enfermedad por reflujo gastroesofágico que no cede al tratamiento médico. La práctica ha logrado la formación de cirujanos capaces de resolver problemas y retos quirúrgicos por vía laparoscópica cada vez mayores, como en el caso de este trabajo lo constituyen las hernias paraesofágicas gigantes con un saco herniario de difícil disección para la resolución de la patología. **Objetivo:** Comunicar la experiencia de 7 casos de enfermedad por reflujo gastroesofágico del servicio de gastrocirugía del Hospital Español, con hernia paraesofágica gigante, resueltos por laparoscopia. **Material y métodos:** Se realizó el tratamiento quirúrgico por laparoscopia de 7 pacientes, 5 hombres, 2 mujeres. Las edades oscilan entre 54 y 82 años, tenemos el seguimiento de los casos a 18 meses. A todos los pacientes se les realizó serie gastroduodenal, endoscopia digestiva alta, manometría esofágica y estudios de laboratorio previos a la cirugía. Todos los pacientes padecían de alteraciones en la motilidad esofágica. La cirugía en todos los casos incluyó reducción del estómago a la cavidad abdominal, disección completa del herniario, cierre del defecto y funduplicatura parcial de 270°. **Conclusiones:** La evolución de la cirugía laparoscópica permite hoy resolver patologías complejas del hiato, como son las hernias hiales gigantes.

105 TL 048

ÚLCERA PÉPTICA PERFORADA. CRITERIOS QUE NORMAN CONDUCTA QUIRÚRGICA

Rodríguez GJ, Guevara TL, Sánchez AM
Hospital Central Dr. IMP, SLP

Objetivo: Evaluar criterios que norman conducta quirúrgica en úlcera péptica perforada. **Antecedentes:** La perforación es la complicación más frecuente de úlcera péptica y es indicación de cirugía urgente, la principal disyuntiva es decidir si se realiza cierre simple o cirugía definitiva. Varios autores afirman que la cirugía definitiva se realiza con igual riesgo operatorio al cierre simple, de acuerdo al estado nutricional del paciente, de la cavidad abdominal y estado de choque durante el transoperatorio. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, transversal, comparativo. Se estudiaron 50 expedientes de 01-01-95 a 31-12-01, con diagnóstico de úlcera péptica perforada. Se analizaron 30 variables, entre las principales: Edad, sexo, alcoholismo, tabaquismo, ingesta de AINES, antecedente de enfermedad ácido-péptica, signos, síntomas, exámenes de laboratorio al ingreso, características de la úlcera y contaminación de cavidad. Análisis estadístico: Estadística descriptiva con media de tendencia central y dispersión. Estadística inferencial: Análisis bivariado (Chi², F exacta de Fisher), análisis exploratorio de regresión logística. **Resultados:** Se formaron dos grupos: uno de parche simple y otro de cirugía definitiva. Rango de edad 15-98A (media 56.56) y DE 18.3 (p = 0.60). Predomino sexo masculino (69%) femenino (31%). Antecedente de tratamiento antiulceroso, alcoholismo, tabaquismo, signos, síntomas y exámenes de laboratorio al ingreso no mostraron significancia estadística para decidir el tipo de procedimiento (p = 0.16). Consumo de AINES presentó tendencia (p = 0.08). Características de la úlcera (p = 0.006) y la contaminación de la cavidad (p = 0.007) fueron los criterios utilizados para elegir procedimiento. **Conclusiones:** En este estudio los hallazgos, características de la úlcera y contaminación de la cavidad fueron los criterios que influyeron para decidir el procedimiento quirúrgico.

106 TL 103

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA GASTRITIS POR REFLUJO ALCALINO CONSECUTIVA A CIRUGÍA ANTIÚLCERA PREVIA

Meneses CJA, Bonilla AMA, López VG
Hospital Central Militar

La gastritis por reflujo alcalino en pacientes operados de gastrectomía por enfermedad ulcerosa es un problema que se manifiesta por dolor, vómito y pirosis. No existe tratamiento médico específico, pero en su manejo usualmente se emplean antagonistas H2 y procinéticos por meses o años, pero la severidad de los síntomas obligan a pensar en el tratamiento quirúrgico para algunos casos. **Material y método:** Entre enero de 1998 y septiembre de 2001, se valoraron 15 pacientes en la consulta externa de Cirugía General del Hospital Central Militar, con síntomas calificados como síndrome post-gastrectomía. Todos tenían antecedente de cirugía antiúlcera con reconstrucción tipo Billroth II realizada entre 7 y 20 años antes. De los 15 pacientes, 6 tenían gastritis por reflujo alcalino manifestada por dolor, pirosis y/o vómitos severos y rebeldes a tratamiento médico. A los 6 pacientes se les sometió a tratamiento quirúrgico consistente en conversión del Billroth II en omega de Braun con grapado (engrapadora TA55) del asa aferente entre la entero-enterostomía y el estómago. No hubo mortalidad, y sólo se presentó una infección menor de herida. **Resultados:** En 5 de los 6 pacientes, la sintomatología desapareció, y en uno de ellos, los síntomas sólo disminuyeron. **Conclusión:** Aunque el procedimiento realizado se describió hace muchos años y es poco empleado actualmente, es útil, y sobre todo menos riesgoso que la reconstrucción con asa en Y de Roux, y además, ofrece resultados satisfactorios.

107 TL 139

EXPERIENCIA DEL GANGLIO CENTINELA EN CÁNCER DE MAMA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

Ramírez AC, Bargallo RE, Pérez VAJ, Blanco SA, Cantú D, Robles VC
Instituto Nacional de Cancerología

El cáncer de mama es una de las principales neoplasias malignas de la mujer. El estado ganglionar es uno de los principales factores pronósticos pero la disección axilar es un procedimiento estadificador con una morbilidad total cercana del 70%. Una nueva técnica estadificadora con menor morbilidad y sin detrimento en la sobrevida es el ganglio centinela. Sin embargo, existen controversias sobre su validación debido a la curva de aprendizaje, materiales utilizados (radiocoloides). **Material y métodos:** Cuarenta pacientes con cáncer de mama, con tumores menores de 4.5 cm y axila clínicamente negativa. Se utilizó el colorante azul patente y renio marcado con tecnecio 99, inyectado 10 minutos antes del procedimiento quirúrgico periareolar. **Resultados:** Treinta y un pacientes fueron evaluables con una media de edad de 55 años (rango 38 a 71 años), el tamaño promedio tumoral fue de 2 cm, en 33% de las pacientes se realizó cirugía conservadora. En 1 paciente no se localizó ganglio centinela (3.3%) realizándose una localización exitosa en 96.6% de los casos con un 3.3% de falsos negativos. **Conclusiones:** La realización del ganglio centinela es un procedimiento factible, que requiere ser realizado bajo una estrecha vigilancia con el objeto de ofrecer al paciente un

procedimiento menos mórbido pero brindándole los beneficios de una estadificación adecuada y requiere ser realizado por un equipo multidisciplinario.

108 TL 106

MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA EN EL EDO. DE GTO

Navarro HS, Hurtado R, Martínez J, Ramírez J, López LH
Secretaría de Salud del Edo. de Gto

Introducción: Con un millón de nuevos casos en el mundo cada año, el cáncer de mama es la patología maligna en mujeres más común, y la segunda en México. La mortalidad anual va desde 27/100,000 mujeres en el norte de Europa a 4/100,000 mujeres en Asia. Se han iniciado programas de screening a nivel mundial, concretamente en países desarrollados con el fin de realizar una detección temprana del cáncer de mama. El programa de screening mamario NHS introducido en Inglaterra y Gales demostró que la mamografía puede reducir la mortalidad por cáncer de mama, de un 25 a 30% durante un periodo de 10 años. **Objetivo:** Determinar la mortalidad por cáncer de mama en el estado de Guanajuato y valorar la necesidad de establecer un programa de "screening" mamario para hacerla disminuir. **Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo observacional de la mortalidad por cáncer de mama reportados en los anales de la Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato durante el periodo 1991-2001. La Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato da cobertura asistencial a 46 municipios. Estos municipios están distribuidos en 7 áreas jurisdiccionales, reuniendo a 2, 435, 396 mujeres en total, tomando como referencia el Censo de Población del INEGI del 2001. **Resultados:** En los últimos diez años (1991-2001) se registraron un total de 1, 233 defunciones por cáncer de mama. En 1991 hubo 94 muertes y en el 2001 hubo 137 muertes. La tasa de mortalidad en el estado de Guanajuato fue de 6.2 por 100,000 mujeres en el 2001. Las tasas de mortalidad por jurisdicciones más altas son Acámbaro, Irapuato y León. **Conclusiones:** La tasa de mortalidad correlaciona a la presentada en aquellos países que presentan un nivel socioeconómico similar al que tenemos en nuestro Estado. El número de muertes por cáncer de mama ha aumentado en un 45.7 % de 1991 al 2001. Se justifica implantar un programa de screening mamario en el Estado para reducir el número de muertes que va en ascenso.

109 TL 005

RIESGO DE CÁNCER DE MAMA INVASOR Y PATRONES DE ESCRUTINIO Y PROFILAXIS EN PACIENTES DEL INCMYNSZ

Medina FH
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Antecedentes: El modelo matemático de Gail predice el riesgo de cáncer de mama invasor en los próximos 5 años y de por vida, sin embargo, no se ha validado en población mexicana. Los lineamientos de escrutinio y profilaxis en pacientes de alto riesgo se encuentran definidos en población americana, desconociéndose el apego a los mismos en nuestro medio. **Métodos:** Se aplicó una encuesta a pacientes mayores de 20 años de edad asistentes a la Clínica de Mama del INCMYNSZ en el periodo del 1º de enero al 30 de junio del 2002. Se excluyeron pacientes con diagnóstico previo

de cáncer de mama, así como aquellas que acudían para valoración de algún nódulo o anomalía mastográfica sospechosa de neoplasia. Los datos recolectados fueron introducidos a un programa del modelo de Gail proporcionado por el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos, el cual permite calcular para cada paciente el riesgo de cáncer de mama invasor durante los siguientes 5 años y hasta la edad de 90 años. Se cuestionó acerca de la realización de mastografía anual, así como del uso de tamoxifén como profiláctico en pacientes con riesgo mayor a 1.6% a 5 años según el modelo de Gail. Para el cálculo estadístico se usó el programa SPSS. Se consideró significativa a una $p < 0.05$. **Resultados:** Se incluyeron 500 pacientes en el estudio con edad promedio de 50.7 años (rango, 20-85). El 56.4% (282 pacientes) fueron postmenopáusicas. Cincuenta y dos pacientes (10.4%) contaban con antecedente de al menos un familiar directo con cáncer de mama. En relación a la historia obstétrica, la edad promedio de la menarca fue de 12.7 años (7-19) 103 pacientes fueron nuligestas, en el resto, el promedio de embarazos por paciente fue de 3 (1-15) y la edad promedio de las pacientes al primer embarazo a término fue de 22.7 años (16-41). Ciento doce pacientes (22.4%) tenían antecedente de histerectomía y 76 de 282 postmenopáusicas refirieron usar terapia de reemplazo hormonal. Ciento catorce pacientes (22.8%) contaban con antecedente de biopsia de mama previa y en un solo caso (0.9%) el reporte fue de hiperplasia ductal atípica, siendo el reporte más frecuente el de mastopatía fibrosa quística. De 395 pacientes mayores de 40 años de edad, grupo en donde se recomienda la mastografía anual, sólo el 48% reportó esta práctica. El riesgo calculado de cáncer de mama invasor en los próximos 5 años fue de 1.18% en promedio para toda la población en estudio (rango 0-5.7%) y el riesgo de por vida fue de 9.29% en promedio (rango 1.4-30.1%). Se encontraron 128 pacientes (25.6%) con un riesgo a 5 años calculado $> 1.6\%$. Esta proporción es significativamente menor al 58.8% encontrado en los Estados Unidos durante el estudio de profilaxis con tamoxifén (NSABP-P1). En este grupo de alto riesgo, el 57% reportó el uso de mastografía anual, lo cual no es estadísticamente diferente a la población total estudiada. En ningún caso se refirió el uso de tamoxifén como profiláctico. **Conclusiones:** El riesgo calculado de cáncer de mama invasor en esta muestra de pacientes de alto riesgo, es menor que la reportada en los Estados Unidos. Esta cohorte de pacientes será seguida prospectivamente con la finalidad de validar el modelo de Gail en nuestro medio. La mastografía y la quimioprofilaxis con moduladores de los receptores de estrógeno se encuentra muy subutilizada en nuestro medio, inclusive en grupos de alto riesgo para cáncer de mama invasor.

