

Cirujano General

Volumen **24**
Volume

Suplemento **1**
Supplement

Octubre-Diciembre **2002**
October-December

Artículo:

Trabajos en Video del 001-048

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

Otras secciones de
este sitio:

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

*Others sections in
this web site:*

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



Medigraphic.com

TRABAJOS EN VÍDEO

168	Retardo en el vaciamiento gástrico post funduplicatura. Píloroplastía por laparoscopia	174	Procedimiento de sugiura modificado
168	Bypass gástrico abierto	174	Dissección endoscópica de la región poplíteica en cadáver
168	Resección de tumoración quística retrogástrica por laparoscopia	175	Omisión de la exploración quirúrgica del páncreas en trauma contuso del abdomen. Consecuencias y manejo de las complicaciones
168	Reconstrucción de gastroyeyuno anastomosis por vía laparoscópica	175	Manejo quirúrgico del cáncer de páncreas distal
169	Tratamiento quirúrgico de acalasia por laparoscopia	175	Pancreatectomía por laparoscopia
169	Divertículo de Zenker gigante. Reporte de un caso	175	Operación de Puestow Gillesby en el tratamiento de la pancreatitis crónica obstructiva
169	Importancia de la dissección periesofágica y de la endoscopia transoperatoria en la funduplicatura de Nissen laparoscópica	176	Tumor mucinógeno quístico gigante del páncreas
169	Manejo laparoscópico de la falla en funduplicatura de Nissen	176	Resección laparoscópica de quiste mesentérico
170	Vagotomía truncal, píloroplastía y procedimiento antirreflujo por laparoscopia	176	Manejo laparoscópico de la enfermedad diverticular complicada
170	Manejo tardío de perforación esofágica y gástrica en funduplicatura de Nissen laparoscópica	176	¿Puede manejarse la dehiscencia parcial de una colonrecto amastomosis con reanastomosis?
170	Ascenso gástrico por resección de mega esófago denerado "en sigma" y esófago gastro anastomosis	177	Colgajo deslizante de recto como manejo de la fístula recto-vaginal
170	Sustitución del esófago tercio inferior, por estenosis péptica con colon transverso	177	Reconstrucción de vías biliares. Hepático-yeyuno-anastomosis con inserción transhepática de una sonda en T. (película realizada en 1954 que muestra una técnica original del autor)
170	Sigmoidectomía asistida por laparoscopia por perforación diverticular. Reporte de un caso	178	Tratamiento quirúrgico laparoscópico en enfermedad diverticular del colon
171	Lesión iatrógena de vías biliares. Importancia del seguimiento post-reconstrucción a largo plazo (14 años) y estrategias de tratamiento en estenosis tardía con colangitis asociada	178	Tratamiento quirúrgico de absceso profundo de cuello
171	Exploración de vías biliares por laparoscopia	178	Toracoscopia. Experiencia en 11 pacientes en Hospital General "Dr. Gustavo A Rovirosa Pérez"
171	Coledocolitiasis en la mujer embarazada. Manejo laparoscópico. Presentación de un caso	179	Tratamiento endoscópico de cistadenoma seroso
172	Dificultades para la reconstrucción de vías biliares posterior a múltiples intentos. Estrategias quirúrgicas para su tratamiento	179	Feocromocitoma "abordaje abdominal"
172	Manejo endo-quirúrgico de coledococelo con estenosis distal	179	Nefrectomía un reto para el cirujano general
172	Modelos anatómicos de enseñanza empleando técnicas de mínima invasión	180	Esplenectomía por laparoscopia 6 años de experiencia HGR No.46 IMSS Guadalajara, Jalisco
173	Exclusión de aneurisma de aorta abdominal con prótesis endoluminal	180	Manejo laparoscópico de la hernia inguinal con presentación atípica
173	Quiste hepático	180	Reparación de hernias incisionales por laparoscopia
173	Cirugía hepática por cáncer de colon metastásico	180	Hernioplastia inguinal híbrida libre de tensión, "Técnica de Cisneros" ¿la mejor opción para evitar recurrencias?
174	Procedimiento de sugiura abdominal en cavernomatosis de la vena porta	181	Hernioplastia incisional laparoscópica con Dual-Mesh
		181	Tratamiento analgésico con heparina de quemaduras térmicas en víctimas en un desastre
		181	Colocación endoscópica de catéteres para DPCA

001 VC 008

RETARDO EN EL VACIAMIENTO GÁSTRICO POST FUNDUPLICATURA. PILOROPLASTÍA POR LAPAROSCOPIA
Villalobos AA, Orozco AMO, Chávez UV, López S, Fuentes FF
Hospital Regional "Valentín Gómez Farías" ISSSTE. Guadalajara, Jal.

Antecedentes: Las complicaciones post funduplicatura descritas habitualmente, van en relación con trastornos mecánicos (disrupción de la envoltura, migración a tórax, demasiado apretadas o recidiva del reflujo). Se ha demostrado que hasta el 50% de los pacientes con enfermedad por reflujo gastro esofágico (ERGE) tienen algún grado de vaciamiento gástrico retardado (VGR), y éste, estar involucrado en la génesis de síntomas post funduplicatura e influenciar el riesgo de falla de la cirugía antirreflujo. Se ha sugerido la presencia de un trastorno de la motilidad en ERGE el cual no está confinado a la unión esófago gástrica. Existe evidencia clínica de que la funduplicatura de 360° mejora el vaciamiento gástrico a líquidos (no a sólidos), mientras que procedimientos parciales no modifican la motilidad gástrica. Se presenta una paciente de 42 años de edad con ERGE e indicación para cirugía antirreflujo, la cual fue sometida a funduplicatura parcial (en "V") por laparoscopia, en la cual se sospechaba mal vaciamento esofágico (después se comprobó VGR), procedimiento durante el cual no hubo lesión evidente de nervios vagos; evolucionando con datos de VGR (distensión, dolor postprandial, halitosis, náusea), con respuesta de poco satisfactoria a moderada con manejo médico (dieta, cisaprida hasta 80 mg/día, omeprazole) por 3 meses. Evidencia clínica, endoscópica y radiológica de VGR severo por lo que se optó por un procedimiento de drenaje. Se le practica piloro-plastia laparoscópica con buenos resultados clínicos. Se presenta el video de la cirugía para su consideración y discusión. **Conclusiones:** Consideramos de importancia identificar aquellos pacientes con síntomas de VGR candidatos a cirugía antirreflujo y realizar pre operatoriamente estudios de vaciamento gástrico selectivamente. Si éste está presente, realizar funduplicatura de 360°. No existe evidencia clínica suficiente para realizar funduplicatura + piloro-plastia durante el mismo procedimiento en pacientes con VGR. La piloro-plastia por laparoscopia es un procedimiento factible, seguro y con buenos resultados en ésta y posiblemente en otras indicaciones.

002 VC 025

BYPASS GÁSTRICO ABIERTO

Cerón F, Arenas MH, González OA, Anaya PR
Cirugía y Nutrición Especializada Guadalajara, Jalisco.

El papel de la cirugía para el manejo de la obesidad mórbida ha demostrado excelentes resultados en seguimiento a largo plazo. Si bien existen diversas cirugías para el manejo de la misma así como también alternativas laparoscópicas o abiertas, la derivación gastroyeyunal es reconocida como el estándar de oro para el abordaje de este problema y aunque se puede realizar por vía laparoscópica la técnica demanda una extensa curva de aprendizaje y un tiempo quirúrgico prolongado. **Objetivo:** Presentar el caso de un paciente masculino de la quinta década de la vida diabético de 15 años de evolución y con un índice de masa corporal de 52, el cual es sometido a

una derivación gastroyeyunal utilizando una asa en Y de Roux a través de una técnica abierta. El video presenta los pasos esenciales de la técnica quirúrgica y en el seguimiento a dos años el paciente ha tenido una pérdida de peso de 60 kilogramos y no requiriendo el uso de hipoglucemiantes mejorando ostensiblemente su calidad de vida. **Conclusión:** La derivación gastroyeyunal ya sea abierta o laparoscópica logra excelente resultado en el manejo de obesidad mórbida.

003 VC 032

RESECCIÓN DE TUMORACIÓN QUÍSTICA RETROGÁSTRICA POR LAPAROSCOPIA

Buenaventura Leal, Ruiz MA, Cavazos MA, Aranda A, Cortinas JC, Reyes HE
Servicio de Cirugía General. HGZ-33. Instituto Mexicano del Seguro Social. Departamento de Cirugía General, Hospital Christus-Muguerza. Monterrey, Nuevo León. México.

Se presenta el caso de un paciente masculino de 28 años de edad, sin antecedentes de importancia, quien inició su sintomatología seis semanas previas a su ingreso, al presentar dolor epigástrico de moderada intensidad, de inicio insidioso, intermitente, sin irradiación, acompañado de sensación de plenitud postprandial, náusea y pérdida de peso de aproximadamente 4 kilogramos. Se diagnosticó por ultrasonido y TAC una tumoración quística retrogástrica de 10 x 10 centímetros de origen pancreático, se programó su resección por vía laparoscópica y durante el procedimiento quirúrgico se encontró que dicha tumoración no dependía del páncreas y se reseco de forma completa por esta vía. El paciente evolucionó favorablemente tolerando la vía oral a las 24 horas del postoperatorio y fue egresando al tercer día sin complicaciones. Se presentan imágenes de estudios paraclínicos y la técnica quirúrgica en video.

004 VC 051

RECONSTRUCCIÓN DE GASTROYEYUNO ANASTOMOSIS POR VÍA LAPAROSCÓPICA

Buenaventura Leal, Ruiz MA, Aranda A, Cavazos MA, Reyes HR, Cortinas JC
Servicio de Cirugía General. HGZ-33. Instituto Mexicano del Seguro Social. Departamento de Cirugía General, Hospital Christus-Muguerza. Monterrey, Nuevo León. México.

Paciente femenino de 47 años con el antecedente quirúrgico de antrectomía con gastroyeyuno anastomosis hace 10 años por enfermedad ulceropéptica complicada, la cual inicia su padecimiento 3 meses previos a su ingreso al presentar dolor epigástrico ardorosos el cual se exacerbaba con alimentos ricos en grasas y con la posición decúbito, fue tratada con antiácidos sin tener mejoría, la sintomatología fue progresando hasta ser incapacitante. Se le realizó endoscopia digestiva superior reportándose gastritis difusa con abundante reflujo biliar. Se intervino por vía laparoscópica encontrando gastroyeyuno anastomosis en asa, se realizó endoscopia transoperatoria para verificar asa aferente y eferente, se realizó reconstrucción del procedimiento previo convirtiéndolo en gastroyeyunoanastomosis en Y de Roux. El procedimiento tuvo una duración de 210 minutos, la paciente tolero dieta a las 48 horas y se egresó al 5° día de postoperatorio sin complicaciones.

005 VC 067

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ACALASIA POR LAPAROSCOPIA

Castañeda CP, Aguirrer RR, Alonso PM
Hospital General Regional "Vicente Guerrero" IMSS. Servicio de Cirugía General. Acapulco, Gro.