110 TL 007

GANGLIO CENTINELA EN CÁNCER DE MAMA: VALIDACIÓN INDIVIDUAL DE LA TÉCNICA

Vergara FO, Medina H
Dpto. de Cirugía. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Antecedentes: La presencia de metástasis axilares es el factor pronóstico más importante de sobrevida en pacientes con cáncer de mama, así como un determinante primario para el uso de terapia adyuvante sistémica, especialmente en tumores pequeños. La biopsia del ganglio centinela (GC) en el cáncer de mama ha ganado gran popularidad

debido a que proporciona un adecuado estadiaje de la enfermedad asociado a una baja morbilidad en comparación con disecciones axilares completas. La técnica del GC se diseñó para estadiar a las pacientes con cáncer de mama sin extraer la mayoría del tejido axilar. Por otra parte, este procedimiento le permite al patólogo realizar un análisis histológico más detallado al tener menos volumen de tejido para examinar. El Colegio Americano de Cirugía ha recomendado que cada cirujano debe validar su técnica con un mínimo de veinte procedimientos antes de abandonar la disección axilar. **Objetivo:** Determinar la sensibilidad y el valor predictivo negativo de la disección del GC realizada por un solo cirujano. **Pacientes y métodos:** Se incluyeron 20 pacientes consecutivas del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" sometidas a cirugía por cáncer de mama invasor desde marzo del 2001 a mayo del 2002. Se excluyeron pacientes con ganglios axilares palpables o metástasis a distancia. Se inyectaron 5 ml de azul de isosulfán subareolar, peritumoral o en el sitio de una biopsia previa, cinco minutos antes del procedimiento. En la cirugía el GC se identificó bajo visión directa como un ganglio teñido de color azul. Este se extirpó por separado y se completo la disección axilar de los niveles I y II. Se compararon los hallazgos histopatológicos del GC con el contenido axilar. **Resultados:** Se estudiaron un total de 20 pacientes con una edad promedio de 57.3 años (30-76). Los tumores se localizaron en la mama derecha en el 65% de las pacientes. La localización más frecuente fue el cuadrante superior derecho en el 60%. La estirpe histológica fue carcinoma canalicular infiltrante en el 65%, lobulillar infiltrante en el 30% y mixto en un 5%. Los tipos de cirugías realizadas fueron segmentectomía y disección axilar en el 55% y mastectomía radical modificada en un 45%. El diámetro promedio del tumor fue de 1.99 cm (0.5-5.5 cm). La inyección del azul de isosulfán fue peritumoral en el 40%, subareolar en el 50% y en el sitio de la biopsia previa en el 10%. Ocho pacientes tuvieron al menos un ganglio involucrado por tumor y en cinco de ellas el GC fue el único con enfermedad metastásica. En un solo caso el GC fue falso negativo en presencia de metástasis axilares en ganglios no centinelas en dicha paciente se encontraron metástasis macroscópicas en otros ganglios. La sensibilidad del procedimiento fue del 87% y el valor predictivo negativo del 92%. **Conclusiones:** Los resultados obtenidos son útiles para validar la técnica del GC en cáncer de mama axilado como base para eliminar la disección radical de axila cuando éste es negativo. La enfermedad ganglionar macroscópica puede ser causa de falsos negativos.

111 TL 257

CIRUGÍA DE CÁNCER DE MAMA. EXPERIENCIA Y RESULTADOS

Gutiérrez M, Correa BG, Yáñez LA, Askins CC, Balbuena E Departamento de Cirugía General. Hospital General de Zona No. 4. Instituto Mexicano del Seguro Social. Monterrey Nuevo León. Mex

Objetivo: Analizar la experiencia y los resultados preliminares en un Hospital General de Zona. **Material y métodos:** Estudio preliminar retrospectivo, descriptivo y longitudinal de los expedientes clínicos de los pacientes que experimentaron cirugía de mama por cáncer en un periodo de 10 años, del 1 de enero de 1992 al 31 de diciembre del 2001. Estudio con medidas de tendencia central. **Resulta-**

dos: Durante el presente estudio se analizaron 180 pacientes, realizándose un promedio de 18 cirugías por año (14-30), con una media de edad de 52.7 años (20-91 años), siendo el grupo de edad más afectado el de 56 a 60 años con 22 pacientes. Se presentó cáncer en glándula mamaria derecha en 97 pacientes (53.8%), en el lado izquierdo en 79 (43.8%) y bilateral en 2 pacientes (2.2%), el cuadrante más afectado fue el CSE en 71.6%, CSI 14.2%, CIE 9.5%, CII 4.7%. El tiempo de evolución de su sintomatología fue de 6.3 meses (1 mes-3 años), y en promedio se encontraron 2.4 ganglios positivos de 12.7 analizados. La histopatología que se presentó fue de carcinoma ductal en 47.3%, carcinoma lobulillar en 28.5%, adenocarcinoma 12%, c. medular 3.7%, c. coloide 0.7%, c. papilar 4.5%, comedocarcinoma 1.5% y cistosarcoma folio de maligno 1.5%. El tratamiento a todas las pacientes fue quirúrgico radical (MRM) y todos los pacientes fueron enviados a 3er nivel para tratamiento adyuvante. **Conclusión:** Los resultados nos demuestran que la cirugía de cáncer de mama se realiza de forma rutinaria, y la histopatología es similar a los reportes nacionales e internacionales.

112 TL 115

RESECCIÓN DE PARED TORÁCICA EN LA RECURRENCIA DE PATOLOGÍA MAMARIA

Alanís LP, Rodríguez A, Cantú-de León D, Ramírez UMT, Robles VC

Instituto Nacional de Cancerología de México, SS

Introducción: La recurrencia locorregional después de una mastectomía radical ocurre en el 35% de las pacientes aproximadamente. El tiempo en que ocurre es variable, más frecuentemente en los primeros 2 años, sólo el 50% de estas pacientes tendrán enfermedad metastásica en otro sitio. La resección de la pared torácica está justificada en pacientes seleccionadas y ésta puede servir para control local o paliación. En algunas pacientes permite prolongar la sobrevivida. **Objetivo:** Identificar el sitio de recurrencia, la extensión de la resección, el tipo de reconstrucción y la sobrevivida en pacientes con neoplasias mamarias recurrentes. **Diseño:** Cohorte retrospectiva. **Lugar del estudio:** Departamento de Tumores Mamaros, Instituto Nacional de Cancerología de México. **Pacientes:** Se evaluaron los expedientes de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama y tumor Phyllodes, las cuales requirieron de resección de pared torácica en el periodo comprendido de 1984 a 2001. **Mediciones y resultados:** Se identificaron 14 pacientes en este periodo. Diez pacientes presentaban diagnóstico de cáncer de mama y 4 con tumor Phyllodes de alto grado. El promedio de edad fue de 45.8 años (24-69 años) para las pacientes con cáncer de mama y para las pacientes con tumor Phyllodes fue de 34 años (34-41 años). Diez pacientes fueron tratadas inicialmente en otra institución, 9 con cáncer de mama y una con tumor Phyllodes. De las 4 mujeres operadas en el Instituto una tenía cáncer de mama etapa clínica IIb y de las 3 pacientes con diagnóstico de tumor Phyllodes. Se realizó mastectomía radical Halsted al 28.58% de los casos y mastectomía radical modificada tipo Patey al 64.28%, no importando la institución inicial de tratamiento. En el 7.14% no se conocía el tipo de cirugía inicial. El 42.85% (6 casos) de las pacientes recibió adyuvancia con radioterapia, el 21.42% sólo con tamoxifén y el 35.71% permaneció sin adyuvancia antes de ingresar a este Instituto. La histología para todo el grupo fue canalicular infiltrante en el

50%, adenocarcinoma poco diferenciado en el 14.28%, cáncer metaplásico en el 7.14 %, tumor Phyllodes 21.42%. El tiempo de presentación de la recurrencia fue de 76.6 meses (rango 12-192 meses) para las mujeres con cáncer y de 14.7 meses (rango 11-24) para el tumor Phyllodes. La estancia intrahospitalaria post-resección promedio fueron seis días, sólo dos pacientes requirieron ingresar a la Unidad de Cuidados Intensivos (15%), una paciente (7.1%) falleció por complicaciones de la cirugía. En cuatro pacientes se logró cierre primario y el resto requirió reconstrucción con mallas biológicas (fascia lata) o sintéticas además de cobertura con colgajos miocutáneos. Ocho pacientes (57.1%) se encuentran en vigilancia sin enfermedad con seguimiento promedio de 36 meses (rango 2-78), el resto han fallecido por enfermedad entre 4 y 115 meses (media 53) posterior a la resección. **Conclusiones:** La resección de la pared torácica en pacientes con recurrencia de patología mamaria es una alternativa indiscutible en el manejo integral de este tipo de enfermas, con una tasa de complicaciones baja, beneficiando importantemente la calidad de vida así como en la supervivencia de las mismas.

113 TL 236

REPARACIÓN DE LA VÍA BILIAR

Zendejas HJC, Lecona HH
Departamento de Cirugía General Hospital Naucalpan

Se trata de un estudio tangencial, observacional, prospectivo y longitudinal realizado en el Hospital General de Naucalpan "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda" (ISEM), del mes de marzo de 1997 al mes de junio del 2002. Se incluyeron el total de casos que presentó lesión de la vía biliar, del total de colecistectomías programadas y de urgencia. Con un total de colecistectomías de 275, de las cuales 9 presentaron dicha lesión, 7 (77.77%) del sexo femenino, 2 (22.22%) del sexo masculino, del total 5 pacientes de cirugía programada, y 4 pacientes de urgencia. La edad fluctuó de 19 años a 52 años y la sintomatología posterior a la lesión fue la siguiente: ascitis en el 13%, dolor abdominal, 14% distensión abdominal, náuseas 9%, vómito 11%, ileo adinámico 15%, fiebre 11%. El diagnóstico se realizó clínicamente en el 66% y por TAC 11%, USG: 11%, CT: 11%. El tipo de lesiones usando la clasificación de Strasberg fue: Tipo A un caso, (11.11%), tipo E (BISMUTH9), tipo II: 4 casos (44.44%). El tiempo de la identificación de la lesión varió desde el momento mismo de la lesión hasta un tiempo de 20 días, posterior a la colecistectomía. El manejo inicial consistió en estabilización hemodinámica, en cada caso particular, y la reparación quirúrgica en el caso con lesión tipo A: cierre primario, más colocación de sonda en T, en los casos con lesiones de Bismuth II: 1 paciente con colédoco-duodenoanastomosis, y 3 restantes con derivación hepatoyeyunal con ferulización de la vía biliar; las lesiones Bismuth III: 2 pacientes con derivación biliodigestiva con ferulización y 2 restantes con misma derivación pero sin ferulización. El tiempo de seguimiento aún a la fecha, de 8 de los pacientes sin datos de estenosis, los pacientes presentaron las siguientes complicaciones: dos pacientes con síndrome del sumidero, y una paciente con dehiscencia de la anastomosis en Y de Roux, en otra paciente se retiró la ferulización por accidente al 3er día de postoperada. El uso de la ferulización se determinó por el calibre del colédoco, teniendo que realizar en un paciente la maniobra de Warren para asegurar mayor calibre, y por la predilección del cirujano.

EFFECTO DE LA DERIVACIÓN BILIODIGESTIVA EN LA FIBROSIS HEPÁTICA SECUNDARIA A LESIÓN IATROGÉNICA DE LA VÍA BILIAR

Hernández HS, Hermosillo SJM, Vázquez CG, Miranda DA
Servicio de Cirugía General y Patología del HECMNO, IMSS y el Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jal

Antecedentes: La incidencia de lesiones iatrogénicas de la vía biliar es del 0.5 al .8%, ocasionando cerca de 1,500 casos al año. En México no hay estadísticas certeras del número de lesiones, aunque se ha publicado una incidencia de hasta el 0.9%. La cirrosis hepática corresponde a la quinta causa de muerte en México. La cirrosis biliar secundaria se origina como consecuencia de la obstrucción prolongada de los conductos hepáticos o colédoco. Una de las causas más frecuentes son las estenosis postoperatorias de la vía biliar. No se han publicado estudios que evalúen el grado de fibrosis hepática posterior a la lesión de la vía biliar y justo antes de su reconstrucción como factor pronóstico para el desarrollo de cirrosis biliar por métodos cuantitativos y semicuantitativos. **Objetivo:** Medir el grado de fibrosis hepática en pacientes con derivación biliodigestiva por lesión iatrogénica de la vía biliar. **Material y métodos:** Estudiamos 8 pacientes con lesión de la vía biliar post-colecistectomía, abierta o vía laparoscópica, a los cuales se reconstruyó mediante una derivación biliodigestiva, con toma de biopsia hepática al momento de la reconstrucción biliar. Se midió el grado de fibrosis con tinciones de HE, Masson, Rojo cirio, @- SMA, PCNA, clasificación histopatológica de Metavir, y presencia de TIMs y PAI. **Resultados:** Edad promedio 34 años. 87.5% femeninos. Sin complicaciones postoperatorias. El 100% presenta fibrosis hepática en grado variable. **Conclusiones:** La fibrosis hepática se inicia antes de la reconstrucción biliar y la derivación biliodigestiva no la previene.

115 TL 208

RESULTADOS EN LA CIRUGÍA DE RECONSTRUCCIÓN DE VÍAS BILIARES

Romero LMDR, Cerón RM, Hurtado AH, Acosta LJL
CMN 20 de Noviembre, ISSSTE

El tratamiento exitoso de la estenosis biliar requiere eliminar la obstrucción logrando restablecer el flujo biliar hacia el tubo digestivo con lo que se evita la colangitis y formación de cálculos. Se presentan los resultados de un estudio clínico, retrospectivo, abierto realizado en el CMN 20 de Noviembre del ISSSTE para evaluar los resultados de la cirugía de reconstrucción en pacientes con lesión iatrogénica de vía biliar. De diciembre de 1995 a mayo de 2002, se operaron 33 pacientes (25 mujeres y 8 hombres) con edad de 19 a 78 años (promedio 46.3) para reconstrucción de vías biliares. Veintitrés tenían intentos de reconstrucción previa (18:1, 4:2, 1:3). El cuadro clínico incluyó dolor 84%, ictericia 87%, colangitis 85%. En todos los pacientes se realizó USG y colangiografía, TAC a 5 pacientes y RMN en 8. Basado en la clasificación de Bismuth, las lesiones correspondieron a: tipo I: 8 pacientes, tipo II: 5, tipo III: 19 y tipo IV: 1. Se realizaron 3 procedimientos de Hepp-Couinaud, 20 hepaticoyeyunostomías (8 con uso de sonda transhepática), 8 coledocoduodenoanastomosis y 2 procedimientos de Rodney-Smith. Las complicaciones fueron: sangrado transoperatorio 18%, fistu-

la biliar 20%, colangitis 6%, fístula enterocutánea 3% y falla hepática 3%. Se dio seguimiento por consulta externa en promedio 34 meses (1 75). Dos pacientes fallecieron en postoperatorio mediato, 3 pacientes desarrollaron cirrosis hepática. Se realizó dilatación transendoscópica en 6 pacientes, 4 requirieron un nuevo procedimiento de reconstrucción. Debemos enfatizar que el pronóstico del paciente con lesión de vía biliar depende del número de intentos de reparación, el tiempo de obstrucción, y la técnica quirúrgica empleada.

116 TL 008

LESIÓN AGUDA DE VÍA BILIAR. NECESIDAD DE REPARACIÓN ALTA

Mercado MA, Chan C, Orozco H, Hinojosa CA
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Se ha señalado que la primera reparación después de una lesión de vías biliares es la mejor opción. La reparación de lesiones en los primeros minutos u horas de la lesión presenta un reto importante dado que se realiza en conductos pequeños cuya viabilidad no siempre puede ser valorada. Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes que fueron reparados agudamente (minutos a horas después de la lesión). Entre 1989 y 2002 se repararon un total de 204 pacientes de los cuales 30 fueron operados en los primeros minutos u horas después de la lesión. Fueron divididos en dos grupos: 1) pacientes con hepatoyeyunoanastomosis por abajo de la confluencia, 2) pacientes con hepatoyeyunoanastomosis a nivel de la confluencia. **Resultados:** 28 pacientes fueron lesionados en colestectomía laparoscópica y 2 en colestectomía abierta. Todos los pacientes tenían una lesión compleja con pérdida de sustancia (Strasberg E). Doce pacientes fueron incluidos en el grupo I y 18 en el grupo II. Tres casos en el grupo I (25%) y uno en el II (5%) tuvieron disfunción de la anastomosis con un tiempo de seguimiento de 56 meses para el grupo I y 52 para el grupo II. Dos casos en el grupo I requirieron reoperación (16%) y ninguno en el grupo II (0%). **Conclusión:** En situación aguda, las lesiones complejas deben ser tratadas con una anastomosis alta de inicio, a nivel de la confluencia, donde existe la certeza de conductos no isquémicos. Las anastomosis bajas tienen una mayor probabilidad de estenosis y mayor requerimiento de intervención radiológica y reoperaciones.

117 TL 270

QUISTE DE COLÉDOCO. VEINTICINCO AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL HECMNO IMSS

Hernández HS, Hermosillo SJM, Orozco HEJ, Guzmán GR, Haro FJ
HECMNO IMSS GUADALAJARA

Antecedentes: La primera descripción clínica de un caso de un quiste coledociano se atribuye a Douglas. La clasificación de Todani es la más aceptada hoy en día. Actualmente la resección del quiste con derivación biliodigestiva en Y de Roux es el tratamiento de elección. **Objetivo:** Reporte de la experiencia del servicio en el manejo del quiste de colédoco en un periodo de 25 años. **Informes de los casos:** Reporte de 20 casos de quiste de colédoco, 17 femeninos, 3 masculinos. Edad entre 16 y 64 años. Hubo 16 quistes tipo I, uno tipo II, dos tipo IV, y uno tipo III. Los síntomas principales fueron la ictericia y el dolor abdominal. El

diagnóstico se realizó por US, TC abdomen y CPRE. El tratamiento quirúrgico de elección hasta antes de 1983 fue la cistoyeyunoanastomosis, y posterior a esa fecha fue la hepaticoyeyunoanastomosis en Y de Roux. **Resultados:** En 15 pacientes los resultados fueron satisfactorios. Cinco pacientes desarrollaron complicaciones y hubo 2 defunciones por sepsis abdominal. **Conclusiones:** El quiste de colédoco es una entidad rara en nuestro medio. Los resultados de este estudio reflejan la evolución de la terapéutica quirúrgica de esta patología. Actualmente la resección del quiste con hepaticoyeyunoanastomosis en Y de Roux es el procedimiento de elección con resultados satisfactorios.

118 TL 164

RECONSTRUCCIÓN DE VÍAS BILIARES, EXPERIENCIA PERSONAL DE 8 CASOS, EN UN HOSPITAL PRIVADO

Zenteno GG, Mazza OD, Cabrera OA, Márquez MA
Hospital Betania de Puebla

Antecedentes: Las lesiones del conducto biliar son una tragedia para el cirujano, así como un reto para el cirujano interesado en sus reparaciones. Antes de la era laparoscópica la frecuencia de lesiones del conducto biliar se estimaban según los diferentes centros en 0.2 a 0.4%, posterior a la era laparoscópica la frecuencia de lesiones de la vía biliar se ha incrementado por lo menos a 0.6%, identificándose varios de los factores que contribuyen a este incremento, no sólo la curva de aprendizaje de la que tanto se ha hablado. La frecuencia con la que se reparan lesiones del conducto biliar depende fundamentalmente del centro en el que uno se encuentre, no es tan común realizar este tipo de procedimientos en la práctica privada, motivo por el que presento mi experiencia personal. **Objetivos:** Presentar la experiencia personal en lesiones del conducto biliar con 8 casos en un hospital privado de la Cd. de Puebla. **Material y métodos:** Es un estudio retrospectivo, del periodo comprendido de enero de 1998 a junio del 2002, se analizan 8 casos operados por lesiones del conducto biliar, la edad promedio fue de 48 años y predominó el sexo femenino. Los estudios de gabinete usados como diagnósticos fueron colangiografía por sonda, ultrasonido, tomografía helicoidal y colangiorresonancia magnética. **Resultados:** Se analizaron los 8 casos de pacientes operados por lesiones del conducto biliar, el paciente con el tiempo más prolongado entre la lesión y la reparación fue de 8 meses, en un caso se tuvo el video de la cirugía laparoscópica realizada, el tiempo quirúrgico promedio fue de 4.5 horas, sólo en 2 casos se presentaron fugas biliares menores que cedieron con manejo conservador y nutrición parenteral en un caso. Todos los pacientes tienen vigilancia periódica y hasta el momento ninguno ha sido reoperado, el control se ha seguido con PFH, ultrasonido y evaluación clínica. **Discusión y conclusiones:** La frecuencia de lesiones del conducto biliar cada vez es más alta, en ella intervienen diversos factores y no sólo la experiencia quirúrgica (curva de aprendizaje), lo ideal en las reparaciones es realizarlas en el momento mismo de la lesión y de preferencia por cirujanos interesados en el área.

119 TL 064

UTILIDAD DEL SELLO DE FIBRINA HUMANO EN TRASPLANTE RENAL

Jiménez DA
Hospital General Centro Médico Nacional "La Raza" IMSS

Objetivo: Evaluar el beneficio del sello de fibrina humano (Quixil) para impedir el sangrado de las anastomosis vasculares durante el trasplante renal. Determinar si el empleo del sello de fibrina puede ser un factor trombogénico. **Material y métodos:** En el periodo comprendido de 01/01 a 08/01 se realizaron 52 trasplantes renales en nuestro servicio. Empleando sello de fibrina humano, de manera aleatoria, en 20 casos, la aplicación del mismo se realizó al término de las anastomosis vasculares, momentos antes del despinzamiento de las mismas. Realizando seguimiento de los casos durante el trans y postoperatorio hasta el momento del alta, evaluando sangrado transoperatorio, gasto por drenaje, complicaciones vasculares y curso clínico de todos los casos. **Resultados:** Se formaron dos grupos, el grupo A de 20 pacientes, en los cuales se empleó sello de fibrina y el grupo B de 31 pacientes sin empleo de sello de fibrina. Había 7 mujeres y 13 hombres en el grupo A, con una edad promedio de 18.5 años. En el grupo B se contaba con 17 mujeres y 16 hombres con una edad promedio de 20.5 años. El sangrado transoperatorio se cuantificó en 200 cc para el grupo A y 450 cc en el grupo B, con una diferencia estadísticamente significativa para el grupo A. El gasto por el drenaje en el postoperatorio inmediato fue en promedio de 80 cc en el grupo A y 145 cc en el grupo B. Se presentó 1 trombosis arterial, secundaria a rechazo agudo. En el grupo A y en 2 casos en el grupo B, un caso por rechazo agudo y uno por complicaciones técnicas. La presencia de rechazo agudo fue de 23% para ambos grupo. La inmunosupresión fue con triple esquema y se realizó inducción con Basiliximab a dosis convencionales en 80% de los casos. Al momento del alta la creatinina promedio fue de 1.4 para el grupo A y 1.2 para el grupo B. No hubo diferencias en cuanto tipo de preservación, origen del órgano y tiempo de isquemia. **Conclusiones:** La experiencia con el empleo del sello de fibrina ha sido altamente satisfactoria ya que redujo de manera importante el sangrado transoperatorio. No encontramos asociación en el sello de fibrina y complicaciones vasculares. Sin embargo, el empleo del sello de fibrina eleva el costo del trasplante renal por lo que consideramos que el empleo del mismo debe ser individualizado.

120 TL 273

LESIONES INTRA-ABDOMINALES POR CATÉTER RÍGIDO DE DIÁLISIS PERITONEAL

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

Objetivo: Analizar las lesiones intraabdominales provocadas por la colocación de catéter rígido para diálisis peritoneal. **Material y métodos:** Estudio clínico, prospectivo, observacional y transversal, de pacientes con sospecha clínica de lesiones intraabdominales ocasionadas por la colocación de catéter rígido de diálisis peritoneal y operados en el servicio de Urgencias del Hospital General de México, OD del 1º de diciembre de 1995 al 31 de noviembre de 1998, se excluyeron pacientes que no ameritaron cirugía por alguna razón. **Resultados:** De un total de 3,252 cirugías realizadas en este periodo y de un total de 2,124 procedimientos dialíticos, se realizaron 46 (2.16%) procedimientos quirúrgicos por sospecha de lesión intraabdominal. En 41 casos se demostró lesión intraabdominal, 1 lesión de pared abdominal y 4 laparotomías blancas. Del total, 31 fueron del sexo masculino y 15 del femenino. La edad prome-

dio fue de 25.4 años, (rango 15-39). Las lesiones demostradas, en su mayoría fueron a un solo órgano (33 casos = 80.5%) y lesiones múltiples en los 18 pacientes restantes (19.5%). El intestino delgado fue el más frecuentemente dañado (22 casos = 54%), seguido del epiplón (17 casos = 41.5%), mesenterio (5 casos = 12.2%), vasos mayores (2 casos = 5%), colon, hígado, vesícula y vejiga (1 caso = 2.5% respectivamente). El primer procedimiento quirúrgico resolvió el 97.5% de los casos, uno desarrolló sepsis abdominal persistente y requirió para su control de 3 cirugías más. La mortalidad relacionada a las lesiones fue del 2.5%. **Conclusiones:** Existe un riesgo relacionado a la técnica quirúrgica, número de procedimientos dialíticos y a la curva de aprendizaje cuando se coloca el catéter rígido de diálisis peritoneal, sin embargo la detección oportuna y el procedimiento correctivo son fundamentales para estos pacientes.

121 TL 259

FACTORES ASOCIADOS A DISFUNCIÓN DE CATÉTER DE TENCKHOFF

EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL GENERAL DE ZONA
Salinas VJC, Correa BG, Yáñez LA, Balbuena HE
Departamento de Cirugía General. Hospital General de Zona No. 4 Instituto Mexicano del Seguro Social. Monterrey Nuevo León, México

Objetivo: Analizar los factores relacionados a disfunción del catéter de Tenckhoff, desde tipo de catéter utilizado, técnica quirúrgica utilizada y hallazgos transoperatorios. Además de las variables como edad, sexo y enfermedades agregadas. **Material y métodos:** Estudio preliminar retrospectivo, descriptivo y longitudinal de los expedientes clínicos de los pacientes que experimentaron cirugía de catéter de Tenckhoff en un periodo de 18 meses, de 1ro de enero de 2001 al 30 de junio del 2002. Estudio con medidas de tendencia central. **Resultados:** Se realizaron 164 intervenciones para colocación de catéter de Tenckhoff en este periodo. Fueron 96 mujeres (58.5%) y 68 hombres (41.5%). El rango de edad fue desde 15 años hasta 68 años de edad, siendo 3 pacientes menores de 18 años y 18 mayores de 68 años. Las enfermedades predominantes, y causales en estos pacientes fueron diabetes mellitus en 102 pacientes (62.2%), hipertensión arterial en 44 pacientes (26.8%) y 18 pacientes con otras enfermedades (11%). Se colocaron exitosamente 101 (61.6%) y disfuncionaron 63 (38.4%). De éstos, 24 (24.5%) fueron catéter en espiral (de 98 colocados) y 39 (59.1%) rectos (de 66 colocados). Los hallazgos quirúrgicos en los que disfuncionaron fueron: Peritonitis en 19 (30.1%) casos, tapón de fibrina en 16 (25.4%), epiplón en 9 (14.3%), tapón de coágulo en 9 (14.3%), libre en 7 (11.1%) y 3 (4.8%) por otras causas. En cuanto a la colocación del catéter, todos se dirigieron a hueco pélvico, fueron 139 (84.8%) subaponeuróticos y 25 (15.2%) supraaponeuróticos. En línea paramedia infraumbilical se colocaron 116 (70.7%) e infraumbilical central 48 (29.3%). Se realizó omentectomía en 3 pacientes, que éste fue el hallazgo quirúrgico principal. El estado funcional del catéter fue desde 2 días (4 casos), hasta 6 años (1 caso), siendo en promedio la duración de 8 meses. **Conclusiones:** Encontramos que en cuanto al tipo de catéter utilizado es estadísticamente significativa la mayor disfunción con el catéter recto. En cuanto a la edad es más frecuente la disfunción en edades más avanzadas, no hay relación en cuanto al sexo ni en cuanto a otras patologías agregadas. Los resultados nos muestran que la cirugía de

colocación de catéter de Tenckhoff se realiza de forma rutinaria en nuestro medio, con buen índice de seguridad según reportes nacionales.