Introducción: La acalasia es una enfermedad que se caracteriza por falta de peristalsis esofágica con aumento de la presión del esfínter esofágico inferior, manifestando el paciente disfagia, el tratamiento quirúrgico por laparoscopia ha dado excelentes resultados. **Objetivo:** Presentar la técnica quirúrgica de miotomía de Héller modificada por laparoscopia. **Informe del caso:** Se trata de paciente femenino de 46 años de edad, con antecedente de histerectomía y cuadros repetitivos de faringitis. Desde hace 2 meses inicia con dificultad al paso de los alimentos, inicialmente a sólidos y pérdida de peso de 8 kg. En el esofagograma se observa imagen en punta de "lá-piz". La endoscopia reportó gastritis crónica antral y la biopsia esofágica: esofagitis péptica aguda. La manometría reportó esfínter esofágico inferior hipertenso y relajación incompleta, aperistalsis del cuerpo esofágico, hipomotilidad severa de los tres segmentos del esófago, coordinación faringoesofágica normal. Serología para enfermedad de Chagas negativa. Se realiza cirugía el 4 de enero del 2000. Anestesia general, se colocaron 5 trócares de 10 mm, se abre ventana a nivel de epiplón gastrohepático, se ligan vasos de la coronario estomacal, se identifica el pilar derecho del diafragma, se libera ligamento gastrofrénico, se identifica pilar izquierdo y se disecciona cara posterior del esófago, se procede a realizar liberación de fibras longitudinales y circulares del esófago en su cara anterior, 6 centímetros por arriba de unión esofagogástrica y 1 centímetro por debajo de ésta, se realiza endoscopia transoperatoria para verificar longitud del corte e integridad de la mucosa del esófago. Se realiza hemifunduplicatura posterior, se irriga y aspira y se suturan heridas de piel con nylon 000 y se da por terminado el procedimiento quirúrgico. Tiempo quirúrgico: 3 horas, no se dejó sonda nasogástrica, inicio de vía oral a las 24 horas, estancia hospitalaria de 3 días. No hubo complicaciones. **Conclusiones:** El tratamiento quirúrgico de acalasia por laparoscopia ofrece excelentes resultados, con una morbimortalidad muy baja, es recomendable agregar un procedimiento antirreflujo.

006 VC 060

DIVERTÍCULO DE ZENKER GIGANTE. REPORTE DE UN CASO

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

Objetivo: Presentar el caso de un paciente con divertículo de Zenker gigante. Presentación del caso. Se trata de paciente masculino de 70 años de edad con antecedente de importancia de HAS de 15 años de evolución en control médico, insuficiencia cardíaca en tratamiento médico, antecedente de divertículo de Zenker de 20 años de evolución sin sintomatología aparente. Inicia de manera brusca con disfagia súbita y dificultad respiratoria por lo que se inicia protocolo de estudio con hallazgos en SEG D con divertículo gigante que abarca hasta el quinto espacio intercostal sin paso hacia el esófago distal, clasificándolo como grado III, endoscópicamente presenta ori-

ficio esofágico de manera lateral por lo que se pasa sonda nasoyeyunal para alimentación enteral, se programa para intervención quirúrgica donde se encuentran como hallazgos divertículo gigante de aproximadamente 12 x 8 centímetros con ulceración en su fondo realizándose resección del mismo a base de engrapadora y miotomía del tipo faríngeo, 4 días después se realiza serie observando paso del medio de contraste hacia esófago distal sin defectos de llenado y fuga. **Conclusiones:** El divertículo de Zenker es una saculación secundaria al aumento de la presión del cricofaríngeo, el largo tiempo de evolución a pesar de no tener sintomatología produce un aumento gradual del saco que en un momento determinado produce oclusión súbita del paso alimenticio y puede provocar complicaciones graves como la bronco aspiración y perforación del mismo, la atención oportuna una vez diagnosticada evita las complicaciones.

007 VC 046

IMPORTANCIA DE LA DISECCIÓN PERIESOFÁGICA Y DE LA ENDOSCOPIA TRANSOPERATORIA EN LA FUNDUPLICATURA DE NISSEN LAPAROSCÓPICA

Sarmiento AA, Arenas MH, Medina DG, González OA, Anaya PR, Barrera TH, Fuentes EMI
Cirugía y Nutrición Especializada. Guadalajara, Jalisco.

Introducción: La funduplicatura de Nissen por vía laparoscópica es reconocida como el estándar de oro para la corrección del reflujo gastroesofágico, sin embargo para lograr óptimos se requiere adherirse a pasos fundamentales en la técnica para lograr óptimos resultados. Así como complicaciones en el transoperatorio. Presentamos el caso de un paciente masculino de la sexta década de la vida con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 de 15 años de evolución, el cual fue sometido a cirugía cardíaca para derivaciones tres años previos. El cuadro clínico del paciente es de 2 años de evolución caracterizado por pirosis, dolor y disfagia. La endoscopia revela esofagitis grado 3 y una hernia hiatal de aproximadamente 5 cm. La SEG D demuestra una hernia hiatal no reductible y previa valoración es sometido a funduplicatura de Nissen laparoscópica. **Objetivo del video:** El video demuestra los pasos claves para el abordaje del hiato, así como la liberación de los vasos cortos por medio del bisturí armónico, la gran periesofagitis mediastinal probablemente secundaria a la antecedente de la cirugía cardíaca. Se demuestra como el cirujano puede confundir la localización de la unión esofagogástrica y por lo tanto de realizar una funduplicatura en un sitio inadecuado. La endoscopia transoperatoria confirma el sitio de la unión esofagogástrica y permite en un abordaje combinado la extensa disección del esófago para lograr la colocación distal de éste, a nivel intraabdominal. De igual forma se asegura la ausencia de perforación esofágica ante la imprescindible necesidad de una extensa disección periesofágica a nivel mediastinal. **Conclusiones:** A pesar de varias décadas de experiencia con la funduplicatura de Nissen, los aspectos técnicos del procedimiento continúan siendo la piedra angular para lograr resultados efectivos en la enfermedad por reflujo gastroesofágico.

008 VC 033

MANEJO LAPAROSCÓPICO DE LA FALLA EN FUNDUPLICATURA DE NISSEN

Cavazos MA, Alcaraz HM, Guajardo HJ, Reyes HR
Departamento de Cirugía General, Hospital Christus-Muguerza. Monterrey, Nuevo León.

Se reportan cinco casos de nuestra casuística de 250 procedimientos de funduplicatura de Nissen quienes requirieron ser reintervenidos, abordándolos de forma laparoscópica. Caso 1. Paciente masculino de 66 años postoperado de Nissen por laparoscopia convertido por perforación esofágica advertida dos años previos. Presenta desde el postoperatorio recurrencia de la sintomatología de RGE. Caso 2. Paciente masculino de 34 años operado de Nissen dos meses previos. Ingresa con cuadro de disfagia, regurgitación y pérdida de peso, sintomatología que se presentó desde el postoperatorio. Evidencia endoscopia de estenosis por compresión unión gastroesofágica. Caso 3. Paciente femenina de 55 años sometida a Nissen por laparoscopia un año previo, la cual presentó cuadro de RGE de seis meses de evolución. Se evidenció hernia hiatal por endoscopia. Caso 4. Paciente femenina de 46 años con antecedente de funduplicatura de Nissen convencional siete años previos. Presenta un año de evolución con cuadro de dolor epigástrico y dispepsia, así como de accesos de tos nocturna por RGE. Caso 5. Paciente masculino de 31 años con antecedente de Nissen por laparoscopia hace un año. Presentó cuadro de dolor retroesternal, se realizó endoscopia que evidenció hernia paraesofágica. Tres de estos casos fueron operados por otro equipo quirúrgico en su primer cirugía y todos los casos fueron reintervenidos por vía laparoscópica con éxito.

009 VC 031

VAGOTOMÍA TRUNCAL, PILOROPLASTÍA Y PROCEDIMIENTO ANTIRREFLUJO POR LAPAROSCOPIA

Buenaventura Leal, Ruiz MA, Cavazos MA
Servicio de Cirugía General. HGZ-33. Instituto Mexicano del Seguro Social. Departamento de Cirugía General, Hospital Christus-Muguerza. Monterrey, Nuevo León. México.

Se presenta el caso de una paciente femenina de 84 años de edad con antecedente de tabaquismo severo, la cual inició su padecimiento cuatro meses previos a su ingreso a nuestro servicio al presentar cuadro de plenitud postprandial que progresó a intolerancia a la vía oral y distensión abdominal importante, con la consecuente pérdida de peso de 10 kilogramos aproximadamente en dos meses. Fue valorada por gastroenterólogo quien realizó endoscopia en donde encontró gastritis aguda, úlcera de 2-3 cm de diámetro a nivel de la cisura angularis y una deformidad importante a nivel antropilórico que lo estenosó casi en su totalidad se realizó dilatación con dilatación hidroneumática hasta calibre de 11mm. La paciente evolucionó de forma satisfactoria los primeros quince días posteriores a este procedimiento, sin embargo desarrolló nuevamente estenosis pilórica con la sintomatología antes descrita que requirió nueva dilatación a las cuatro semanas. Es referida a cirugía general para tratamiento quirúrgico realizándose vagotomía truncal, piloroplastía y funduplicatura de Nissen por laparoscopia. La paciente evolucionó favorablemente tolerando la vía oral a las 48 h y siendo egresada del hospital al tercer día del postoperatorio. Se presentarán imágenes de endoscopia superior y la técnica quirúrgica en vídeo.

010 VC 020

MANEJO TARDÍO DE PERFORACIÓN ESOFÁGICA Y GÁSTRICA EN FUNDUPLICATURA DE NISSEN LAPAROSCÓPICA

Álvarez AC, Arenas MH, González OA, Anaya PR, Fuentes MIM

Cirugía y Nutrición Especializada Guadalajara, Jalisco.

La perforación esofágica y gástrica en funduplicatura de Nissen por vía laparoscópica, es una complicación que tiene alta morbi-mortalidad, sobre todo cuando ésta no es manejada adecuadamente en forma temprana. **Objetivo del vídeo:** Presentar un caso clínico de paciente masculino de la tercera década de la vida con esta complicación y en el cual se destaca el manejo por etapas de la infección intraabdominal grave, el adecuado criterio quirúrgico con el fin de evitar exclusión esofágica y reconstrucción a largo plazo apoyado con el manejo en la unidad de cuidados intensivos, el abdomen abierto por etapas, el soporte ventilatorio, así como la terapia nutricional inmunomoduladora. Se presentan las evidencias de la reconstrucción esofagogástrica hasta la reconstrucción planeada de la pared abdominal cuatro meses más tarde. **Conclusión:** El manejo quirúrgico adecuado aunado a medidas de apoyo médico brindan a los pacientes con esta complicación una disminución en la morbi-mortalidad y la reconstrucción fisiológica del tubo digestivo y excelente calidad de vida.

011 VC 006

ASCENSO GÁSTRICO POR RESECCIÓN DE MEGA ESÓFAGO DENERVADO "EN SIGMA" Y ESÓFAGO GASTROANASTOMOSIS

Vicencio TA, Quiroz MG, Blas AR, Cano MR.

Se presentan los problemas secundarios a denervación del esófago hasta llegar a la acalasia y espasmo difuso, y mega esófago. Se presenta el caso de un hombre joven de 29 años con sintomatología prolongada de síndrome esofágico de retención, que mostró en los estudios gran mega esófago con deformación tipo sigmoidea, siendo imposible complementar con manometría. Se hace toracotomía izquierda y se reseca todo el esófago en sigma para después con engrapadora intraluminal hacer ascenso gástrico con anastomosis término lateral del esófago al estómago. Se muestra control radiológico y evolución.

012 VC 005

SUSTITUCIÓN DEL ESÓFAGO TERCIO INFERIOR, POR ESTENOSIS PÉPTICA CON COLON TRANSVERSO

Vicencio TA, Quiroz MG, Vincent GE, Cano MR.

Se presentan las posibilidades de sustitución del esófago con colon y sus indicaciones, presentando el caso de un paciente de 52 años, con historia crónica de reflujo y de dilataciones endoscópicas, con fracaso por lo que se propone reseca esa zona y sustituirla con colon transversal. Se hizo toracotomía izquierda y disección de esófago y cardias, aislando colon transversal con la arteria cólica media para irrigación, reseca el esófago e interponiendo el segmento de colon entre estómago y esófago tercio medio. Se muestra la técnica de sutura y conservación de la irrigación y el resultado.