122 TL 145

TRASPLANTE RENAL PEDIÁTRICO. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL IMSS PUEBLA

Reyes HC, Reyes PP, Abascal AA, Salinas GR
Departamento de Cirugía Digestiva y Trasplante del CMN
MAC Hospital de Especialidades IMSS Puebla

Antecedentes: La historia del trasplante renal comenzó aproximadamente en 1905 con Carrel, quien desarrolló técnicas de anastomosis vascular que aún son empleadas. Las alternativas actuales del tratamiento para el paciente con enfermedad renal terminal tiene varias implicaciones particulares y debido a esto cobra particular importancia la selección de modalidades terapéuticas utilizadas y el momento de su aplicación. Las publicaciones existentes hasta ahora en relación al trasplante renal en pacientes pediátricos son escasas y la experiencia en otros hospitales de nuestro país es prácticamente desconocida. **Objetivo:** Dar a conocer la experiencia del trasplante renal en niños que existe en el Hospital de Especialidades del IMSS, Puebla. **Material y métodos:** Se analizaron los expedientes clínicos de pacientes de 8 a 18 años de edad sometidos a trasplante renal a partir de febrero de 1989 a marzo de 2002, recabando la edad, sexo, etiología de la insuficiencia renal, tipo de diálisis previa al trasplante, fuente de donación y complicaciones. **Resultados:** Del 21 de febrero de 1989 hasta el 5 de marzo de 2002, la población de pacientes pediátricos trasplantados ha sido de 26 casos, de los cuales 13 (50%) son mujeres y 13 (50%) hombres. Las edades varían de 8 a 12 años, 11 casos (42.3%), de 12 a 18 años y 15 casos (57.7%). La principal causa de insuficiencia renal fue la GNC con 20 casos (76.9%), NTIC 6 casos (23.1%). El tipo de programa terapéutico previo al trasplante fue DPCA 17 casos (65.3%), HD 4 casos (15.3%), DPA 3 casos (11.5%), sin evento dialítico 2 casos (7.7%). La fuente de donación del órgano fue en 24 casos (92.3%) de donador vivo relacionado, 16 de los cuales (66.6%) provinieron de la madre y en 2 casos (7.7%) de donador cadavérico. De las complicaciones la más frecuente fue la fístula urinaria en 5 casos (19.2%), dehiscencia de la anastomosis de la vena renal en 2 casos (7.7%), estenosis ureteral y hematoma perirrenal 1 caso de cada uno (3.8%). **Conclusiones:** Aunque nuestro hospital no cuenta con un servicio de Cirugía Pediátrica, la demanda de pacientes pediátricos nos ha dado la experiencia del trasplante renal pediátrico, la cual es similar a la de otros centros del mundo, sobre todo EUA. Esto sin duda, es alentador y constituye un estímulo para continuar trabajando en este sentido.

123 TL 158

TRASPLANTE RENAL EN EL CETRA DE SAN LUIS POTOSÍ

Franco GM, Guevara L, López OM, Sánchez JM, Almaguer A
Centro Estatal de Trasplantes (CETRA) San Luis Potosí

Compartir la experiencia quirúrgica prospectiva del proceso de donación y del trasplante renal proveniente de donador cadavérico y de donador vivo relacionado. El 21 de agosto de 1999, inició el programa de trasplante renal del CETRA, logrando a la fecha 100 trasplantes renales, 15 de donador

vivo relacionado y 85 de donador cadavérico. Los trasplantados por DVR han evolucionado satisfactoriamente, de los 85 restantes, 4 han presentado rechazo con pérdida del injerto, 3 por rechazo subagudo y crónico y 1 por abandono de tratamiento inmunosupresor. Tenemos 4 defunciones, 3 por infección generalizada y 1 por reacción alérgica a transfusión. Complicaciones postoperatorias 8, 5 por linfocela, 1 dehiscencia, 1 estenosis ureteral y 1 infección de herida quirúrgica. Se lograron 55 donaciones altruistas, 45 en el Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, donde se encuentra el CETRA, 9 en hospitales institucionales como privados y una donación foránea. Se aprovecharon 85 riñones, 49 córneas y 9 hígados pudiéndose implantar 4. Se beneficio a 127 pacientes del estado de San Luis Potosí y 7 de otros estados (Jalisco, Querétaro, Veracruz, Zacatecas y DF.). Queda una vez más demostrado que el trabajo en conjunto y/o de equipo es un prototipo, en el cual difícilmente nos acoplamos, pero que sin embargo, es un arma fundamental para realizar con éxito programas en donde el desgaste horas hombre es sumamente elevado.

124 TL 171

HIPERPARATIROIDISMO TERCIARIO EN TRASPLANTE RENAL

Hernández DJM, Camarena AA, Holm CA, Pérez ML, Sánchez RJ, Jiménez DA, Muñoz TV, Espinoza GA, Correa FM
Servicio de Trasplantes, Hospital General CMN "la Raza", IMSS

Objetivo: Describir la incidencia y las características de nuestros pacientes que han desarrollado hiperparatiroidismo terciario. **Material y métodos:** Se realizó una revisión de todos los casos de trasplante renal de periodo comprendido del año 1989 al 2001 del servicio de trasplantes del HGCMR, se tomó en cuenta sexo, edad, tiempo y tipo de terapia de sustitución (hemodiálisis y diálisis peritoneal), tipo de inmunosupresión, tipo de donador, tiempo de espera, el funcionamiento del injerto, los niveles de fosfatasa alcalina y el calcio, así como la osteodistrofia renal y la presencia o no de litiasis renal en el injerto. El tratamiento quirúrgico y la respuesta al mismo. Los resultados de histopatología con los niveles de calcio postparatiroidectomía. **Resultados:** Se realizaron un total de 526 trasplantes renales en el periodo comprendido del 1-01-1989 al 31-12-2001. Fueron de donador vivo relacionado (DVR) 54%, (37.5%) casos fueron de donador cadavérico y (7%) de donador vivo emocionalmente relacionado DVER. De éstos, 3 casos presentaron datos de hiperparatiroidismo franco y 20 casos con hipercalcemia y FALK (fosfatasa alcalina) aumentada sin alteraciones de hipercalcemia. Elevación de parathormona en sangre, alteraciones en el gammagrama con sestamibi, USG del injerto sin litiasis y USG hiperparatiroideo sin lesión visible que con dieta regresaron a niveles normales seis meses posteriores a su detección. De los tres casos que ameritaron tratamiento quirúrgico, en dos casos se realizó paratiroidectomía total de las cuatro glándulas con autotrasplante de una en el antebrazo y como hallazgos la glándula mayor presentó datos francos de hiperplasia glandular sin adenoma con resolución a niveles de calcio menores de 10 mg/dl a las 48 h. La presentación de estos dos primeros casos fue durante el segundo año del trasplante con aumento progresivo asintomático del calcio y de la fosfatasa alcalina hasta niveles cercanos a los 12.5 mg/dl y FALK mayor de 500 UI/l con una gran osteodistrofia y hematuria microscó-

pica descubierto durante los exámenes de la consulta de rutina. Gammagrama positivo en ambos con niveles de parathormona altos. El tercer caso lo presentó una paciente de 19 años, 5 años PO de trasplante renal con un trasplante previo perdido a la semana por ruptura del injerto de causa inmunológica, que presentó alteraciones óseas aparentes, USG paratiroideo con lesión en paratiroides inferior izquierda, USG renal con litiasis renoureteral, parathormona elevada al doble de su valor de referencia, calcio de 13 y FALK de 380, con los 3 años y medio previos con resultados normales con gammagrama con sestamibi negativo, se realiza exploración de cuello encontrando lesión en la paratiroides descrita con transoperatorio con datos de hiperplasia sin descartarse adenoma, resto de paratiroides normales por lo que se dejan intactas. La paciente se egresa a las 24 h con niveles de calcio de 8.95 mg/dl. Resto normal, se manejará por nuestro servicio de urología para la litiasis renal con LEC y su función renal está intacta. **Conclusiones:** El hiperparatiroidismo terciario es una condición que se presenta en más del 70% de los pacientes trasplantados y en más de la mitad la condición se resuelve después del primer año del trasplante. En nuestro medio se presentó y se detectó en el 20% de los pacientes trasplantados y sólo el 15% de estos pacientes requirieron tratamiento quirúrgico. La sobrevida del paciente y del injerto no se han alterado ni la calidad de vida ya que en estos pacientes el dolor óseo dado por la osteodistrofia renal es muy importante. La incidencia de un adenoma sincrónico está reportado en la literatura cercana al 4%, pero en ninguno de nuestros casos se confirmó dicha patología y se considera que sea secundaria a la hiperestimulación pretrasplante. Nuestra incidencia de 0.57% concuerda con la de la literatura que la centra en menos del 1%.

125 TL 227

TRAUMA FACIAL COMPLEJO. EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN SU MANEJO INTEGRAL

Tarelo SJM, Aguirre RR, Valencia CH, Reyes GA, Escárcega VR

Antecedentes: El trauma facial, es uno de los más frecuentes a nivel mundial. Provocan secuelas estéticas y funcionales considerables. La asociación de estas lesiones con traumatismos intracraneales y de cuello se han incrementado, lo cual aumenta considerablemente la mortalidad principalmente cuando se afectan centros cerebrales vitales, grandes vasos y la vía aérea. Consideración importante tiene el trauma ocular, que deja secuelas tan graves como la ceguera parcial o total. Los huesos propios de la nariz se fracturan con mayor frecuencia de acuerdo a la literatura. **Objetivo:** Analizar la experiencia en el manejo del trauma facial complejo en el Hospital General de Acapulco. **Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal y observacional. Revisamos expedientes clínicos con trauma facial que ingresaran a urgencias del 1° de enero de 1997 al 31 de diciembre de 2001. Los criterios de inclusión fueron: Lesiones comprendidas entre la barbilla y la implantación del cabello, por detrás hasta la región retroauricular. **Resultados:** Estudiamos 127 pacientes con trauma facial, 92 (72.4%) fueron hombres, y 35 (27.5%) mujeres. Las lesiones ocurrieron con mayor frecuencia durante la noche, 37 casos (29.1%), después en el turno vespertino con 36 casos (28.3%), por la mañana 30 casos, en 24 casos (18.8%), no se consignó cuando ocurrió la lesión. La etiología más frecuente fue el objeto punzo cor-

tante 27 casos (21.2%), luego trauma contuso, 26 casos (20.4%), y finalmente el proyectil de arma de fuego con 24 casos (18.8%), 50 casos (39.3%), no registraron el agente etiológico. El sitio más lesionado fue la mandíbula, 42 casos (33%), luego, el maxilar con 14 (11%), la órbita con 12 (9.4%), la nariz con 10 (7.8), más de una estructura con 28 enfermos (22%), y zonas faciales diversas 21 (11.8%). Los grupos etarios lesionados fueron: menores de 15 años 38 (29.9%), de 16 a 30 años 45 (35.4%), de 31 a 50 años 35 (27.5%) y de 51 años en adelante, 9 (7%). Se operaron 83 pacientes (65.3%) y 44 (34.5%) no. Por mejoría se egresaron 106 (83.4%), 14 por alta voluntaria (11%), hubo 2 defunciones debido a lesiones multisistémicas (1.5%), 4 traslados (3.1%), un caso se egresó por no contar con material para osteosíntesis (0.7%). **Conclusiones:** En el manejo del trauma facial complejo, la intervención oportuna del cirujano es fundamental para el control de lesiones, por lo mismo, es muy importante que exista un protocolo de manejo. El subregistro es uno de los problemas mayores ya que en algunos casos los expedientes clínicos no consignan datos importantes para valorar el tratamiento, pronóstico y secuela de nuestros pacientes.

126 TL 224

TRAUMA PENETRANTE DE CUELLO: ¿TODOS LOS CASOS SON DE RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA?