013 VC 002

SIGMOIDECTOMÍA ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA POR PERFORACIÓN DIVERTICULAR. REPORTE DE UN CASO

Camargo PDLF, Moreno LM, Trejo GV, López BA
Uruapan, Michoacán.

Paciente femenino de 52 años de edad con los siguientes antecedentes de importancia; histerectomía vaginal hace 10 años, hipotiroidea controlada con novotiral ½ al día desde hace 5 años, hipertensión arterial controlada desde hace 3 años con Atemporator 200 1 x 1. Tenoretic ½ al día, tabaquismo (+) 10 cigarrillos al día, alcoholismo (+) fines de semana, cuadros de migraña frecuentes. PA. Dolor de 6 meses de evolución en cuadrante inferior izquierdo (CII), de tipo intermitente con cambios en las características de las evacuaciones, flatulencia, náusea y vómito, tratándose como amibiasis, 2 meses antes de su ingreso presenta dolor súbito intenso en CII, náuseas, vómito realizándose colonoscopia reportándose enfermedad diverticular en colon izquierdo, completándose estudios con colon por enema, dándose tratamiento médico. Dos días previos a su ingreso presenta cuadros diarreicos y dolor importante en hipocondrio izquierdo aumentando de intensidad hasta hacerse continuos sin disminuir con analgésicos acompañándose de fiebre de 38.5°C, astenia, adinamia y vómito en varias ocasiones. EF. TA 100/70, FC 86x', Temp. 38.5°C, dolor a la palpación en fosa iliaca izquierda palpándose plastrón en dicho nivel con rebote (+). Por lo que se hospitaliza, se inicia tratamiento con antibióticos y se interviene quirúrgicamente realizándose sigmoidectomía laparoscópica asistida. Permaneciendo 8 días hospitalizada, iniciándose dieta al 5to día, y egresándose sin complicaciones. A 6 meses de postoperatorio continúa asintomática.

014 VC 047

LESIÓN IATRÓGENA DE VÍAS BILIARES. IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO POST-RECONSTRUCCIÓN A LARGO PLAZO (14 AÑOS) Y ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO EN ESTENOSIS TARDÍA CON COLANGITIS ASOCIADA

Romo FL, Arenas MH, López RJL, Chávez PR, Ruiz I
Cirugía y Nutrición Especializada. Guadalajara, Jalisco.

Introducción: La lesión iatrogénica de la vía biliar durante la colecistectomía es la complicación más compleja como resultado de la colecistectomía. El tratamiento quirúrgico de lesiones proximales logra excelentes buenos resultados a largo plazo en más del 90% en los pacientes. Sin embargo, y a pesar de meticulosa técnica quirúrgica puede presentarse estenosis en el sitio de anastomosis, que ocasiona colangitis secundaria de repetición y su manejo requiere un plan de manejo combinado entre el radiólogo intervencionista y el cirujano para lograr óptimos resultados. Presentamos el caso de una paciente femenina de la cuarta década de la vida con antecedente de colecistectomía abierta hace 14 años, en la cual se produjo una lesión de la vía biliar proximal no detectada en el transoperatorio y que posteriormente fue reconstruida mediante una asa desfuncionalizada en Y de Roux. La evolución de la paciente fue satisfactoria durante 14 años, sin embargo, durante este último año presenta periodos repetitivos de colangitis que ocasionan repercusión en su estado general. **Objetivo del video:** Presenta el manejo preoperatorio a través de la colangiografía percutánea transhepática y la colocación de una endoprótesis para el alivio temporal de la colangitis. El video describe también los detalles de la reparación quirúrgica demostrándose que la Y de Roux realizada previamente cumplía la medida de longitud entre 60 y 70 centímetros al sitio de la anastomosis biliar, por lo cual se realiza solamente la resección del sitio de la anastomosis con fibrosis

demostrándose los puntos claves para la disección del ducto hepático común y realización de nueva anastomosis entre el hepático común y la misma asa en Y de Roux, la cual se mantiene ferulizada con el tubo colocado previamente por el radiólogo. La evolución postoperatoria fue satisfactoria siendo dada de alta la paciente al tercer día del postoperatorio y cuatro semanas después se realiza colangiografía que demuestra la viabilidad de la anastomosis para retirar finalmente el tubo. **Conclusiones:** El trabajo en equipo entre el radiólogo intervencionista y el cirujano es esencial para lograr resultados satisfactorios en las lesiones de las vías biliares y las complicaciones que pueden presentarse posteriores a la reconstrucción aun en el largo plazo.

001 VC 016

EXPLORACIÓN DE VÍAS BILIARES POR LAPAROSCOPIA

Jonguitud BV, Cosme RC, Cohen MS, Mussan CG
Centro Médico ABC.

La coledocolitiasis puede permanecer asintomática por un largo periodo de tiempo, aunque puede dar lugar a complicaciones graves, con un alto índice de morbi-mortalidad. La introducción de la colecistectomía por laparoscopia ha modificado el tratamiento del manejo de la coledocolitiasis. La incidencia coledocolitiasis se ha mantenido dentro de un 5 a un 15% de los pacientes a los cuales se les realiza colangiografía transoperatoria. La realización de exploración de vías biliares por laparoscopia, ha ido en aumento gracias a los avances en la destreza por parte del cirujano. En los últimos años se ha demostrado que la exploración de vías biliares por vía laparoscópica, tiene buenos resultados. El manejo óptimo para el tratamiento de la coledocolitiasis, continúa siendo controversial. Algunos autores refieren que el manejo de este padecimiento debe de ser intraoperatorio, otros difieren a otro tipo de metodología. Con este trabajo se pretende demostrar y explicar la técnica de la exploración de vías biliares por laparoscopia, en cuatro pacientes, realizados por un mismo grupo quirúrgico en los últimos dos años. De la misma manera se analizarán los resultados de las mismas.

001 VC 029

COLEDOCOLITIASIS EN LA MUJER EMBARAZADA. MANEJO LAPAROSCÓPICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Alcaraz H, Torres R, Canavati M
Departamento de Cirugía General del Hospital Christus Mu-
guerza. Monterrey N.L. México.

Paciente femenina de 32 años de edad, sin antecedentes de importancia, con 8 semanas de embarazo por ecografía, que inicia su padecimiento 12 h antes de su ingreso, al presentar dolor súbito tipo cólico en hipocondrio derecho e incapacitante, acompañado de náuseas, vómito, ictericia, acolia y coluria, los estudios de laboratorio reportan bilirrubina de 1.1 mg/dl y fosfatasa alcalina de 220 UI/l, se realizó ecografía de abdomen superior que reporta coledocolitiasis más colédoco dilatado de 1.2 cm con imagen sugestiva de cálculo distal, la paciente se somete a colecistectomía y colangiografía transcística evidenciando la presencia de dos cálculos distales en colédoco por lo que se realiza exploración de vías biliares por laparoscopia con fogarty # 6 extrayendo dos cálculos de .4 cm, colangiografía de control sin evidencia de más cálcu-

los, se deja sonda número 14, sin ninguna complicación perioperatoria, la paciente es dada de alta a los tres días. Se pinza sonda a los siete días y previa colangiografía se retira a los 17 días sin complicaciones.

017 VC 043

DIFICULTADES PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE VÍAS BILIARES POSTERIOR A MÚLTIPLES INTENTOS. ESTRATEGIAS QUIRÚRGICAS PARA SU TRATAMIENTO

Arenas MH, González OA, Anaya PR, Chávez PR, De la Torre CJ, Arenas MEMD
Cirugía y Nutrición Especializada. Guadalajara, Jalisco.

Introducción: El problema de la incidencia de lesión de la vía biliar posterior a colecistectomía abierta y laparoscópica persiste. Se ha reportado que la mayoría de los pacientes con esta complicación generalmente involucra los conductos biliares proximales y por lo tanto su reparación requiere una técnica meticulosa. Cuando las reparaciones son fallidas las secuelas secundarias a sepsis, hipertensión portal y cirrosis cuando éstas son combinadas ponen en riesgo la vida del paciente. **Objetivo del video:** Presentar el caso de una paciente femenina de la cuarta década de la vida la cual es sometida a colecistectomía en 1994 aparentemente sin complicaciones. En el postoperatorio presenta ictericia progresiva y ocho días más tarde con diagnóstico de sección y ligadura de la vía biliar es sometida a reconstrucción de la vía biliar. A los nueve meses del postoperatorio inicia con colangitis de repetición, por lo que es reintervenida en 1996 por estenosis en el sitio de la reconstrucción y finalmente en 1997 por persistencia del cuadro es nuevamente reintervenida presentando desde el postoperatorio colangitis de repetición que ha requerido múltiples hospitalizaciones para manejo médico e intentos fallidos para la realización de una colangiografía percutánea. En el 2002 se presenta en nuestra consulta con ictericia y ataque al estado general con PFH alteradas que revelan un proceso obstructivo crónico. Se realiza una colangiografía percutánea transhepática que demuestra estenosis en la confluencia de los conductos hepáticos lográndose en un segundo intento pasar una sonda a través del hepático izquierdo hacia el asa yeyunal. La paciente evoluciona sin colangitis y con mejoría de su estado general con soporte nutricional por vía enteral en su domicilio. Ocho semanas después es sometida a reintervención quirúrgica. El video demuestra la presencia de una atrofia del lóbulo derecho del hígado y datos macroscópicos que sugieren una cirrosis biliar secundaria. Se encuentra una asa en Y de Roux de no más de 20 centímetros a partir de la yeyuno yeyunoanastomosis término lateral ante cólica. Durante la técnica se presentan los pasos para el alargamiento en asa Y de Roux, el abordaje para la localización del hepático izquierdo, así como la localización y dilatación del hepático derecho y colocación de tubo transhepático en el lado derecho. Se presenta también la realización del asa de Hudson localizada en tejido celular subcutáneo para posibles abordajes postoperatorios en caso de reestenosis y la utilización de la adhesividad de sello de fibrina para lograr una anastomosis biliodigestiva interhepática con mínimos puntos de sutura. **Conclusiones:** El éxito o la falla en el tratamiento de las lesiones de la vía biliar está determinada por 4 factores elementales: la realización de la colangiografía preoperatoria, la elección de la reparación qui-

rúrgica, los detalles de la reparación quirúrgica y la experiencia del cirujano para realizar la reparación.

018 VC 044

MANEJO ENDO-QUIRÚRGICO DE COLEDOCOCELE CON ESTENOSIS DISTAL

Sanz C, Arenas MH, Barrera TH, Barrera TL
Cirugía y Nutrición Especializada. Guadalajara, Jalisco.

Introducción: El coledococelo o quiste colédoco tipo II es manejado endoscópicamente por medio de una esfinterotomía, sin embargo no se ha reportado la presencia de estenosis distal de éste, que obliga a una intervención quirúrgica abierta para su manejo integral. **Objetivo del video:** Presentar un caso de coledococelo con estenosis distal y analizar su manejo endoquirúrgico. Femenina de la cuarta década de la vida que se presenta con cuadro de inicio agudo caracterizado por dolor en hipocondrio derecho, intolerancia a colecistoquinéticos e ictericia. Las PFH demuestran hiperbilirrubinemia a expensas de la directa y un ecosonograma abdominal revela la presencia de colecistitis crónica litiasica y dilatación de colédoco por lo que se realiza CPRE, la cual evidencia la presencia de coledococelo y coledocolitiasis. Se realiza esfinterotomía trans-endoscópica y se extraen dos litros de su interior, sin embargo en la parte distal del coledococelo se aprecia estenosis de colédoco que impide la manipulación y extracción de cálculos localizados por arriba de la estenosis por lo que se decide intervención quirúrgica abierta. El video demuestra los pasos claves de la CPRE y la cirugía abierta donde se realiza colecistectomía y colangiografía transcística que corrobora la estenosis, así como la presencia de coledocolitiasis realizándose extracción de los mismos y coledocoduodenoanastomosis término lateral con cierre del muñón terminal de colédoco y toma de biopsia en sitio de estenosis. No se demostró lesión neoplásica y la evolución de la paciente y seguimiento a un año sin complicaciones. **Conclusión:** El manejo de coledococelo con estenosis distal y presencia de coledocolitiasis tanto a nivel proximal como distal no ha sido reportado, su resolución requiere del trabajo coordinado entre endoscopista y cirujano.