Tarelo SJM, Aguirre RR, Martínez BA, García LJ, Escárcega VR

Servicio de Cirugía general del Hospital General de Acapulco, Guerrero, S.S

Antecedentes: El cuello es un segmento de la economía que ocupa el 1% de la superficie corporal. Las zonas bien definidas en trauma son: la I, II y III, contienen estructuras vasculares, aéreas, digestivas y neurológicas. La frecuencia de las lesiones penetrantes del cuello (LPC) han aumentado en la última década. Las etiologías más frecuentes son: el proyectil por arma de fuego (PAF), seguidas por las ocasionadas por objetos punzo cortantes (OPC). En algunos casos la decisión de realizar exploración quirúrgica temprana es motivo de controversia. **Objetivo:** Analizar la experiencia en el tratamiento de las LPC en un Hospital General de segundo nivel de atención, con énfasis en el tratamiento quirúrgico temprano y el tratamiento conservador, así como la frecuencia de exploraciones quirúrgicas negativas. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo, durante 5 años (del 1 de enero de 1997 al 31 de diciembre de 2001) de los pacientes que ingresaron al Servicio de Urgencias con LPC. Los criterios de inclusión fueron: LPC que penetraron más allá del platismo, etiología de la lesión, zona del cuello afectada, estudios preoperatorios, tratamiento conservador no operatorio, tiempo de evolución previo al tratamiento quirúrgico, diagnósticos postquirúrgico, morbilidad y mortalidad. **Resultados:** Se estudiaron 16 pacientes, 15 eran del sexo masculino (93.7%) y una del femenino (6.3%). Las edades fueron de 16 a 68 años, con una media de 41, la etiología de las lesiones fueron: PAF en 7 casos (43.7%), OPC en 6 (37.5%) y causas diversas en 3 (18.7%). Las zonas lesionadas fueron: la II en 8 pacientes (50%), la I en 3 (18.7%) y la III en 2 (12.5%), en 3 casos hubo lesiones múltiples que afectaron 2 o más zonas (18.7%). Sólo en tres enfermos se realizaron estudios preoperatorios (18.7%), consistentes en tránsito esofágico baritado (1), esofagoscopia (1) y traqueobroncoscopia (1). Se efectuó tratamiento no operatorio en 5 (31.2%), fueron intervenidos quirúrgicamente 11 (68.8%), en

estos casos los hallazgos operatorios fueron: ausencia de lesión en 3 casos (27.2%), lesión de tráquea en 3 (27.2%), lesión vascular en 2 (18.1%), lesión de parótida en 2 (18.1%), lesión de conducto torácico en 1 (9.08%). El tiempo transcurrido antes de la cirugía fue de 4.4 h en promedio. Los pacientes tratados sin cirugía fueron 5 y con exploración quirúrgica negativa 3, ambos grupos suman 8 casos y representan el 50% del total de los casos estudiados. Las complicaciones que se presentaron en el grupo no tratado quirúrgicamente fueron: fístula arteriovenosa en un paciente. Del grupo de operados hubo: quilotórax contralateral en un caso. Un paciente operado con lesiones en las tres áreas del cuello falleció. **Conclusiones:** Aunque la literatura informa que los pacientes que presentan LPC que penetra el platismo deben tratarse quirúrgicamente, esta afirmación continúa siendo motivo de controversia. En nuestra experiencia el 31% de los pacientes con este tipo de lesiones fueron tratados sin cirugía de manera exitosa y sin complicaciones. Cabe destacar también, que en el grupo de pacientes operados, en 3 de ellos no se evidenciaron lesiones, por lo que consideramos que debe individualizarse la decisión de cirugía en estos enfermos y valorar otros parámetros además de la penetración del platismo.

127 TL 265

PERFORACIÓN GASTROINTESTINAL EN TRAUMA NO PENETRANTE DE ABDOMEN

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: El diagnóstico de lesiones perforantes o isquémicas gastrointestinales en la contusión es difícil y tardío. **Objetivo del estudio:** Evaluar las características de presentación de la perforación o isquemia del estómago, duodeno, intestino delgado (ID) y colon, y su repercusión en sepsis postoperatoria. **Material y método:** Revisión del registro de trauma abdominal, identificando lesiones de estómago, duodeno, ID y colon por contusión, grado II a V, cuantificando tiempo de evolución, forma de diagnóstico, lesiones asociadas, morbilidad, mortalidad y calificaciones de trauma. **Resultados:** De 660 laparotomías por trauma cerrado, 99 reunieron los requisitos, 3 pacientes presentaron tanto lesiones de ID, como de colon. Las lesiones fueron: ID 76, colon 14, duodeno 9 y estómago 3. El tiempo promedio del momento de la lesión a la llegada del hospital es de 6:30 horas y de su ingreso al inicio de cirugía de 3:45 horas. El 80% generó irritación peritoneal (33% de manera tardía) y 28 de 31 lavados peritoneales fueron positivos. Las lesiones asociadas fueron: mesenterio 40%, hígado 14%, páncreas 8%, bazo 7%. Lesiones extraabdominales: trauma cráneo-encefálico 34%, trauma torácico 13%, fractura de extremidad inferior 25% y fractura de pelvis 10%. El ISS promedio es de 26.4 y el TRISS: 0.82. La mortalidad fue de 28%, por hemorragia en el 11% y por sepsis 6%. La reintervención quirúrgica abdominal se realizó en 11%. **Conclusiones o discusión:** El diagnóstico de perforación/isquemia gastrointestinal es clínico, se presenta en 15% de las laparotomías por trauma no penetrante y la mortalidad por sepsis postoperatorias es de 6%.

128 TL 024

FACTORES PRONÓSTICOS EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL TRAUMA DE COLON

Cruz C, Torres G, Hernández L, Floriano L, Coyoli O, Toledo C, Stahl E, Pacheco M, Tejeda J, Villarreal J, Segura I Bonilla A, Reyes D, González S
Hospital Xoco Secretaría de Salud GDF, Hospital Regional Adolfo López Mateos ISSSTE

El tratamiento quirúrgico de las lesiones de colon es en la actualidad motivo de importantes controversias la existencia de factores pronósticos puede favorecer la toma de decisiones. **Objetivo:** Identificar la presencia de factores pronósticos asociados a la presencia de complicaciones y mortalidad en pacientes con trauma de colon. **Pacientes y métodos:** Estudio prospectivo, que incluyó a pacientes que con el diagnóstico de trauma de colon acudieron a las instituciones participantes en el periodo comprendido entre el 1 de marzo de 1996 y el 31 de octubre del 2001, se analizaron 25 variables de tipo clínico, bioquímico y epidemiológico con la finalidad de encontrar factores pronósticos, se utilizó estadística inferencial, pruebas paramétricas y no paramétricas, análisis univariado y multivariado, se consideró como significancia estadística a $p < 0.05$. **Resultados:** Se incluyeron dentro de este estudio a un total de 178 pacientes, de los cuales el 65% pertenecían al sexo masculino y el 35% al sexo femenino, la edad promedio fue de 47 ± 13 años. Se registró algún tipo de complicación en el 8.74% registrándose mortalidad en el 4.6% de la totalidad de la muestra, la edad, índice de gravedad del trauma (ISS), estado de choque, tiempo de evolución, $Hb < 8.0$ mg/dl, grado de lesión colónica y presencia de lesiones asociadas, mostraron significancia en el análisis univariado como factores pronósticos asociados a la presencia de complicaciones, el estado de choque, lesiones asociadas y tiempo de evolución mostraron significancia asociados a la mortalidad. Al efectuar análisis multivariado se encontraron como factores de riesgo independientes para complicaciones, ISS, tiempo de evolución, estado de choque y lesiones asociadas, mientras que la presencia de estado de choque y lesiones asociadas son factores independientes para predecir mortalidad. **Conclusión:** De la totalidad de variables estudiadas la presencia de estado de choque, tiempo de evolución, ISS y lesiones asociadas, son factores pronósticos independientes para la presencia de morbimortalidad en pacientes con trauma de colon.

129 TL 267

LESIONES INADVERTIDAS EN TRAUMA ABDOMINAL

García CR, Ruiz HJ, Almanza CS

Servicio de Cirugía Toracoabdominal del Hospital de Traumatología y Ortopedia de Lomas Verdes, IMSS, Naucalpan Edo. de México

Antecedentes: Una lesión inadvertida en el abdomen genera complicaciones e influye en la mortalidad. **Objetivo del estudio:** Análisis de lesiones abdominales no detectadas en la primera laparotomía y su repercusión en morbilidad y mortalidad. **Material y método:** Evaluación de 1,350 laparotomías por trauma, del registro de trauma abdominal, identificando mediante segunda laparotomía o autopsia lesiones abdominales no detectadas inicialmente. Se identifican órganos lesionados no detectados, complicaciones sépticas, y causas de mortalidad. **Resultados:** Se identificaron 22 pacientes con lesiones inadvertidas, el 41% se localizan en el retroperitoneo: páncreas 4, duodeno 2, riñón 2, uréter 2 y vejiga 1. Otras lesiones no detectadas: estómago 4, colon 3, intestino delgado 1, diafragma 2, bazo 1. Las lesiones

vasculares abdominales fueron 5 (porta, vena hepática, arteria gastroepiploica, vena mesentérica superior y arteria mesentérica superior). El diagnóstico se realiza por irritación peritoneal (6), choque hipovolémico (9), sepsis (4), Rx de tórax (1), evisceración (1) y autopsia (1). El choque hipovolémico se diagnóstico rápidamente en el postoperatorio inmediato, los datos de irritación peritoneal generalmente después de 4 horas y los datos de sepsis tardaron más de 24 horas. Catorce de 22 presentaron sepsis y/o falla orgánica múltiple y murieron 8 (36.4%), todos relacionados a la lesión abdominal inadvertida. **Conclusiones o discusión:** Una lesión inadvertida se presenta en el retroperitoneo con elevada frecuencia (41%), y en el tubo digestivo en 45%, produce 63.6% de complicaciones sépticas o FOM y causa una elevada mortalidad (36.4%). Una revisión cuidadosa y exhaustiva del tubo digestivo y la exploración quirúrgica retroperitoneal cuando esté indicada ayudarán a prevenir este desafortunado evento.

130 TL 049

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN LA MORTALIDAD DE LAS QUEMADURAS

Rodríguez GAJ, Guevara TL, Hernández SF
Central Dr. IMP, S.L.P

Objetivo: Determinar asociación entre agentes causales y extensión de la quemadura en la mortalidad. **Antecedentes:** La mortalidad depende del grado, la superficie corporal comprometida y edad del paciente. Las quemaduras son más frecuentes en el sexo masculino, extremos de la vida, niveles socioeconómicos bajos, invierno y medio rural. **Material y métodos:** Estudio transversal, analítico y retrospectivo. Se revisaron 203 ingresos a la sala de quemados de 01-01-98 a 31-12-00. Analizando un total de 20 variables. Se calcularon medias de tendencia central y dispersión de cada una de las variables, χ^2 , F exacta de Fisher. En variables continuas t de Student o U de Mann-Whitney por escala de distribución. **Resultados:** El sexo masculino fue el más afectado 63.38%, el grupo de edad con mayor incidencia es de 6 a 25 años (63%), con promedio 18.4 años. El agente causal más frecuente el fuego directo 46%, escaldaduras 44%, electricidad 10%. En el hogar ocurren el 70% de los accidentes y la época del año con más casos el verano. La zona geográfica afectada el medio rural 62% y urbano 38%. Los factores de riesgo asociados a mortalidad con significancia estadística son las quemaduras de tercer grado ($p = 0.001$) y las quemaduras por fuego directo ($p = 0.0024$). **Conclusión:** Se encontró que el grado de la quemadura y las relacionadas a fuego directo, sí tienen asociación directa con la mortalidad. El resto de las variables estudiadas no fueron significativas.

131 TL 074

CIRUGÍA DE CONTROL DE DAÑO EN EL H.G.Q

Narváez S, Aburto C, Lerma RM
Departamento de Cirugía, Hospital General de Querétaro, Qro

Se presenta la experiencia de pacientes con traumatismo severo, que se atendieron en el Hospital General de Querétaro durante un periodo de 2 años, los cuales fueron atendidos bajo los lineamientos de la cirugía de control de daño, mediante el análisis retrospectivo de un registro longitudinal. Se atendieron un total de 15 pacientes con un predominio del sexo masculino de 3:1 (11/4). La media de edad era de 35.6

años (18-70), con un TRISS promedio de 30.2 puntos. El mecanismo de acción: 2 pacientes con heridas por proyectil de arma de fuego (13.3%) y el resto en accidentes con traumas contusos. El órgano más comúnmente lesionado fue el hígado (46.6%), y los otros sitios de importancia fueron: hematomas retroperitoneales pélvicos abiertos (20%), tracto broncopulmonar (13.3%), raíz del mesenterio (13.3%), intestino delgado (13.3%) y colon (13.3%). Tuvimos una mortalidad del 53.3% (8 pacientes), de los cuales: 4 fallecieron en quirófano en la primera intervención (26.6%), 2 en la UCI en el postoperatorio inmediato (13.3%), 1 en una reintervención de urgencia por deterioro hemodinámico (6.6%) y el último debido a una complicación intrahospitalaria (6.6%). Se realizaron 8 procedimientos de empaquetamiento hepático, de los cuales 6 resultaron satisfactorios. De los 2 pacientes a los que se les practicó empaquetamiento en espacio retroperitoneal pélvico, ambos fallecieron. Los principales factores que se asociaron a la mortalidad de los pacientes del estudio, se debió a la escasa disponibilidad de elementos sanguíneos en el momento de la atención al enfermo, ya que nuestro promedio de paquetes transfundidos fue de 2.9 UI y al tiempo requerido para la llegada al servicio de urgencias del paciente traumatizado una vez ocurrido el accidente, ya que en ocasiones fue de hasta 300 minutos (5 h). Aunque la morbimortalidad de este tipo de pacientes que llega al servicio de urgencias en estado de choque es elevada, el brindarle al paciente el beneficio de la cirugía de control de daños puede aumentar notablemente los índices de sobrevivencia, al ser esta una actitud agresiva en el manejo del paciente con politrauma severo.