019 VC 014

MODELOS ANATÓMICOS DE ENSEÑANZA EMPLEANDO TÉCNICAS DE MÍNIMA INVASIÓN

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

La resolución de las cámaras endoscópicas, nos permite ver imágenes nunca antes soñadas, además de observar procesos fisiológicos "in situ". Se demuestra la exploración anatómica endoscópica de las distintas cavidades, desde el abdomen y el tórax hasta el interior del corazón y los vasos sanguíneos. Se inicia con la disección y exposición del esófago intraabdominal, posteriormente se demuestra la anatomía biliar detallada en la rata. Se realiza un abordaje transdiafragmático hacia la cavidad torácica donde observamos al corazón con sus elementos de sostén. Al abrir el saco pericárdico podemos observar la dinámica de la contracción apreciando cambios marcados en la frecuencia cardíaca. Se disecan además los grandes vasos intratorácicos. Se explora el área

axilar mediante el mismo abordaje, identificando y diseccionando los ramos nerviosos del plexo braquial. Continuamos con la exploración de la región inguinal donde se aprecian hernias bilaterales (característica propia de la especie) se retraen los elementos del cordón y se aprecian con detalle las estructuras del testículo. Se ejemplifican además técnicas quirúrgicas como son la funduplicatura de Nissen, la cardiomiectomía de Heller y la vagotomía de células parietales con clara identificación del nervio de Latarjet. Se concluye con la demostración de procedimientos endoluminales en los cuales se aprecian las válvulas venosas, las válvulas cardíacas y un puente aortocoronario. Pensamos que estos modelos son de utilidad en el aprendizaje de la anatomía, técnicas quirúrgicas, así como para facilitar el entendimiento de distintos procesos fisiológicos.

020 VC 062

EXCLUSIÓN DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL CON PRÓTESIS ENDOLUMINAL

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

Antecedentes: Tradicionalmente, la exclusión del aneurisma de aorta abdominal mediante la colocación de un injerto sintético por cirugía abierta ha consistido en el tratamiento de elección. Sin embargo, en la última década, la tecnología endoluminal ha adquirido un importante papel en el tratamiento de esta enfermedad en pacientes seleccionados; principalmente en contexto de falla cardíaca y/o pulmonar, hipertensión portal y abdomen con cirugías previas. **Objetivo:** Reporte de un caso de aneurisma de aorta abdominal manejado exitosamente con exclusión mediante prótesis endoluminal. **Informe de caso:** Masculino 54 años, fumador, con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2. Con presencia de masa pulsátil, mediante protocolo de estudio se evidencia aneurisma de aorta abdominal infrarrenal; un ECO dobutamina positivo conllevó a realización de coronariografía, demostrándose enfermedad trivascular, sometiéndose a revascularización coronaria electiva. A los seis meses, en vista del riesgo concomitante, se decide la exclusión del aneurisma mediante una prótesis endoluminal tipo Talent. **Resultados:** Excelente resultado clínico y tomográfico, permanece asintomático a 3 años de seguimiento con tomografía helicoidal con disminución del saco aneurismático, sin evidencia de fugas. **Conclusión:** La reparación endoluminal del aneurisma de aorta abdominal en casos seleccionados es una alternativa factible, con resultados satisfactorios; concepto que realza la importancia de su consideración para el cirujano general, que frecuentemente realiza el diagnóstico de manera inicial.

021 VC 015

QUISTE HEPÁTICO

Tostado RC, Villanueva R, Hernández CA, Hizar P
HGZ No. 32 del IMSS. México, D.F.

Femenina de 70 años. AHF: hermano fallecido por CA gástrico. Hermana padeció TB pulmonar. APP: Inhaló humo de leña por 16 años. Toma pulque diario 250 ml, durante 2 años. Transfusión durante parto por hemorragia. Hernioplastia inguinal derecha hace 11 años. Pad. actual: Hace 5 años se le diagnosticó el quiste hepático. Presentando dolores en hipocondrio derecho intermitentes, hasta hace 2 años en que

se hace el dolor punzante y continuo por lo que acude nuevamente. Tiene 2 meses con pérdida de peso de 1 kg. Adinamia e hiporexia. Y tiene 5 meses con tos con expectoración blanquecina. A la exp. Fí: Peso 53.300 kg. Talla 1.55 m. T/A 130/80. Temp. 36°C, FR 22, FC 80' min. Coloración de tegumentos normales. Hidratación adecuada. Facies de dolor. Cabeza y cuello normales. Tórax murmullo vesicular disminuido en forma generalizada en ambos campos pulmonares. Abdomen: Con dolor a la puñopercusión hepática y a la palpación en hipocondrio derecho, con hepatomegalia 3 cm. Debajo del reborde costal. Peristalsis normal. No datos de abdomen agudo. Laboratorio: Hb. 13.8, leucos 6,470, plaquetas 206,000, TP 12.6 s con 90% de actividad. TPT 29.4 s. Glucemia 86, creatinina 1.1, urea 51. EGO nl. Tele de tórax con aumento de impresiones broncovasculares. Ultrasonido hepático con Dx quiste hepático con vesícula y vías biliares normales. TAC: Quiste hepático en lóbulo derecho, segmento 5 de 9.4 por 7.5 cm. La paciente fue operada el 3 de junio del 2002 por cirugía laparoscópica practicando, aspiración y des-techamiento del quiste con marzupialización de todo el borde con sutura intracorpórea continua con catgut 0. La evolución postoperatoria fue adecuada, egresándose a las 48 h del hospital. El resultado histopatológico de la pieza correspondió a enfermedad poliquistica hepática.

022 VC 004

CIRUGÍA HEPÁTICA POR CÁNCER DE COLON METASTÁSICO

Zarco CJ, Gómez-Fleitas M, Martino E, López UA, Rodríguez SJ, Corrales MA
Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla", Santander España.

Antecedentes: Se estima que cada año en los Estados Unidos se diagnostican 150,000 nuevos casos de cáncer colorrectal con 75,000 muertes anuales cada año. La presencia de metástasis hepática al momento del diagnóstico es del 25%, sumándose otro 25% de los casos que lo desarrollarán durante el curso de la enfermedad. De los pacientes con cáncer colorrectal y metástasis hepática su promedio de vida es de sólo 6 a 12 meses sin tratamiento, siendo la resección de estas metástasis la única posibilidad de curación, con tasas de sobrevida libre de enfermedad a 5 años con resección quirúrgica del 20 al 50%. **Objetivo:** Describir las indicaciones de resecabilidad de metástasis hepáticas por cáncer colorrectal y mencionar las dificultades técnicas del procedimiento. **Material y métodos:** Se trata de paciente de 69 años de edad, el cual cuenta con el antecedente de cirugía de colon hace 3 años realizándose una hemicolectomía izquierda por adenocarcinoma de colon en sigmoides DUKES B1, actualmente el paciente presenta dolor abdominal difuso en hipocondrio derecho, al cual se le realiza determinación de CEA el cual se encuentra elevado, por lo que se realiza USG y TAC helicoidal detectándose imagen sugestiva de metástasis hepática, única en lóbulo derecho, pb segmento V y VI. **Resultados:** Realización de una segmentectomía segmentos VI, VII. **Discusión y conclusiones:** El tratamiento quirúrgico de las metástasis hepáticas por cáncer colorrectal continúa siendo la única opción curativa para estos pacientes, con una mortalidad del 0 al 5% en los centros especializados en cirugía hepática. Se realiza una incisión subcostal bilateral, una vez liberado el hígado, se procede a realizar una palpación manual del hígado en busca de nuevas metástasis, así como la realización de USG intraoperatorio,

en donde además de ayudarnos a localizar más metástasis nos ayudara a revisar el patrón vascular del hígado. Para la resección de los segmentos 6 y 7 el hígado tiene que ser liberado completamente en su lóbulo derecho de la vena cava inferior, la cápsula de Glisson es incidida con electrocauterio, y se ala mitad del camino entre la vesícula y el borde lateral de hígado, para este fin se utiliza el disector ultrasónico (CUSA), el cual es un aparato que la vibrará, disecciona el tejido hepático visualizando las estructuras vasculares y ligándolas o como en este caso se utilizan endoclips vasculares, se continúa la disección hasta que se identifican los pedículos portales posterior y laterales, y la rama segmentaria de la vena hepática derecha es dividida y ligada. Las complicaciones de este tipo de cirugías pueden ser, hemorragia postoperatoria (1 al 2%), fístulas biliares (3 al 5%), y otras, teniendo como factores predictivos más importantes de recurrencia el margen positivo, enfermedad extrahepática, ganglios linfáticos positivos, intervalo libre de enfermedad del tumor primario a la aparición de metástasis hepática menor de 12 meses, tumor de más de 5 cm de tamaño, y un CEA mayor de 200 ng/ml, los tratamientos con quimioterapia y otras modalidades de tratamiento médico están siendo valoradas.

023 VC 061

PROCEDIMIENTO DE SUGIURA ABDOMINAL EN CAVERNOMATOSIS DE LA VENA PORTA

Fenig RJ, Delgadillo TG, Velázquez GJ, Cervantes CJ, González RF, Galindo ML, Arroyo LH, Fernández De Castro J, Servín TE
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "La Raza".

Objetivo: Presentar los resultados del procedimiento de Sugiura en solo tiempo abdominal en cavernomatosis de la vena porta. **Presentación del caso:** Masculino de 27 años, con el diagnóstico de hipertensión portal, secundaria a cavernomatosis de la porta. En 1996 Dx por hematología de hipersplenismo más coagulopatía, 1996 Dx por el servicio de gastroenterología de hipertensión portal más várices esofágicas grado V de Dagradi, en 2001 Dx de HTDA, que ameritó tratamiento con reposición de hemocentrados. Inicia su padecimiento con cuadro correspondiente a HTDA, con melena, hematemesis y astenia, adinamia, acude a la unidad. La contraindicación por parte de cardiología para el uso de medicamentos betabloqueadores por el Dx de corazón vagotónico y reporte de endoscopia de no candidato al tratamiento endoscópico de las várices esofágicas, más evaluación de la función hepática en CHILD A. TAC: agosto/01. Imagen sugestiva de trombosis de la vena porta + hipertensión del eje esplenoportal + esplenomegalia. Duplicación de la vena porta por debajo de las venas renales. Cavernomatosis de la vena porta. Gammagrama hepatoesplénico: 22/05/01. Daño hepatocelular difuso, hepatomegalia y esplenomegalia. Cavernomatosis de la vena porta. Endoscopia: 11/10/01. Várices esofágicas grado V de Dagradi. Gastropatía congestiva generalizada leve. Várices gástricas tipo F 1-3. Gastropatía erosiva antral. Duodenopatía congestiva leve. Hallazgos: Bazo de 30 x 20 x 15 cm. Congestión de vasos sanguíneos a nivel de la UEG, hígado macronodular intercalado con áreas de tejido macroscópicamente normales. Reporte histopatológico: Esófago con várices esofágicas y esofagitis crónica. Hígado con fibrosis hepática congénita. Bazo con esplenomegalia congestiva.