132 TL 258

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN UN HOSPITAL GENERAL DE ZONA

Correa BG, Yáñez LA, Godina ARJ, Salinas VJC, Espino VG
Departamento de Cirugía General. Hospital General de Zona Núm. 4. Instituto Mexicano del Seguro Social. Monterrey, Nuevo León. México

Objetivo: Analizar la experiencia y complicaciones de la laparoscopia en un Hospital General de Zona. **Material y métodos:** Se realiza estudio retrospectivo, descriptivo y longitudinal de los expedientes clínicos de los pacientes que experimentaron cirugía laparoscópica en un periodo del 22 de mayo de 1997 al 31 de mayo del 2002 (5 años). El estudio se realiza con medidas de tendencia central. **Resultados:** Durante el tiempo de estudio se realizaron 1,286 cirugías laparoscópicas, de las cuales 1,220 fueron colecistectomías, 48 apendicectomías, 15 cirugías antirreflujo y 3 laparoscopias diagnósticas (úlceras pépticas perforadas, abscesos intraabdominales y hemoperitoneo). Mil ciento veintisiete cirugías fueron electivas (87.7%) vs 159 (12.3%) de urgencia, se presentó un índice de conversiones del 5.1% (66 pacientes, 2 procedimientos antirreflujo, 3 apendicectomías, 2 laparoscopias y 59 colecistectomías). El tiempo quirúrgico promedio fue de 66 minutos (15-240 minutos) se realizaron 300 colangiografías transcísticas y en 1,208 pacientes (93.9%) se manejaron de manera ambulatoria. No se presentó mortalidad directamente por el procedimiento laparoscópico. **Conclusiones:** Los resultados obtenidos en nuestro trabajo indican que la cirugía laparoscópica se ha convertido en una técnica quirúrgica invasiva mínima en un Hospital General de Zona, la cual se realiza de una forma segura, rápida y con poca morbilidad, similar a los reportes internacionales.

133 TL 238

EXPERIENCIA CON DOS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS EN REPARACIÓN DE HERNIA INGUINALPáez MM, Medina GJC, Alonso JMA
Hospital General "Dr. Julián Villarreal" ISEM Texcoco, México

Antecedentes: Las técnicas de reparación para la hernia inguinal primaria continúan evolucionando en un intento por reducir los índices de recurrencia. **Objetivo:** El propósito de este estudio es presentar la experiencia con dos tipos de técnicas quirúrgicas en la reparación de las hernias inguinales primarias. **Material y métodos:** Se realizó una revisión retrospectiva de los pacientes operados por hernia inguinal primaria entre 1997-2002 en el Hospital General de Texcoco del ISEM, los pacientes fueron divididos en dos grupos de acuerdo al tipo de reparación realizada. Con malla (Lichtenstein) y sin malla (mc vay). **Resultados:** Un total de 99 reparaciones en 91 pacientes fueron revisadas. En el grupo con malla hubo 52 pacientes, realizándose 59 reparaciones, sin haber recurrencia en ninguno. En el grupo tratado sin malla hubo 39 pacientes, realizándose 40 reparaciones, recurriendo la hernia entre pacientes (7.5%). **Discusión:** Las técnicas de herniorrafía con malla ofrecen la mejor alternativa para la reparación primaria de las hernias inguinales con menos índices de morbilidad. **Conclusiones:** Con un seguimiento a 5 años los menores índices de recurrencia en la reparación primaria de las hernias inguinales se observan con la utilización de materiales protésicos.

134 TL 042

HERNIOPLASTÍA DE PARED ABDOMINAL CON TÉCNICA DE RIVESMayagoitia GJC, Cisneros MHA, Suárez FD
Centro Especializado en el Tratamiento de Hernias

Objetivo: Evaluar nuestros resultados con la técnica de Rives en la reparación de hernias de pared abdominal con anillo mayor de 50 cm². **Sede:** Hospital de 3er nivel de atención. **Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo de pacientes operados de hernias de pared con anillo > 50 cm², con técnica de Rives (malla pre-peritoneal), de noviembre 1996 a mayo de 2002, utilizando malla de polipropileno. Se analizan las siguientes variables: cirugía que origina la hernia, patología agregada, número de cirugías previas, tamaño de anillo, complicaciones tempranas, tardías y recurrencias. **Resultados:** Se han operado 100 pacientes, 77 femeninos y 23 masculinos con edades entre 31 y 84 años. Ocho pacientes tenían hernia primaria y 92 incisionales. La mayoría de las hernias incisionales se originaron por cirugías ginecológicas. En 52 pacientes fue primera vez que se realizaría la hernioplastía, 25 tenían una plastía previa, 10 con 2 previas, 8 con 3 previas y 23 con plastías múltiples. Se encontró antecedente de infección de herida en cirugías previas en 23 pacientes. Cincuenta y cinco pacientes tenían patología agregada. Se presentaron complicaciones tempranas en 13 pacientes (13%). Al momento del corte sólo 2 recidivas (2%). **Conclusiones:** El procedimiento de Rives para hernias incisionales es un procedimiento con bajo índice de complicaciones y aunque aún falta tiempo de seguimiento para una evaluación final, el frustrante panorama del 40-50% de recidivas en hernioplastías de pared con tensión, parece que nos acerca, si no al éxito total, sí a índices más aceptables de recurrencias, sin aumento en el índice de complicaciones tempranas y tardías.

135 TL 246

ABSCESO PROFUNDO DE CUELLORamírez MME, Castro IS, Peña GJF, Jurado RJ
Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello Hospital de Especialidades CMN SXXI IMSS

Las infecciones cervicofaciales profundas son espectaculares y agresivas; la disposición anatómica de las fascias del cuello y la correlación de los espacios cervicales condicionan que la diseminación de una infección sea grave, obligando a un esquema de manejo rápido. La severidad de extensión mediastínica, y la dificultad durante el procedimiento anestésico por extensión parafaríngea, pterigomaxilar o maseterina requieren máxima experiencia del cirujano. **Material y métodos:** Se revisaron retrospectivamente 62 casos de infecciones cervicofaciales profundas (ICFP), ingresados para tratamiento quirúrgico en nuestro servicio de julio 2002 a febrero 2001. Veintinueve hombres y 33 mujeres; se les realizó TAC y cultivos bacteriológicos, se determinó origen y enfermedades asociadas y morbimortalidad. **Resultados:** El 70.9% odontogénicas, 52% con enfermedades asociadas, la TAC determinó el número de espacios afectados. El desarrollo bacteriano: 52% único, 48% múltiple; cocos gram + bacilos gram predominaron. La principal complicación fue mediastinitis, (50% con choque séptico y mortalidad 41%). Pacientes > 50 años, morbilidad de 38% y mortalidad de 10%; >50 años morbilidad 18% y mortalidad de 6%; la mortalidad con enfermedad asociada fue del 39%, vs 25% sin enfermedad asociada. La morbilidad fue proporcional al número de espacios afectados. En afección limitada a cuello requirieron doce días de estancia, y 8% traqueostomía, en los complicados con mediastinitis 42 días de estancia y 50% traqueostomía. La tasa de mortalidad por ICFP fue 7.4%. **Conclusiones:** Fomentar atención dental preventiva, establecer esquemas uniformes de manejo para infecciones incipientes y canalización de los pacientes en el momento oportuno. Capacitación de cirujanos.

136 TL 037

CAUSAS DE DOLOR ABDOMINAL EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOSMárquez A, Segura I, Fernández E, Ruíz M, Farías M, Keller P, Ricard J, Ramírez E
Hospital Mocel, Ciudad de México. Grupo Ángeles

El dolor abdominal en el anciano tiene múltiples etiologías la mayoría de difícil diagnóstico. Los pacientes atendidos por esta causa tienen alrededor de 82 años de edad con diagnósticos de hernia estrangulada en 20%, obstrucción intestinal 25%, afecciones vesiculares en un 10 al 30% y aproximadamente 15% tienen apendicitis aguda, con menor frecuencia se encuentran perforaciones intestinales o gástricas y ruptura de aneurismas. **Objetivos:** Evaluar las causas de dolor abdominal en pacientes ancianos que ingresaron al hospital Mocel. Reconocer tiempo de evolución, métodos diagnósticos, terapéutica previa, enfermedades concomitantes, tratamiento y complicaciones que se presentan en un hospital privado de la Ciudad de México. **Material y métodos:** Estudio observacional que incluye a todos los pacientes atendidos en el Hospital Mocel de la Ciudad de México entre marzo de 2000 y octubre de 2002. Variables de interés sexo, edad, diagnóstico, tratamiento. Estadística descriptiva. **Resultados:** Se encontraron 79 ca-

sos de dolor abdominal con promedio de edad de 77 años, los diagnósticos más frecuentes fueron: patología biliar y vesicular 15%, enfermedad diverticular 10.12%, enfermedades crónicas que causaron dolor abdominal 8.8%, no especificados 11.39%, úlceras y gastritis 8%, obstrucción intestinal 7.5%, hernias 5%, aneurismas abdominales 4%. Entre los menos frecuentes: hernia diafragmática 1.2%, afecciones urinarias 1%, tumores 1%, entre otros. **Conclusiones:** El dolor abdominal en el anciano representa un reto en el diagnóstico ya que la etiología es diversa, las enfermedades concomitantes muchas veces enmascaran el cuadro clínico.

137 TL 213

EFICACIA DEL TRATAMIENTO DESCOMPRESIVO EN EL SÍNDROME DEL COMPARTIMIENTO ABDOMINAL

Dolores VR, Sauri ILF, Sánchez LR
Centro Médico Nacional "Lic. Ignacio García Téllez" y Hospital General Regional # 12 "Lic. Benito Juárez", Instituto Mexicano del Seguro Social, Yucatán. Hospital General de México, Secretaría de Salud, Distrito Federal

Introducción: El síndrome del compartimiento abdominal (SCA) es una entidad bien definida que representa un problema latente en el paciente sometido a laparotomía. **Objetivo:** Evaluar la eficacia del tratamiento descompresivo del SCA. **Material y métodos:** Se estudiaron en forma prospectiva los pacientes sometidos a tratamiento descompresivo por diagnóstico de SCA, del 1 de mayo al 30 de noviembre de 2001. Se evaluaron la presión intraabdominal (PIA), presión pico de la vía aérea (PPVA), índice de disponibilidad de oxígeno (IDO), índice de ventilación-perfusión (IVP) y la uresis, antes, después y a las 48 h de la cirugía descompresiva. Los datos fueron tratados estadísticamente con la prueba de t pareada (t de Student) tomando como significativa una $p \leq 0.05$, utilizando porcentajes para variables cualitativas y promedio con desviación estándar para variables cuantitativas. **Resultados:** Se incluyeron 10 pacientes, 3 (30%) fallecieron. Sólo la PIA descendió significativamente después de la descompresión ($P < 0.05$). La uresis, el IDO2, el IVP y la PPVA lo hicieron hasta las 48 horas de la cirugía descompresiva. **Conclusiones:** El tratamiento descompresivo es eficaz en el SCA, mostrando disminución inmediata de la PIA y mejoría de las variables hemodinámicas a las 48 horas de la cirugía.

138 TL 235

PREVALENCIA DE TROMBOSIS VENOSA ESPLÉNICA EN PANCREATITIS AGUDA GRAVE

Okí FI, Arenas OJ, Velásquez GA, Delgadillo TG
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "La Raza"

Objetivo: Determinar la prevalencia de trombosis venosa esplénica en sujetos con pancreatitis aguda grave con clasificación tomográfica C, D y E de Balthazar. **Material y métodos:** Diseño prospectivo, transversal, descriptivo, observacional y abierto de octubre del 2001 a mayo del 2002. Análisis estadístico. Estadística descriptiva, Ji cuadrada, razón de momios. **Resultados:** Se estudiaron 24 sujetos con diagnóstico de pancreatitis aguda grave con clasificación tomográfica C, D y E de Balthazar, se excluyeron 4 (16%) por patología mielo proliferativa y/o cirugía previa. 50% fueron del sexo masculino y el resto femenino; por lo que se refiere a la clasificación tomográfica de Balthazar 6 (30%)

se clasificaron en C y 14 (70%) D. En todos los individuos se realizó ultrasonido de abdomen con enfoque en región pancreática y esplénica con Doppler Duplex Simmens sonelegra de tiempo real con transductor biconvexo de 3.5 MHz con aplicación de eco realizador de tipo levovitz adjunto. En 6 (30%) se encontró trombosis esplénica con $p < 0.05$, 4 (20%) con Balthazar D se observó esplenomegalia con incremento de la circulación colateral a expensas de la vena gástrica corta y gastroepiloica izquierda. La sensibilidad del Doppler Duplex Simmens fue de 71%, la especificidad de 92% y riesgo relativo de 0.85. **Conclusiones:** La frecuencia de trombosis venosa esplénica fue de 30%, $P < 0.05$. Se encontró correlación entre la clasificación tomográfica para valorar la severidad de la pancreatitis aguda grave Balthazar D y el desarrollo de trombosis venosa esplénica. La sensibilidad del Doppler Duplex Simmens para determinar la trombosis venosa esplénica fue de 71%, especificidad de 92% y riesgo relativo de 0.85.