024 VC 012

PROCEDIMIENTO DE SUGIURA MODIFICADO

Ramírez BJ, Fenig RJ, Arroyo LH, Romero HA, Delgadillo TG, Albores ZO
Hospital de Especialidades del CMN "La Raza", IMSS.

El objetivo de la presentación es mostrar la técnica de Sugiura modificada que se realiza en el HECMN "La Raza". Masculino de 27 años manejado por gastroenterología por hipertensión portal Grado III, secundaria a fibrosis hepática congénita, con hemorragia de tubo digestivo alto secundaria a gastropatía hipertensiva y erosiva, portador de várices esofágicas Grado V de Dagradi y várices fúndicas, no candidato a manejo con betabloqueador por tener corazón vagotónico (Bradycardia Sinusal del deportista). Se realiza procedimiento de Sugiura modificado bajo anestesia general, incisión Chevrón, esplenectomía, devascularización paraesofagagástrica, vagotomía troncular, introducción de engrapadora mecánica circular para transección esofágica y reanastomosis simultáneas, piloroplastia Heineke-Mikulicz y toma de biopsia hepática. Cierre de pared por planos. Sangrado aproximado de 250 ml. Hallazgos: Bazo de 30 x 20 x 15 cm. várices fúndicas, hígado macronodular alternando con áreas de tejido aparentemente sano. Sugiura propone su procedimiento clásico en dos tiempos en 1973, como alternativa para las derivaciones sistémicas, con mortalidad del 5.2% en casos electivos y hasta del 13.7% para los casos de urgencia en sus inicios, el procedimiento se ha modificado en un solo tiempo abdominal, la complicación más frecuente fue la fístula en la línea de sutura esofágica, observada hasta en un 6.1% (mortal en 12.8% de estos casos), otras complicaciones fueron: estenosis y hemorragia recurrente, a diferencia de los procedimientos sistémicos no se presenta encefalopatía y la sobrevida es muy similar. La sobrevida a los 5 años es de 95% para la clase A de Child y del 41% para la clase C.

025 VC 010

DISECCIÓN ENDOSCÓPICA DE LA REGIÓN POPLÍTEA EN CADÁVER

Orozco AMO, Fregoso AJM, Sereno TS, Piedra RJL, Guzmán GR, Hernández HS, García IJA, Orozco HE, Altamirano LMA
Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS y Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: Se han reportado estudios de disección endoscópica en cadáver, con la finalidad de investigar su accesibilidad en diversas regiones del cuerpo humano. La región poplítea contiene estructuras vasculares, nerviosas, linfáticas y musculares, que por su patología son motivo de diversas intervenciones quirúrgicas. **Objetivo:** Demostrar la factibilidad de la disección endoscópica de la región poplítea en cadáver. **Material y métodos:** En cadáveres humanos, se introdujo un lente de 45 grados a través de un trócar de 10 milímetros en la región distal del hueco poplíteo. Posteriormente se introdujeron otros dos trócares de 5 mm por arriba de los cóndilos por los que se utilizaron disectores endoscópicos y se disecaron los elementos anatómicos del hueco poplíteo. **Resultados:** Con esta técnica se logró visualizar y disecar el rombo poplíteo muscular, integrado por arriba por los músculos bíceps y semitendinoso, y por abajo por los gemelos, así como su contenido: el nervio ciático y sus dos

ramas, tibial y peronea común la arteria y vena poplíteas, y la vena safena externa hasta su desembocadura en la vena poplíteas. **Conclusiones:** El abordaje endoscópico en cadáver es factible en la región poplíteas para visualizar sus elementos anatómicos. Estudios futuros son necesarios para definir todas sus posibles aplicaciones quirúrgicas.

026 VC 049

OMISIÓN DE LA EXPLORACIÓN QUIRÚRGICA DEL PÁNCREAS EN TRAUMA CONTUSO DEL ABDOMEN. CONSECUENCIAS Y MANEJO DE LAS COMPLICACIONES

González OA, Arenas MH, Anaya PR, Arenas MD
Cirugía y Nutrición Especializada. Guadalajara, Jalisco.

Introducción: El trauma de páncreas es una entidad poco frecuente. Cuando el páncreas no es explorado adecuadamente durante la laparotomía inicial, la lesión puede pasar desapercibida ocasionando alta morbi-mortalidad. **Objetivo del vídeo:** Presentar el caso de un paciente masculino de la cuarta década de la vida que sufre accidente automovilístico produciéndose contusión profunda del abdomen siendo hospitalizado y manejado de forma conservadora dándose de alta 3 días después del accidente. Al cuarto día inicia con inestabilidad emodinámica encontrando signos clínicos de hipovolemia y en el ecosonograma abdominal se detecta líquido abundante. Se realiza cirugía de urgencia encontrando hemoperitoneo por ruptura esplénica realizándose esplenectomía dejándose tubos de penrose. En el postoperatorio presentó sangrado tubo digestivo alto siendo multitransfundido acompañándose de estado séptico siendo trasladado a nuestro grupo 6 días después de la cirugía. A su ingreso encontramos datos clínicos de hipovolemia y estado séptico motivo por el cual estabilizado hemodinámicamente es llevado a cirugía de urgencia con endoscopia transoperatoria.

Conclusión: Ésta demuestra una gran úlcera en la segunda porción del duodeno con sangrado activo la cual es manejada médicamente. A la laparotomía se encontró material purulento libre en cavidad, así como en lecho esplénico material fétido negruzco y datos de necrosis de páncreas a nivel distal y grasa peripancreática. Se realizó pancreatectomía distal, así como necrosectomía lavado de cavidad y manejo de abdomen abierto contenido. Se manejó inicialmente en UCI y a las 72 h se realiza relaparotomía planeada para relavado y renecrosectomía, así como colocación de sonda gastroeyunal para descompresión gástrica y nutrición enteral simultánea a la parenteral. La evolución postoperatoria fue satisfactoria no requiriendo ninguna otra operación quedando solamente el manejo de la hernia ventral planeada.

027 VC 023

MANEJO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE PÁNCREAS DISTAL

Arenas MH, González OA, Barrera H, Petri M
Cirugía y Nutrición Especializada Guadalajara, Jalisco.

El cáncer de páncreas distal tiene una baja prevalencia en nuestro medio y cuando se detecta generalmente es irrecusable. **Objetivo del vídeo:** Presentar el caso clínico de un paciente masculino de la sexta década de la vida con antecedentes de diabetes mellitus tipo dos, de 15 años de evolución, y antecedentes de alcoholismo y tabaquismo. El cuadro actual se manifiesta por pérdida de peso de 35 kilos en los últimos 6 meses, vómitos ocasionales y una masa abdominal

que ocupa epigastrio e hipocondrio izquierdo dura, fija, no dolorosa. La TAC abdominal demuestra una tumoración localizada a partir de cuerpo que se extiende hasta la cola del páncreas desplazando estómago y colon transversal, sin presentar criterios de irrecusable. La pancreatografía demostró una amputación del conducto de Wirsung. La citología es negativa para malignidad. El paciente es sometido a nutrición parenteral domiciliar para nutrición preoperatoria y después cirugía realizando pancreatectomía de cuerpo y cola de páncreas en bloque con el bazo. El muñón de la cabeza del páncreas es manejado con cierre del conducto y drenaje retroperitoneal. La evolución postoperatoria del paciente fue satisfactoria continuó con nutrición parenteral domiciliar hasta lograr cubrir el 60% de sus requerimientos por vía oral. El diagnóstico histopatológico definitivo de cistadenocarcinoma y recibió radioterapia postoperatoria y a un año de seguimiento el paciente se mantiene sin evidencias de recurrencia con recuperación de 20 kilos de su peso y estabilidad en su diabetes mellitus. **Conclusión:** La cirugía resectiva del cáncer de páncreas distal es la mejor alternativa para el tratamiento de esta patología.

028 VC 009

PANCREATECTOMÍA POR LAPAROSCOPIA

Segura I, Fernández del Valle R, Álvarez S, Cervantes R
Hospital Mocol. Ciudad de México. Grupo Ángeles.

En 1911 Bemhein, practicó la primera laparoscopia en un paciente de Halsted para estadificar un tumor pancreático en el hospital John Hopkins. Pasaron 70 años con abandono del método, el cual se ha ido poniendo en boga a partir de la etapa moderna de la laparoscopia para estadificar tumores abdominales. Con el dominio de la técnica y mejores ayudas tecnológicas se han ido practicando intervenciones más ambiciosas, ya no sólo la estadificación y biopsia de los tumores, sino en algunos casos la remoción laparoscópica del mismo. **Objetivo:** Presentar técnica quirúrgica de resección de tumoración en cuerpo de páncreas por laparoscopia. **Presentación del caso:** Femenino de 38 años de edad con antecedentes de colecistectomía laparoscópica 8 años previos, cuadro de pancreatitis 6 años antes. Los siguientes 6 años cursó con cuadros dispépticos por hernia hiatal con reflujo, manejado médicamente. Cuatro meses antes de su ingreso presentó dolor abdominal intenso epigástrico y vómito, amilasa y lipasa normales. Se practicó ultrasonido y tomografía encontrándose una tumoración quística del cuerpo del páncreas. Se sometió a laparoscopia diagnóstica, durante el procedimiento se vio la factibilidad de practicar pancreatectomía distal la cual se llevó a cabo sin incidentes, con diagnóstico final de nesidioblastosis. **Conclusiones:** La laparoscopia como método diagnóstico y terapéutico es una buena opción en el manejo de algunos tumores de páncreas en pacientes seleccionados. Se presenta técnica quirúrgica.

029 VC 007

OPERACIÓN DE PUESTOW GILLESBY EN EL TRATAMIENTO DE LA PANCREATITIS CRÓNICA OBSTRUTIVA

Vicencio TA, Quiroz MG, Blas AR, Cano MR.

Se describen las complicaciones de la pancreatitis crónica que provoca la fibrosis y obstrucción del conducto de Wir-

sung y su accesorio. Se revisan someramente los procedimientos que han sido usados para su manejo operatorio. Se presenta el caso de un joven de 38 años, con historia de pancreatitis con sus estudios y demostración imagenológica. Se presenta la intervención quirúrgica con amplio abordaje al páncreas hasta localizar las dilataciones severas del conducto pancreático procediendo a realizar una anastomosis pancreático ductal al yeyuno a un asa en Y de Roux que constituye la operación de Puestow Gillesby. Se muestran los detalles, términos y el resultado final.

030 VC 063

TUMOR MUCINÓGENO QUÍSTICO GIGANTE DEL PÁNCREAS

Delgadillo TG, Fenig RJ, Arroyo LH, Velázquez GJ, González RF, Cervantes CJ, Serrano GI, Nina VC, Martínez DM Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "La Raza". Servicio de Cirugía General.

Objetivo: Presentar el caso de una paciente de 29 años con cistadenoma mucinoso gigante de páncreas. **Presentación del caso:** Femenina de 29 años, con el diagnóstico de tumoración dependiente de páncreas y que cuenta con los siguientes antecedentes, alérgica a la penicilina. Inicia su padecimiento hace 2 meses, con dolor en hipocondrio izquierdo de moderada intensidad, de tipo pungitivo, se acompaña de estreñimiento, náusea y vómito además de pérdida de peso de 8 kilos. A la exploración obesidad exógena, abdomen globoso a expensas de panículo adiposo y tumoración abdominal, blando depresible, tumoración de aproximadamente 20 centímetros de diámetro, localizado en hipocondrio izquierdo, flanco izquierdo y mesogastrio, no dolorosa, fija a planos profundos, de consistencia firme. USG: Gran masa quística septada en HCI con desplazamiento de riñón izquierdo y bazo, páncreas con cabeza y cuerpo de aspecto normal, no se observa cola. TAC: Tumoración dependiente de cola de páncreas, de consistencia mixta, con predominio de líquido y con septos internos de 22 x 19 x 15 centímetros. Se somete a cirugía con hallazgos de tumor irregular de superficie lisa, encapsulado de 30 x 25 x 20 centímetros con epiplón adherido, dependiente de páncreas, bazo aumentado de tamaño adherencia firme a tumoración pancreática. Reporte final de tumor mucinógeno quístico de bajo potencial maligno de cola de páncreas adherido a la cápsula del bazo, sin lesión en límite quirúrgico de páncreas, fragmento de páncreas de cuerpo con edema y congestión. **Conclusiones:** Las tumoraciones pancreáticas son raras en nuestro medio, cuando se trata de la porción distal del páncreas las manifestaciones pueden ser mínimas como en el caso presentado, donde el tamaño de la tumoración es de importantes dimensiones lo que cambia el pronóstico.

031 VC 026

RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE QUISTE MESENTÉRICO

Meneses CJA, Bonilla AMA, Rosales ME Departamento de Cirugía General, Hospital Central Militar.

Los quistes mesentéricos de tipo seroso son los tumores mesentéricos más frecuentes. La inmensa mayoría son quistes benignos que se originan de canales linfáticos, o como consecuencia de trauma. El diagnóstico se fundamenta en el hallazgo de masa abdominal en un paciente con molestia dolorosa persistente algunos pacientes desarrollan bloqueo

intestinal por compresión. El diagnóstico se corrobora con estudios de imagen (usg, tac). El tratamiento usualmente es quirúrgico ante la dificultad de diferenciar benignidad de malignidad y por las molestias, y usualmente se limita a resección simple del quiste o con resección intestinal. El pronóstico depende de la estirpe histológica.

Caso clínico: Se presenta el video de la cirugía de una paciente femenina de 51 años con masa abdominal dolorosa en flanco derecho. El ultrasonido reportó quiste de 10 x 8 cm en flanco derecho y la TAC corroboró el diagnóstico sin agregar datos. Se sometió a laparoscopia encontrando quiste seroso uniloculado y pediculado entre el meso del ileon terminal y el meso del anexo derecho. Se puncionó el quiste y posteriormente se resecó su cápsula por completo. La evolución fue adecuada y egresó en 24 horas. El reporte histopatológico fue de quiste mesentérico con recubrimiento endotelial sin malignidad. Actualmente se encuentra asintomática a los 6 meses del procedimiento. **Comentario:** La laparoscopia permite el diagnóstico, y muy frecuentemente el tratamiento quirúrgico de las lesiones quísticas intraabdominales, siendo un procedimiento sencillo, seguro y efectivo.

032 VC 034

MANEJO LAPAROSCÓPICO DE LA ENFERMEDAD DIVERTICULAR COMPLICADA

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

Se presentan tres pacientes masculinos de la quinta década de la vida con diagnóstico de enfermedad diverticular complicada. **Caso I:** Masculino de 50 años sin antecedentes, quien presentó dos años de evolución con cuadros repetitivos autolimitados de dolor abdominal bajo. Seis meses previos a su ingreso se agregó a esta sintomatología datos de irritación vesical y en su último cuadro ataque al estado general, hipertermia y neumaturia. Se realizó colon por enema que evidenció enfermedad diverticular complicada con dos fístulas de colon sigmoides a vejiga. Tiempo quirúrgico de dos horas y treinta minutos. **Caso II:** Masculino de 48 años, con el antecedente de cuadros repetitivos de IVUB de un año de evolución el cual presentó cuadro de dolor abdominal acompañado de aumento en la intensidad de los síntomas urinarios. Por TAC se evidenció enfermedad diverticular de sigmoides con absceso pélvico. Se manejó médicamente con buena respuesta y se programó para cirugía seis semanas después. Tiempo quirúrgico de dos horas. **Caso III:** Masculino de 40 años sin antecedentes quien presentó cuadro de diverticulitis tres meses previos a su ingreso, se manejó médicamente con buena respuesta y desde un mes previo a la cirugía presentó cuadros repetitivos de infección de vías urinarias bajas, se realizó colonoscopia que evidenció fístula colovesical. Tiempo quirúrgico de dos horas. El paciente presentó infección de herida quirúrgica al tercer día postoperatorio. En todos los casos se realizó un abordaje laparoscópico para realizar sigmoidectomía y fistulectomía. Iniciaron dieta a las 24 horas y fueron dados de alta al segundo y cuarto día postoperatorio los dos últimos casos respectivamente.

033 VC 024

¿PUEDE MANEJARSE LA DEHISCENCIA PARCIAL DE UNA COLON-RECTO AMASTOMOSIS CON REANASTOMOSIS?

González OA, Arenas MH, Anaya PR
Cirugía y Nutrición Especializada Guadalajara, Jalisco.

El manejo tradicional de una dehiscencia parcial de colorrecto anastomosis secundaria a una resección de colon por enfermedad diverticular generalmente se maneja con procedimiento de Hartmann y reconstrucción tardía de 4 a 6 meses después. Existen evidencias científicas de que las anastomosis de colon pueden realizarse en un área contaminada siempre y cuando se logre una reanastomosis óptima y el paciente se encuentre en condiciones hemodinámicas estables, así como medidas de apoyo que permitan disminuir el riesgo de dehiscencia evitando con ello la colostomía y la reoperación tardía y por ende la morbilidad. **Objetivo del vídeo:** Presentación de un caso clínico de paciente masculino de la quinta década de la vida que presenta a los 7 días de postoperatorio evidencias clínicas y radiológicas de una dehiscencia de colorrecto anastomosis por lo que es reintervenido de urgencia encontrando datos de una peritonitis difusa y una dehiscencia parcial en la cara anterior de la anastomosis. Se resecan los bordes edematosos de la cara anterior manteniendo la integridad de la cara posterior, se realiza una anastomosis sin tensión en la cara anterior realizándose además de lavado de cavidad abdominal y colocación de malla fija a la piel para manejo de abdomen abierto contenido. El paciente es sometido a nutrición parenteral enriquecida con glutamina, y 7 días más tarde se corrobora radiológicamente la integridad de la anastomosis, habiendo cedido el edema intraabdominal por lo que se decide la reoperación programada para el cierre de la pared abdominal con apoyo de un implante de malla. La evolución postoperatoria fue satisfactoria. **Conclusiones:** La opción de realizar anastomosis de colon en presencia de infección es una alternativa que permite evitar la colostomía, la reintervención y la morbilidad perioperatoria enfatizando en la necesidad de una óptima técnica quirúrgica y medidas de terapia nutricional, así como el manejo de abdomen abierto contenido con reconstrucción durante la misma hospitalización.

034 VC 011

COLGAJO DESLIZANTE DE RECTO COMO MANEJO DE LA FÍSTULA RECTO-VAGINAL

Ramos DMA, Takahashi MT
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán".

Las fístulas recto-vaginales son entidades poco frecuentes y representan aproximadamente el 5% de todas las fístulas ano-rectales. El factor etiológico más común es el trauma obstétrico. La incidencia de fístula recto-vaginal asociada al alumbramiento vaginal es de 0.1%. Otras causas menos frecuentes son las patologías ano-rectales supurativas, complicaciones de procedimientos quirúrgicos rectales, vaginales o pélvicos así como secundarias a procesos malignos de vagina, cervix, útero o recto o como consecuencia de su manejo mediante radioterapia. Un poco más del 10% de las mujeres afectadas por la enfermedad de Crohn desarrollan una fístula recto-vaginal. Los síntomas más frecuentes son el paso de materia fecal o gas a través de la vagina y en ocasiones flujo maloliente, vaginitis o infección de vías urinarias recurrentes. El manejo de estas fístulas depende de la causa, sitio, tamaño, presencia de incontinencia, complejidad de la fístula y estado del tejido circundante. En pacientes con fístulas simples de localización baja, el colgajo

deslizante de recto es una opción de manejo con buenos resultados a largo plazo. Como evaluación preoperatoria es conveniente realizar manometría y ultrasonografía anal con el fin de demostrar alteraciones en el esfínter. Técnica. El día previo a la cirugía se realiza una preparación mecánica del colon y se administran antibióticos vía oral. La paciente se coloca en posición de navaja Sevillana y se introduce una sonda urinaria. Con la ayuda de un estilete se explora el trayecto de la fístula y se demuestra su patencia. Se desarrolla un colgajo de recto en forma de trapecio compuesto de mucosa, submucosa y esfínter interno. La base del colgajo debe ser el doble del ancho que el ápex y la movilización debe continuarse al menos 4 cm. Si la paciente sufre de incontinencia asociada, deberá realizarse un esfinteroplastia en el mismo tiempo quirúrgico ya que esto mejora significativamente las posibilidades de éxito del procedimiento. El colgajo se avanza distalmente y se sutura con material absorbible. Las pacientes pueden ser dadas de alta al día siguiente del procedimiento cuando no se lleva a cabo esfinteroplastia en cuyo caso se recomienda vigilancia postoperatoria más prolongada.

035 VC 068

RECONSTRUCCIÓN DE VÍAS BILIARES. HEPÁTICO-YEYUNO-ANASTOMOSIS CON INSERCIÓN TRANSHEPÁTICA DE UNA SONDA EN T. (PELÍCULA REALIZADA EN 1954 QUE MUESTRA UNA TÉCNICA ORIGINAL DEL AUTOR)

Muñoz KR.

En casos en que la lesión operatoria del hepa-colédoco es tan amplia que para hacer la reconstrucción es necesario anastomosar la unión de los hepáticos a un asa de yeyuno, no es posible dejar como férula una sonda en T en la forma habitual. Si se coloca una sonda simple o en Y a nivel de la anastomosis, éstas pueden ocluirse con bilis o desplazarse prematuramente al yeyuno y malograr la reconstrucción. El autor emplea en este caso y por primera vez una técnica personal para colocar una sonda en T transhepática que asegura su permanencia a nivel de la anastomosis por el tiempo requerido con objeto de evitar una reestenosis. El caso se refiere a un paciente de 27 años de edad al cual durante una colecistectomía se le reseco una amplia porción del hepato-colédoco. Durante la reoperación se identificó el muñón superior de la vía biliar y que correspondía a la unión de ambos hepáticos. Se identificó asimismo el muñón distal que correspondía a la porción retroduodenal del colédoco y que estaba fibroso y de muy pequeño diámetro. Se decidió hacer una hepático-yeyuno-anastomosis término lateral y antes de terminar ésta, se colocó una sonda en T tipo Cattell en la siguiente forma. La porción corta de la rama horizontal de la sonda se introdujo en el hepático izquierdo, la porción larga de la misma rama horizontal se colocó en el asa distal del yeyuno y la rama vertical de la sonda, fijada a un dilatador de Bakes adecuadamente curvando, se pasó a través del lóbulo derecho del hígado y se exteriorizó a través de la pared abdominal donde se fijaría con tela adhesiva. En esta forma la sonda no podía desplazarse y para evitar la obstrucción con bilis, el paciente la irrigaba diariamente con suero. Las radiografías mostraron la correcta posición de la sonda, la cual fue retirada por simple tracción once meses después. La evolución tardía fue excelente. Esta técnica ha sido empleada desde entonces por diversos cirujanos y los resultados tardíos han sido altamente satisfactorios.