139 TL 219

EXPERIENCIA EN COLEDOCODUODENOANASTOMOSIS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ESPECIALIDADES No. 25 IMSS

Robles GB, Jalomo CJ, Arizpe FD, Alonso RJC, Vázquez FE, Sepúlveda NJM
Centro Médico Nacional Monterrey del Instituto Mexicano del Seguro Social

Antecedentes: La coledocoduodenoanastomosis (CDA) es un procedimiento quirúrgico para derivación bilio-digestiva, que se indica en obstrucción orgánica de la vía biliar, litiasis de gran volumen o impactados en ámpula de Vater. Esto conlleva una morbilidad del 15 al 25% y mortalidad del 1 al 5%. **Objetivo:** Conocer el resultado de la coledocoduodenoanastomosis y las indicaciones precisas así como la morbimortalidad asociada. **Material y métodos:** Se revisan los expedientes clínicos de los pacientes con obstrucción de la vía biliar a quienes se les practicó (CDA) en el periodo de enero de 1995 a diciembre del 2001. **Resultados:** De los 41 pacientes 24 (59%) son mujeres y 17 (41%) hombres, con edad que oscila de los 36 a los 80 años. La indicación principal del procedimiento fue la estenosis de la vía biliar, cálculo mayor de 15 mm. Colédoco dilatado mayor de 20 mm y la presencia de divertículo yuxtapapilar. Las complicaciones postoperatorias fueron: Fuga biliar en 2 pacientes (4%), no mortalidad operatoria. Las complicaciones tardías fueron: Estenosis biliar postoperatorias en 3 pacientes (7%), los cuales requirieron nueva cirugía que fue hepatoyeyunoanastomosis con buen resultado, hernia postincisional en 4 pacientes (9%), en 13 pacientes (31%) presentaron síndrome dispeptico, que por endoscopia reveló gastritis alcalina. Dos pacientes murieron un año después por causa ajena al procedimiento. **Conclusiones:** La coledocoduodenoanastomosis es un procedimiento quirúrgico indicado en obstrucción de la vía biliar y que tiene morbimortalidad baja con resultados funcionales, por lo que debe recomendarse para los pacientes con obstrucción de la vía biliar.

140 TL 081

MANEJO DE LA COLEDOCOLITIASIS EN EL HOSPITAL REGIONAL "1° DE OCTUBRE" ISSSTE

Reyes IL, Miranda DG, Torices EE, Tort MA, Reyes IM

Introducción: Las alternativas quirúrgicas y endoscópicas para el manejo de la coledocolitiasis son diversas. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, transversal de revisión de expedientes, de enero de 1997 a diciembre del 2000, de pacientes sometidos a CPRE y cirugía de vía biliar, en el Hospital Regional "1° de Octubre" del ISSSTE. **Resultados:** Se realizaron 698 CPRES, de las cuales 194 se diagnosticó coledocolitiasis, 45 fueron litiasis primaria (27.8%) y 153 litiasis residual. En 155 pacientes (80%) se logró extracción mediante canastilla de Dormia, en 12 pacientes (6.4%) mediante balón extractor y litotripsia mecánica en 7 pacientes (3.6%). En 13 pacientes (6.7%) se colocaron endoprótesis biliar, en 6 por coexistir fístula biliar postoperatoria y en 7 para paliar la obstrucción biliar. Se realizaron 467 colecistectomías abiertas, en 113 se realizó exploración de vía biliar y CPRE preoperatoria en 79 pacientes. Doce presentaron litiasis residual (11%), resueltas por CPRE postoperatoria en todos los casos. En 1,130 colecistectomías laparoscópicas 79 se sometieron a CPRE preoperatoria (8.4%), 58 a colangiografía transcística, 49 se les realizó EVB laparoscópica con 12 conversiones a cirugía abierta, 8 coledocoduodenoanastomosis laparoscópicas. Quince pacientes presentaron litiasis residual, todos resueltos por CPRE postoperatoria. Dieciocho pancreatitis post-CPRE se presentaron. **Conclusiones:** La CPRE es la primera opción terapéutica en litiasis residual. La cirugía abierta como laparoscópica para el manejo de la coledocolitiasis es similar. Se mantiene el debate acerca de cuál sería el método adecuado para el tratamiento de la coledocolitiasis, mediante colangiografía pre o postoperatoria y aún durante el acto quirúrgico.

141 TL 175

VALORACIÓN NUTRICIONAL GLOBAL SUBJETIVA

Paipilla MOA

Hospital General de Tijuana

Objetivo: Es determinar el estado nutricional de los pacientes quirúrgicos en el momento de admisión hospitalaria, asociando su estado nutricional a la probabilidad de complicaciones durante su estancia hospitalaria. **Diseño:** Estudio prospectivo, abierto de tipo observacional. **Sede:** Hospital General de Tijuana. **Pacientes y métodos:** El estudio se realiza en pacientes ingresados al servicio de hospitalización de cirugía general con un tamaño de muestra de 100 pacientes como criterio de inclusión todo paciente hospitalizado y a cargo del servicio de cirugía general. Los parámetros de medición son los hallazgos específicos de la historia clínica y examen físico considerados dentro de la valoración global subjetiva descrita por Detsky, que corresponden a: Pérdida de peso en los últimos 6 meses, cambios en la dieta en relación a su patrón usual, la presencia de síntomas gastrointestinales, capacidad funcional del paciente y el tipo de enfermedad y su relación con los requerimientos nutricionales. El análisis se realiza de acuerdo a estadística descriptiva, Chi cuadrada, ANOVA y se utilizó el nivel de significancia $p < 0.05$. Aplicando el programa de estadística SPSS 10.0. **Resultados:** Se clasificó como bien nutridos el 57%, moderadamente nutridos el 31% y severamente desnutridos 12%. La edad media y diagnóstico nutricional fue estadísticamente significativo con $p = 0.0002$. Estado nutricional en relación al género presentó una $p = 0.054$. Pérdida de peso y diagnóstico nutricional $p = 0.000$. En relación a cambios de dieta y diagnóstico nutricional $p = 0.000$. **Conclusiones:** Mediante la evaluación nutricional global subjetiva, que debe de ser parte de la historia clínica y el

examen físico de cualquier paciente, se puede identificar aquellos pacientes en riesgo por su estado nutricional deficiente. La mitad de nuestros pacientes quirúrgicos presentan alteraciones en su estado nutricional que se reflejaron en su estancia hospitalaria, en comparación de aquellos que presentaban un estado nutricional mejor.

142 TL 153

MANEJO DE LESIONES TRAUMÁTICAS DE INTESTINO DELGADO

Rojano ME, Treviño PS, Mercado AJA, Sánchez SA, Pineda BF Hospital General Balbuena. Secretaría de Salud del Distrito Federal

Objetivo: Establecer el manejo quirúrgico de las lesiones del intestino delgado basado en la Organ Injury Scale. **Material y métodos:** Durante el periodo de tiempo comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre del 2001. Se realizó un análisis de 300 expedientes clínicos de pacientes que presentaron lesiones traumáticas abdominales, independientemente del mecanismo de producción, incluyéndose 210 casos que presentaban lesiones de intestino delgado. Se excluyeron 7 casos que presentaban lesiones y que fueron enviados de otras unidades. En el grupo estudio se encontraron 108 casos con lesiones por instrumento punzocortante, 60 casos con lesiones producidas por proyectil de arma de fuego y 42 casos con contusión profunda de abdomen. Dependiendo del grado de lesión se les realizó el manejo quirúrgico. **Resultados:** Se realizaron un total de 263 laparotomías exploradoras de las cuales 210 casos presentaban lesiones de intestino delgado, de éstos, 147 casos fueron pacientes masculinos y 63 casos pacientes femeninos, los grados de lesión fueron de la siguiente manera: Grado I con 45 casos, Grado II con 106, Grado III con 35 casos, Grado IV con 18 casos y Grado V con 6 casos. El manejo quirúrgico fue para las lesiones Grado I, fue reforzamiento de la serosa en 45 pacientes, en las Grado II cierre primario en 106 casos y de las Grado III y IV resección intestinal y entero-entero anastomosis en un plano en 59 pacientes. **Conclusiones:** La frecuencia de lesiones de intestino delgado en nuestra unidad es alta, el sexo masculino es el más afectado, existe un predominio de las heridas por instrumento punzocortante, las lesiones grado II son las que se producen con más frecuencia y se realizan más cierres primarios por las lesiones que resecciones intestinales.

143 TL-238

EXPERIENCIA CON DOS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS EN REPARACIÓN DE HERNIA INGUINAL

Paez MM, Medina GJC, Alonso JMA

Servicio de Cirugía General. Hospital General "Dr. Julián Villarreal", ISEM Texcoco México. Servicio de Cirugía General. Hospital General ISSEMYM, Texcoco México.

Antecedentes: Las técnicas de reparación para la hernia inguinal primaria continúan evolucionando en un intento por reducir los índices de recurrencia. **Objetivo:** El propósito de este estudio es presentar la experiencia con dos tipos de técnicas quirúrgicas en la reparación de las hernias inguinales primarias. **Material y métodos:** Se realizó una revisión retrospectiva de los pacientes operados por hernia inguinal primaria entre 1997-2002 en el Hospital Gene-

ral de Texcoco del ISEM, los pacientes fueron divididos en dos grupos de acuerdo al tipo de reparación realizada. Con malla (Lichtenstein) y sin malla (Mc Vay). **Resultados:** Un total de 99 reparaciones en 91 pacientes fueron revisadas. En el grupo con malla hubo 52 pacientes, realizándose 59 reparaciones, sin haber recurrencia en ninguno. En el grupo tratado sin malla hubo 39 pacientes, realizándose 40 reparaciones, recurriendo la hernia entre pacientes (7.5%). **Discusión:** Las técnicas de herniorrafia con malla ofrecen la mejor alternativa para la reparación primaria de las hernias inguinales con menos índices de morbilidad. **Conclusiones:** Con un seguimiento a 5 años los menores índices de recurrencia en la reparación primaria de las hernias inguinales se observan con la utilización de materiales protésicos.

144 TL-042

HERNIOPLASTÍA DE PARED ABDOMINAL CON TÉCNICA DE RIVES

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

Objetivo: Evaluar nuestros resultados con la técnica de Rives en la reparación de hernias de pared abdominal con anillo mayor de 50 cm². **Sede:** Hospital de 3er. nivel de atención. **Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo de pacientes operados de hernias de pared con anillo > 50 cm², con técnica de Rives (malla pre-peritoneal), de noviembre 1996 a mayo de 2002, utilizando malla de polipropileno. Se analizan las siguientes variables cirugía que origina la hernia, patología agregada, número de cirugías previas, tamaño de anillo, complicaciones tempranas, tardías y recurrencias. **Resultados:** Se han operado 100 pacientes, 77 Femeninos y 23 Masculinos con edades entre 31 y 84 años. Ocho pacientes tenían hernia primaria y 92 incisionales. La mayoría de las hernias incisionales se originaron por cirugías ginecológicas. En 52 pacientes fue primera vez que se realizaría la hernioplastia, 25 tenían una plastia previa, 10 con 2 previas, 8 con 3 previas y 23 con plastias múltiples. Se encontró antecedente de infección de herida en cirugías previas en 23 pacientes. Cincuenta y cinco pacientes tenían patología agregada. Se presentaron complicaciones tempranas en 13 pacientes (13%). Al momento del corte solo 2 recidivas (2%). **Conclusiones:** El procedimiento de Rives para hernias incisionales es un procedimiento con bajo índice de complicaciones y aunque aun falta tiempo de seguimiento para una evaluación final, el frustrante panorama del 40-50% de recidivas en hernioplastias de pared con tensión, parece que nos acerca, si no al éxito total, si a índices más aceptables de recurrencias, sin aumento en el índice de complicaciones tempranas y tardías.

145 TL-246

ABSCESO PROFUNDO DE CUELLO

Ramírez MME, Castro IS, Peña GJF, Jurado RJ
Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello Hospital de Especialidades CMN SXXI IMSS.

Las infecciones cervicofaciales profundas son espectaculares y agresivas; la disposición anatómica de las fascias del cuello y la correlación de los espacios cervicales condicionan que la diseminación de una infección sea grave, obligando a un esquema de manejo rápido. La severidad

de extensión mediastínica, y la dificultad durante el procedimiento anestésico, por extensión parafaríngea, pterigomaxilar o maseterina requieren máxima experiencia del cirujano. **Material y métodos:** Se revisaron retrospectivamente 62 casos de infecciones cervicofaciales profundas (ICFP), ingresados para tratamiento quirúrgico en nuestro servicio de julio 2000 a febrero 2001. Veintinueve hombres y 33 mujeres; se les realizó TAC y cultivos bacteriológicos, se determinó origen y enfermedades asociadas y morbimortalidad. **Resultados:** El 70.9% odontogénicas, 52% con enfermedad asociada, la TAC determinó el número de espacios afectados. El Desarrollo bacteriano: 52% único, 48% múltiple; Cocos Gram+ y bacilos Gram- predominaron. La principal complicación fue mediastinitis, (50% con choque séptico y mortalidad 41%). Pacientes > 50 años, morbilidad de 38% y mortalidad de 10%; < 50 años morbilidad 18% y mortalidad de 6%; la morbilidad con enfermedad asociada fue del 39%, vs 25% sin enfermedad asociada. La morbilidad fue proporcional al número de espacios afectados. En afección limitada a cuello requirieron doce días de estancia, y 8% traqueostomía, en los complicados con mediastinitis 42 días de estancia, y 50% traqueostomía. La tasa de mortalidad por ICFP fue 7.4%. **Conclusiones:** Fomentar atención dental preventiva. Establecer esquemas uniformes de manejo para infecciones incipientes y canalización de los pacientes en el momento oportuno. Capacitación de cirujanos.

146 TL-037

CAUSAS DE DOLOR ABDOMINAL EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS

Hospital Mocel, Ciudad de México. Grupo Angeles.
Márquez A, Segura I, Fernández E, Ruíz M, Farías M, Keller P, Ricardez J, Ramírez E.