036 VC 003

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO LAPAROSCÓPICO EN ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON

Zarco CJ, Gómez FM, Martino E, López UA, Corrales MA, Flores SLM

Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla" Santander, España, Hospital General de México, México D.F.

Antecedentes: La enfermedad diverticular del colon presenta una incidencia en los países occidentales antes de los 40 años del 5%, sin embargo, aumenta progresivamente con la edad, hasta llegar a los 80 años con una incidencia de hasta el 80%, sin embargo se estima que sólo del 10 al 20% de las personas presentarán algún tipo de síntoma. La localización anatómica más frecuente es el colon sigmoidees en el 65% de los casos, su sintomatología varía desde un evento agudo que incluye complicaciones inflamatorias y hemorragia, hasta un evento de curso crónico, en el cual el tratamiento quirúrgico del segmento afectado puede ser abordado con cirugía abierta o por vía laparoscópica. La resección laparoscópica para la enfermedad diverticular colónica es un procedimiento técnicamente complejo, las indicaciones en cirugía electiva y de urgencia son tema de controversia. **Objetivo:** Mostrar la técnica laparoscópica para la enfermedad diverticular del colon del sigmoidees y comentar las dificultades técnicas. **Material y métodos:** Se muestra a un paciente masculino de 68 años de edad el cual se presentó en el servicio de urgencias por dolor abdominal tipo punzante localizado en flanco izquierdo, con irradiación a hipogastrio, se acompañaba de febrícula, taquicardia, sin sangrado rectal, se realizan estudios de laboratorio donde se observa leucocitosis de 16,000, resto de los estudios dentro de parámetros normales. Se realiza USG abdominal y TAC en donde se diagnostica diverticulitis colónica en sigmoidees, el paciente presenta su tercer ataque de diverticulitis en 2 años, por lo que se decide realizar su intervención quirúrgica por vía laparoscópica. **Resultados:** Se realiza hemicolectomía izquierdo asistida laparoscópica. **Discusión y conclusiones:** Los procesos inflamatorios agudos, un mesenterio sigmoideo inflamado y engrosado, y la asociación de absceso o fístula hacen del abordaje laparoscópico una técnica compleja con tasa de conversión a cirugía abierta del 15% o más. Existen varios estudios que plantean clasificaciones para toma de decisiones en el tratamiento de estos paciente, basados en el grado de dificultad de la disección, encontramos que estos pacientes pueden ser agrupados en 4 grupos, grado I aquellos con una inflamación de un segmento colónico corto, con adherencias laxas a la pared abdominal y la pelvis, grado II aquellos que presentan segmentos extensos de inflamación con disección difícil del uréter, grado III aquellos con diverticulitis con inflamación importante, con gran fibrosis alrededor, y grado IV aquellos con fístulas. Los pacientes con grado I y II pueden ser abordados por vía laparoscópica, mientras que los II y IV deben ser sometidos a cirugía laparoscópica asistida o abierta para una adecuada disección de las estructuras anatómicas, además hay que mencionar que al igual que muchas cirugías por vía laparoscópica el dolor postoperatorio y la estancia hospitalaria se reduce en aquellos pacientes que han sido sometidos a este tipo de procedimientos, sin embargo, el costo de la cirugía se eleva en forma considerable, sin embargo tomando una adecuada decisión del tipo de paciente adecuado para esta técnica puede mostrar claros beneficios para el paciente.

037 VC 052

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ABSCESO PROFUNDO DE CUELLOJurado RJ, Peña GJF, Ramírez MME, Castro IS
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional S-XXI.
IMSS México DF.

La mayoría de los abscesos profundos de cuello (APC) son odontogénicos. Las pequeñas infecciones superficiales responden a tratamiento antimicrobiano, los procesos que alcanzan los espacios profundos, requieren cirugía, debido a la gravedad de sus complicaciones como son: obstrucción y desplazamiento de vía aérea, trismus, mediastinitis y septicemia. El diagnóstico es clínico, la TAC identificando los espacios cervicales afectados. La piedra angular del tratamiento es el drenaje quirúrgico y la terapia antimicrobiana. **Presentación del caso:** Masculino de 24 años sin antecedentes patológicos. Inició 10 días previos con dolor en 3er molar inferior derecho, al cuarto día desarrolló aumento de volumen y temperatura e hiperemia submandibular e infraauricular; al séptimo día progresa a hemicara derecha, región temporal y retroauricular, con trismus severo. Fue tratado con penicilina procaínica y antiinflamatorio, por evolución tórpida fue enviado a nuestro servicio. A su ingreso presentaba FC 115X', FR 26X'. Aumento de volumen maseterino, parotídeo, periorbitario, temporal, retroauricular, submaxilar, y carotídeo derechos. Apertura oral de 5 mm, quemosis e hipema. TAC: Extensión a espacios temporal, parietal, parotídeo, faríngeo submucoso, maseterino, parafaríngeo, pterigomaxilar, carotídeo y submandibular derechos. BH 24,000 leucocitos. Se realizó traqueostomía con anestesia local, y drenaje quirúrgico de los espacios afectados. La evolución postquirúrgica fue satisfactoria. **Conclusiones:** La identificación y tratamiento temprano de los abscesos profundos de cuello son de primordial importancia para evitar sus complicaciones. El diagnóstico topográfico (TAC) es fundamental para un drenaje completo y eficaz. El conocimiento de los planos anatómicos de cuello es indispensable para el tratamiento.

038 VC 030

TORACOSCOPIA. EXPERIENCIA EN 11 PACIENTES EN HOSPITAL GENERAL "DR. GUSTAVO A ROVIROSA PÉREZ"

Blanco GA, León Vilchis F, Navarro NCH, Zavala LL, Alfaro RJ, De La Fuente EC, González BE, López UD, Ortiz PJ, Echem CJ

Departamento de Cirugía General, Departamento de Neumología, Departamento de Anestesiología, Departamento de Terapia Intensiva del Hospital General "Dr. Gustavo A Roviroso Pérez", Villahermosa Tabasco México.

El objetivo es mostrar en video nuestra experiencia de algunos procedimientos torácicos por vía endoscópica. La cirugía videoendoscópica ha tenido mayor aceptación, por sus beneficios que se logran en algunos procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos como: toma de biopsias, drenaje y debridaciones de abscesos tabicados, decorticaciones, pleurodesis con talco, bulectomías, fistulectomía, lobectomías y en heridas penetrantes de tórax visualizando la lesión evacuando el hemotórax y coágulos. Durante el periodo de 1999-2002 realizamos 13 toracoscopias, en 11 pacientes, 1 biopsia de ganglios parabrónquiales izquierdo se reporto Ca. Epidermoide bien diferenciado, 2 biopsias pleural reporte

enfermedad granulomatosa, 2 drenajes de empiema tabicados, 1 decorticación simple, 1 decorticación más pleurodesis con talco, 2 cierre de fístula broncopulmonar secundaria absceso postneumónico, 2 bulectomía con neumatócele izquierdo, 1 lobectomía, 1 drenaje de hemotórax postquirúrgico. Dos pacientes fallecieron: uno se le había realizado lobectomía y en el postoperatorio inmediato presentó por sangrado, otro de biopsia pleural falleció a las 72 horas por barotrauma en el servicio de cuidados intensivos al presentar broncoespasmo, padecía enfermedad pulmonar obstructiva crónica con probable cáncer broncopulmonar. **Conclusión:** En la actualidad se cuenta con equipos completos de cirugía videoendoscópica, con ciertas limitaciones en instrumentos, con la experiencia se logra adaptar instrumentos de cirugía convencional. Debemos contar con un equipo multidisciplinario donde intervienen los servicios de inhaloterapia, anestesiología, terapia intensiva, neumología y cirugía, para asegurar el éxito. Utilizamos sólo una camisa 10/12 mm para la lente y 2 accesos directos sin camisa de trabajo. El procedimiento es bien tolerado y sus ventajas son bien conocidas.

039 VC 053

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE CISTADENOMA SEROSO

Nava PC, García MJ, Ugalde RLR, Jiménez LJ, Arredondo RFJ IMSS. Ciudad de México, D.F.

Antecedentes: Resultado de análisis prospectivo y longitudinal. Presentación de un caso, femenino de 29 años la que ingresa con diagnóstico de tumor abdominal en estudio, antecedentes de G-1, P-1, A-0, C-0, FUM 08/06/00. **Métodos:** Se realizó USG abdominopélvico reporta quiste gigante de ovario izquierdo, 24 x 17 x 20, previo a su ingreso. A la exploración con tumoración abdominal, de consistencia blanda, desplazable, no doloroso desde FII hasta xifoides, al tacto vaginal cervix anterior, cerrado, formado, sin pérdidas transvaginales útero y anexo derecho no delimitados, Rx simple de abdomen con opacidad abdominal homogénea, riñón izquierdo desplazado por lesión quística, urografía excretora normal. Laboratorio de 09/07/00 Biometría, QS, PFH normales. Marcadores tumorales del 13/07/00 negativos. Técnica endoscópica, tres puertos 10 mm, punción y aspiración 7,500 cc líquido claro mucinoso, lisis de adherencias, ligadura, sección de la cápsula, extracción de la pieza, lavado y aspiración de cavidad, colocación de drenajes. **Resultados:** Patología reporta pieza de 40 x 25 cm, con múltiples vegetaciones y trabeculaciones, histológico y citológico negativos a cáncer diagnóstico de cistadenoma seroso benigno. **Conclusiones:** Actualmente control por medio de la consulta externa, asintomática, evolución satisfactoria en seguimiento de 2 años. Los criterios para realizar procedimiento endoscópico son contar con historia clínica completa, exploración física abdominopélvica y recto-vaginal, marcadores tumorales negativos, ultrasonido abdominopélvico y puncionarlo si se trata de quiste verdadero, seguimiento clínico y USG.

040 VC 064

FEOCROMOCITOMA "ABORDAJE ABDOMINAL"

Dávila FSA, Alustiza VJI, García PL, Ramírez JA, Rodríguez WE.

Antecedentes: Enfermedad generalmente curable, si no es tratada con riesgo de paroxismos mortales, son tumores ra-

ros, ocupan el 0.1% de los casos de hipertensión, se pueden asociar a neoplasias endocrinas múltiples tipo 2. **Objetivo:** Presentación de la patología y su tratamiento quirúrgico. Una vez sospechado el diagnóstico se siguieron los siguientes pasos: Confirmación bioquímica del diagnóstico. Niveles de metanefrinas en orinas. Localización del tumor. Tomografía axial computarizada. Preparación preoperatoria. Alfabloqueadores (Prazocin 1mg c/6 h). Betabloqueadores (Propranolol 20 mg cada 12 h). Tratamiento. Quirúrgico. Adrenalectomía: Abordaje transabdominal derecho, requiriendo maniobra de Kocher amplia, seguida de disección del lóbulo derecho del hígado lo más alto posible para permitir su retracción en forma cefálica y acceder al lóbulo suprarrenal, disección laboriosa de la vena central suprarrenal (más corta en este lado), teniendo especial cuidado en movimientos bruscos para no desgarrar las estructuras y no provocar liberación de catecolaminas, especial énfasis en la extirpación completa de la glándula. Transoperatorio. Nitroprusiato de sodio. **Resultados:** Curación total de la hipertensión, no presentó hipotensión postoperatoria. **Conclusiones:** En un paciente joven, la asociación de episodios de hipertensión grave y manifestaciones adrenérgicas debe inclinar al médico a investigar la presencia de feocromocitoma. Sugiriendo ante su sospecha: Confirmación bioquímica. Localizar el tumor. Preparar preoperatoriamente. Tratamiento. Quirúrgico. Médico.

041 VC 065

NEFRECTOMÍA UN RETO PARA EL CIRUJANO GENERAL

Velázquez LR, Pantoja GYH.