El dolor abdominal en el anciano tiene múltiples etiologías la mayoría de difícil diagnóstico. Los pacientes atendidos por esta causa tienen alrededor de 82 años de edad con diagnósticos de hernia estrangulada en 20%, obstrucción intestinal 25%, afecciones vesiculares en un 10 al 30% y aproximadamente 15% tienen apendicitis aguda, con menor frecuencia se encuentran perforaciones intestinales o gástricas y ruptura de aneurismas. **Objetivos:** Evaluar las causas de dolor abdominal en pacientes ancianos que ingresaron al hospital Mocel. Reconocer tiempo de evolución, métodos diagnósticos, terapéutica previa, enfermedades concomitantes, tratamiento y complicaciones que se presentan en un hospital privado de la Ciudad de México. **Material y métodos:** Estudio observacional que incluye a todos los pacientes atendidos en el Hospital Mocel de la Ciudad de México entre marzo de 2000 y octubre de 2002. variables de interés sexo, edad, diagnóstico, tratamiento. Estadística descriptiva. **Resultados:** Se encontraron 79 casos de dolor abdominal con promedio de edad de 77 años, los diagnósticos más frecuentes fueron: patología biliar y vesicular 15%, enfermedad diverticular 10.12%, enfermedades crónicas que causaron dolor abdominal 8.8%, no especificados 11.39%, úlceras y gastritis 8%, obstrucción intestinal 7.5%, hernias 5%, aneurismas abdominales 4%. Entre los menos frecuentes: hernia diafragmática 1.2%, afecciones urinarias 1%, tumores 1%, entre otros. **Conclusiones:** El dolor abdominal en el anciano representa un reto en el diagnóstico ya que la etiología es diversa, las enfermedades concomitantes muchas veces enmascaran el cuadro clínico.

145 TL-213

EFICACIA DEL TRATAMIENTO DESCOMPRESIVO EN EL SÍNDROME DEL COMPARTIMIENTO ABDOMINAL

Dolores VR, Sauri ICLF, Sánchez LR

Centro Médico Nacional «Lic. Ignacio García Téllez» y Hospital General Regional No. 12 «Lic. Benito Juárez», Instituto Mexicano del Seguro Social, Yucatán. Hospital General de México, Secretaría de Salud, Distrito Federal.

Introducción: El síndrome del compartimiento abdominal (SCA) es una entidad bien definida que representa un problema latente en el paciente sometido a laparotomía. **Objetivo:** Evaluar la eficacia del tratamiento descompresivo del SCA. **Material y métodos:** Se estudiaron en forma prospectiva los pacientes sometidos a tratamiento descompresivo por diagnóstico de SCA, del 1 de mayo al 30 de noviembre de 2001. Se evaluaron la presión intraabdominal (PIA), presión pico de la vía aérea (PPVA), índice de disponibilidad de oxígeno (IDO), índice de ventilación-perfusión (IVP) y la uremis, antes, después y a las 48 hrs. de la cirugía descompresiva. Los datos fueron tratados estadísticamente con la prueba de t pareada (t de Student) tomando como significativa una $p \leq 0.05$ utilizando porcentajes para variables cualitativas y promedio con desviación estándar para variables cuantitativas. **Resultados:** Se incluyeron 10 pacientes, 3 (30%) fallecieron. Sólo la PIA descendió significativamente después de la descompresión ($P < 0.05$). La uremis, el IDO2, el IVP y la PPVA lo hicieron hasta las 48 horas de la cirugía descompresiva. **Conclusiones:** El tratamiento descompresivo es eficaz en el SCA, mostrando disminución inmediata de la PIA y mejoría de las variables hemodinámicas a las 48 horas de la cirugía.

148 TL-235

PREVALENCIA DE TROMBOSIS VENOSA ESPLÉNICA EN PANCREATITIS AGUDA GRAVE.

Oki FI, Arenas OJ, Velásquez GA, Delgadillo TG. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional «La Raza».

Objetivo: Determinar la prevalencia de trombosis venosa esplénica en sujetos con pancreatitis aguda grave con clasificación tomográfica C, D y E de Balthazar. **Material y métodos:** Diseño prospectivo, transversal, descriptivo, observacional y abierto de octubre del 2001 a mayo del 2002. **Análisis estadístico:** Estadística descriptiva, Ji cuadrada, Razón de momios. **Resultados:** Se estudiaron 24 sujetos con diagnóstico de pancreatitis aguda grave con clasificación tomográfica C, D y E de Balthazar, se excluyeron 4 (16%) por patología mieloproliferativa y/o cirugía previa. 50% fueron del sexo masculino y el resto femenino; por lo que se refiere a la clasificación tomográfica de Balthazar 6 (30%) se clasificaron en C y 14 (70%) D. En todos los individuos se realizó ultrasonido de abdomen con enfoque en región pancreática y esplénica con Doppler Duplex Simmens sonoline elegra de tiempo real con transductor biconvexo de 3.5 MHz con aplicación de eco realizador de tipo levovitz adjunto. En 6 (30%) se encontró trombosis esplénica con $p < 0.05$, 4 (20%) con Balthazar D se observó esplenomegalia con incremento de la circulación colateral a expensas de la vena gástrica corta y gastroepiploica izquierda. La sensibilidad del Doppler Duplex Simmens fue de 71%, la especificidad de 92% y riesgo relativo de 0.85. **Conclusiones:** La frecuencia de trombosis venosa esplénica fue de 30%, $P <$

0.05. Se encontró correlación entre la clasificación tomográfica para valorar la severidad de la pancreatitis aguda grave Balthazar D y el desarrollo de trombosis venosa esplénica. La sensibilidad del Doppler Duplex Simmens para determinar la trombosis venosa esplénica fue de 71%, especificidad de 92% y riesgo relativo de 0.85.

148 TL-219

EXPERIENCIA EN COLEDOCODUODENOANASTOMOSIS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ESPECIALIDADES NO. 25 IMSS

Robles GB, Camacho JJ, Arizpe FR, Rosales JCA, Vázquez FE, Sepúlveda NJM

Centro Médico Nacional Monterrey del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Antecedentes: La coledocoduodenoanastomosis (CDA) es un procedimiento quirúrgico para derivación bilio-digestiva, que se indica en obstrucción orgánica de la vía biliar, litiasis de gran volumen o impactados en ampulla de Vater. Esto conlleva una morbilidad del 15 al 25 % y mortalidad del 1 al 5 %. **Objetivo:** Conocer el resultado de la coledocoduodenoanastomosis y las indicaciones precisas así como la morbimortalidad asociada. **Material y métodos:** Se revisan los expedientes clínicos de los pacientes con obstrucción de la vía biliar a quienes se les practicó (CDA) en el período de enero de 1995 a diciembre del 2001. **Resultados:** De los 41 pacientes 24 (59%) son mujeres y 17 (41%) hombres, con edad que oscila de los 36 a los 80 años. La indicación principal del procedimiento fue la Estenosis de la vía biliar, cálculo mayor de 15 mm. Colédoco dilatado mayor de 20 mm y la presencia de divertículo yuxtapapilar. Las complicaciones postoperatorias fueron: Fuga biliar en 2 pacientes (4%). No mortalidad operatoria. Las complicaciones tardías fueron: Estenosis biliar postoperatorias en 3 pacientes (7%) los cuales requirieron nueva cirugía que fue hepatoyeyunoanastomosis con buen resultado, hernia postincisional en 4 pacientes (9%), en 13 pacientes (31%) presentaron síndrome dispeptico, que por endoscopia reveló gastritis alcalina. Dos pacientes murieron un año después por causa ajena al procedimiento. **Conclusiones:** La coledocoduodenoanastomosis es un procedimiento quirúrgico indicado en obstrucción de la vía biliar y que tiene morbimortalidad baja con resultados funcionales, por lo que debe recomendarse para los pacientes con obstrucción de la vía biliar.

150 TL-081

MANEJO DE LA COLEDOCOLITIASIS EN EL HOSPITAL REGIONAL "1 de OCTUBRE" ISSSTE

Reyes IL, Miranda DG, Torices EE, Tort MA, Reyes IM.

Introducción: Las alternativas quirúrgicas y endoscópicas para el manejo de la coledocolitiasis son diversas. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, transversal de revisión de expedientes, de enero de 1997 a diciembre del 2000, de pacientes sometidos a CPRE y cirugía de vía biliar, en el Hospital Regional "1 de Octubre" del ISSSTE. **Resultados:** Se realizaron 698 CPRES, de las cuales 194 se diagnosticó colédoco litiasis, 45 fueron litiasis primaria (27.8%) y 153 litiasis residual. En 155 pacientes (80%) se logró extracción mediante canastilla de Dormia, en 12 pacientes (6.4%) mediante balón extractor y litotripsia mecánica en 7 pacientes (3.6%). En 13 pacientes (6.7%) se colocaron endoprotesis

biliar, en 6 por coexistir fístula biliar postoperatoria y en 7 para paliar la obstrucción biliar. Se realizaron 467 colecistectomías abiertas, 113 se realizó exploración de vía biliar y CPRE preoperatoria en 79 pacientes. 12 presentaron litiasis residual (11%), resueltas por CPRE postoperatoria en todos los casos. En 1130 colecistectomías laparoscópicas, 79 se sometieron a CPRE preoperatoria (8.4%) 58 a colangiografía transcística, 49 se les realizó EVB laparoscópica con 12 conversiones a cirugía abierta, 8 coledocoduodenoanastomosis laparoscópicas. 15 pacientes se presentaron litiasis residual, todos resueltos por CPRE postoperatoria. 18 pancreatitis post-CPRE se presentaron. **Conclusiones:** La CPRE es la primera opción terapéutica en litiasis residual. La cirugía abierta como laparoscópica para el manejo de la coledocolitiasis es similar. Se mantiene el debate acerca de cuál sería el método adecuado para el tratamiento de la coledocolitiasis, mediante colangiografía pre o postoperatoria y aun durante el acto quirúrgico.

151 TL-175

VALORACIÓN NUTRICIONAL GLOBAL SUBJETIVA

Paipilla MOA

Hospital General de Tijuana.

Objetivo: Determinar el estado nutricional de los pacientes quirúrgicos en el momento de admisión hospitalaria, asociando su estado nutricional a la probabilidad de complicaciones durante su estancia hospitalaria. **Diseño:** Estudio prospectivo, abierto de tipo observacional. **Sede:** Hospital General de Tijuana. **Pacientes y métodos:** El estudio se realiza en pacientes ingresados al servicio de hospitalización de cirugía general con un tamaño de muestra de 100 pacientes como criterio de inclusión todo paciente hospitalizado y a cargo del servicio de cirugía general. Los parámetros de medición son los hallazgos específicos de la historia clínica y examen físico considerados dentro de la valoración global subjetiva descrita por Detsky, que corresponden a: Pérdida de peso en los últimos 6 meses, cambios en la dieta en relación a su patrón usual, la presencia de síntomas gastrointestinales, capacidad funcional del paciente y el tipo de enfermedad y su relación con los requerimientos nutricionales. El análisis se realiza de acuerdo a estadística descriptiva, Chi cuadrada, ANOVA y se utilizó el nivel de significancia $p < 0.05$. Aplicando el programa de estadística SPSS 10.0. **Resultados:** Se clasificó como bien nutridos el 57%, moderadamente nutridos el 31% y severamente desnutridos 12%. La edad media y diagnóstico nutricional fue estadísticamente significativo con $p = 0.0002$. Estado nutricional en relación al género presentó una $p = 0.054$. Pérdida de peso y diagnóstico nutricional $p = 0.000$.

En relación a cambios de dieta y diagnóstico nutricional $p = 0.000$. **Conclusiones:** Mediante la evaluación nutricional global subjetiva, que debe de ser parte de la historia clínica y el examen físico de cualquier paciente, se puede identificar aquellos pacientes en riesgo por su estado nutricional deficiente. La mitad de nuestros pacientes quirúrgicos presentan alteraciones en su estado nutricional que se reflejaron en su estancia hospitalaria, en comparación de aquellos que presentaban un estado nutricional mejor.

152 TL-153

MANEJO DE LESIONES TRAUMÁTICAS DE INTESTINO DELGADO

Rojano-Mercado E, Treviño-Pérez S, Mercado-Abundiz JA, Sánchez-Sánchez A, Pineda-Ballinas F

Programa de Unidades de Respuesta Rápida. Servicio de Cirugía General. Hospital General Balbuena. Secretaría de Salud del Distrito Federal.

Objetivo: Establecer el manejo quirúrgico de las lesiones de intestino delgado basado en la Organ Injury Scale. **Material y Método:** Durante el periodo de tiempo comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre del 2001. Se realizó un análisis de 300 expedientes clínicos de pacientes que presentaron lesiones traumáticas abdominales, independientemente del mecanismo de producción, incluyéndose 210 casos que presentaban lesiones de intestino delgado. Se excluyeron 7 casos que presentaban lesiones y que fueron enviados de otras unidades. En el grupo estudio se encontraron 108 casos con lesiones por instrumento punzocortante, 60 casos con lesiones producidas por proyectil de arma de fuego y 42 casos con contusión profunda de abdomen. Dependiendo del grado de lesión se les realizó el manejo quirúrgico. **Resultados:** Se realizaron un total de 263 laparotomías exploradoras de las cuales 210 casos presentaban lesiones de intestino delgado, 147 casos fueron pacientes masculinos y 63 pacientes femeninos, los grados de lesión fueron de la siguiente manera: Grado I con 45 casos, Grado II con 106, Grado III con 35, Grado IV con 18 y Grado V con 6 casos. El manejo quirúrgico para las lesiones Grado I fue reforzamiento de la serosa en 45 pacientes, en las Grado II cierre primario en 106 casos y de las Grado III y IV Resección intestinal y enterero-entero anastomosis en un plano. en 59 pacientes. **Conclusiones:** La frecuencia de lesiones de intestino delgado en nuestra unidad es alta, el sexo masculino es el más afectado, existe un predominio de las heridas por instrumento punzocortante, las lesiones grado II son las que se producen con más frecuencia y se realiza más cierres primarios por las lesiones que resecciones intestinales.