Objetivo: Evaluar la experiencia y resultados obtenidos realizando nefrectomía por laparoscopia videoasistida, en el servicio de cirugía general HGR No. 46 IMSS Guadalajara, Jalisco. **Antecedentes:** Desde el primer informe de nefrectomía laparoscópica hecho por Clayman Kavoussi, la técnica ha adquirido día con día gran aceptación, no sólo por los cirujanos, sino, aún más por los pacientes quienes son testigos de esta revolución en las técnicas laparoscópicas. Sus indicaciones son las afecciones renales benignas como los pacientes sometidos a diálisis peritoneal, pielonefritis calculosa recurrente, hipertensión renovascular e hidronefrosis, así como, las afecciones malignas aunque aún esta controvertido, ya que se menciona la posible diseminación intraperitoneal y algunas dificultades técnicas, por lo que deberán ser clasificadas las tumoraciones como T1-T3N0M0 y medir menos de 5 cm. Para lograr buen índice de éxito. Esta técnica tiene auge actualmente en la donación de riñón para trasplante, ya que ofrece los mismos beneficios que la técnica abierta con una menor morbilidad, con menor pérdida sanguínea, con una pronta cicatrización y reintegración a las actividades, pero sobre todo el impacto estético que brinda. Para su abordaje quirúrgico se puede realizar transperitoneal o retroperitoneal, que dependerá de la experiencia del cirujano. Técnica descrita y realizada principalmente por cirujanos urólogos, lo cual ha cambiado, gracias a la experiencia y habilidad del cirujano general para el manejo de las técnicas laparoscópicas. **Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, transversal, donde se revisaron los expedientes de los pacientes nefrectomizados por laparoscopia, en un periodo comprendido de mayo 1997 a mayo 2002, en el HGR No. 46 IMSS Jalisco, en el servicio de cirugía laparoscópica, por cirujanos generales, así como la revisión de los videos y técnicas de todos los procedimientos. **Resultados:** Se revisaron un total de 14 pacientes, 6 hombres (42.8%) 8 mujeres (57.2%), edad de 16 a 83, con

diagnóstico hidronefrosis (28.5%) quistes renales (21.4%), tumoración renal e hipoplasia renal unilateral (14.2%) hipertensión renovascular (7.1%), tiempo de evolución de 1 a 10 años, duración del procedimiento 60 min a 120 min (8) de 180 min (5) > 180 min (1), estancia hospitalaria de 24 h (64.2%), 48 h (28.5%), 72 h (7.1%), sangrado aprox. 30 a 300 ml, conversión abierta 1 paciente (por perforación intestinal incidental) mortalidad (0.07%), manejo postquirúrgico con analgésico y antibiótico. **Conclusión:** El trauma postquirúrgico, la baja mortalidad y la gran aceptación por parte de los pacientes coloca el procedimiento a la vanguardia del manejo de nefrectomías, comparativamente no existe diferencias entre la realización por el cirujano general y el urólogo.

042 VC 066

ESPLENECTOMÍA POR LAPAROSCOPIA 6 AÑOS DE EXPERIENCIA HGR No.46 IMSS GUADALAJARA, JALISCO Pantoja GYH, Velázquez LR

Objetivo: Analizar la morbimortalidad de los pacientes sometidos a esplenectomía laparoscópica durante 6 años en el HGR No.46 IMSS Jalisco. **Antecedentes:** La esplenectomía por vía laparoscópica es una técnica más usada en la actualidad para tratar quirúrgicamente una gran variedad de enfermedades hematológicas relacionadas con el bazo. En México se reporta la primera esplenectomía por laparoscopia en 1994 en una mujer de 32 años con enfermedad hemolítica autoinmune, desde entonces aquí como en muchos otros países la técnica es tomada como de primera elección, dado a la reducción importante en la mortalidad y en la morbilidad de los pacientes. Esto como resultado de los avances en los procedimientos laparoscópicos, así como la gran habilidad adquirida por el cirujano general para tratamientos quirúrgicos de los órganos abdominales. La técnica deja al descubierto sus ventajas sobre la cirugía abierta convencional, sobre todo pensando que muchos de los pacientes candidatos al procedimiento se encuentran en edades pediátricas, la patología de base son generalmente PTI, quiste esplénico, enfermedad de Hodgkins, anemia hemolítica y esferositosis hereditaria. **Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, transversal, mediante la revisión de los expedientes clínicos sometidos a esplenectomía laparoscópica en un periodo de mayo 1996 a mayo 2002, en el HGR No. 46 IMSS Jalisco, en el servicio de cirugía laparoscópica. **Resultados:** Se realizaron un total de 22 procedimientos con predominio en sexo femenino 14 (63.6%) y masculino 8 (36.3%) edad de 5 a 60 años con media de 33, con diagnósticos de PTI (16) anemia hemolítica (3) esferositosis (2) quiste esplénico (1), tiempo de evolución de 1 a 10 años, tiempo de cirugía 2-4 h, sangrado aprox. 40 a 300 ml. Con estancia hospitalaria de 24 a 48 h (85%), 72 h (12%) y 96 h (3%), recuentos plaquetarios previos de 60 mil plaquetas a 180 mil, recuperación postquirúrgica en 15 días de 300 mil plaquetas, mortalidad del 0%, sólo un caso requirió de procedimiento simultáneo de colecistectomía. **Conclusión:** La esplenectomía es un procedimiento del dominio del cirujano el cual ofrece múltiples ventajas sobre la cirugía abierta, los riesgos se minimizan y la evolución postoperatoria de los pacientes es satisfactoria.

043 VC 035

MANEJO LAPAROSCÓPICO DE LA HERNIA INGUINAL

CON PRESENTACIÓN ATÍPICA

Alcaraz AHM, Cavazos OMA, Munro WRG, Reyes SHR, Guajardo PHJ
Departamento de Cirugía General, Hospital Christus-Muguerza. Monterrey, Nuevo León.

Se presenta nuestra experiencia con tres pacientes masculinos de la séptima década de la vida con diagnóstico de hernia inguinoescrotal. **Caso I:** Paciente masculino de 69 años quien presenta tres meses de evolución con una hernia inguinal izquierda incarcerada, con saco herniario de aproximadamente 10 centímetros que duplica su volumen durante la noche acompañado de dolor en esta área, refiere su reducción posterior a la micción la cual incluso requiere de la manipulación del saco herniario para el inicio de ésta. **Caso II:** Paciente masculino de 66 años el cual presenta hernia inguinal izquierda de diez años de evolución, con saco de aproximadamente ocho centímetros, dolorosa y que cuyo volumen y sintomatología disminuye importantemente con la micción. Ingresó por cuadro de dolor y distensión abdominal y dentro de los estudios paraclínicos realizados se evidenció por TAC la presencia de un segmento vesical en el canal inguinal izquierdo acompañado de epiplón. **Caso III:** Paciente masculino de 78 años el cual presenta hernia inguinal derecha de treinta años de evolución, la cual creció gradualmente hasta alcanzar las dimensiones actuales de veinte por quince centímetros. A su ingreso la misma se encuentra incarcerada, sin datos de isquemia. En todos los casos se realizó un abordaje laparoscópico para realizar la plastía, misma que se efectuó de forma exitosa y sin complicaciones. Fueron dados de alta entre las 24 y 48 horas del postoperatorio. Actualmente se encuentran

044 VC 013

REPARACIÓN DE HERNIAS INCISIONALES POR LAPAROSCOPIA

Fernández SG, Cosme RC, Cohen MS, Mussan CG
Centro Médico ABC, México DF.

La plastía de hernias incisionales por laparoscopia es una técnica que aún no supera la década desde su primera descripción en 1993. Desde entonces se han descrito variaciones en la técnica, especialmente en el tipo de malla utilizado siendo en un principio malla de prolipropileno o politetrafluoroetileno y actualmente mallas compuestas como es la malla Dual-Mesh. Esta última tiene como principal ventaja producir menor número de adherencias. Se ha descrito que el abordaje laparoscópico es factible de realizarlo en estos pacientes, se asocia con una menor recurrencia, menor dolor postoperatorio y una recuperación más rápida. Se desea demostrar la técnica quirúrgica laparoscópica en la reparación de hernias incisionales en 5 pacientes que fueron realizadas en dos diferentes hospitales por un mismo grupo quirúrgico en los últimos dos años. Así mismo, se describirá la técnica utilizada y los resultados obtenidos.

045 VC 057

HERNIOPLASTÍA INGUINAL HÍBRIDA LIBRE DE TENSIÓN, "TÉCNICA DE CISNEROS" ¿LA MEJOR OPCIÓN PARA EVITAR RECURRENCIAS?

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

La técnica híbrida libre de tensión denominada "De Cisne-

ros" tiene tres componentes esenciales que son: El Plug, un parche de malla plana y una sutura de polipropileno calibre dos ceros. El procedimiento consiste en abordaje abierto convencional del canal inguinal, disección del saco herniario hasta su base, invaginación del saco, inserción del Plug en el anillo herniario fijándolo con cuatro puntos cardinales de sutura separados, luego colocamos la pieza de malla plana de polipropileno de 8 x 15 cm aproximadamente, sobre el piso del canal inguinal y se fija ésta mediante una sutura de polipropileno dos ceros tal como se realiza en la plastía de Lichtenstein, iniciando la sutura continua desde el arco aponeurótico del transversario en su unión con el pubis, se sigue en forma medial dando el siguiente punto en el tubérculo púbico sin tomar periostio y se continúa a través del ligamento inguinal hasta los vasos epigástricos inferiores donde termina la sutura, dejando un excedente de 1 a 1.5 cm de la malla sobre el pubis y hacia el ligamento inguinal para compensar el encogimiento natural que sufre el polipropileno con el paso del tiempo. Se realiza una abertura en la malla plana igual que en el procedimiento de Lichtenstein dejando dos colas para abrazar el cordón espermático en el hombre o el ligamento redondo en la mujer, las cuales se entrecruzan posteriormente, fijándolas al ligamento inguinal creando un neoanillo profundo. Finalmente se colocan dos puntos de sutura para fijar la parte medial y superior de la malla que cubre el piso, uno sobre el tendón conjunto y otro sobre el músculo oblicuo menor, teniendo la precaución de no incluir en la sutura los nervios iliohipogástrico e ilioinguinal ya que pudiera dejar como secuela dolor neurítico incapacitante. Esta técnica elimina todas las zonas de riesgo de recidiva de las técnicas libres de tensión, Mesh Plug y Lichtenstein.

046 VC 036

HERNIOPLASTÍA INCISIONAL LAPAROSCÓPICA CON DUAL-MESH

Navarrete JLA, Navarrete RLA, Fajardo-Cevallos RE
Clínica de Mérida

El presente vídeo clínico, presenta una de las nuevas alternativas para la correlación de las hernias incisionales mediante mínima invasión. Se presenta la hernioplastia realizada a un paciente de 70 años, con una hernia incisional de 20 cms por 15 cms producto de una laparotomía para tratar un aneurisma roto hace 14 años. Se presenta la colocación de los trocares, el detalle técnico, la forma de medir y colocar la malla, su fijación y el resultado final. Se describen los detalles de la evolución clínica del paciente. **Conclusión:** La hernioplastia incisional laparoscópica con Dual-Mesh, es una técnica factible, que permite corregir el defecto mediante mínima invasión, obteniendo los beneficios de dicho abordaje.

047 VC 001

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

Reyes EA, Jaramillo CF, Saliba MJ, López DJM, Moreno QS, Laniado LR
Hospital General de Tijuana, México.

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

048 VC 054

COLOCACIÓN ENDOSCÓPICA DE CATÉTERES PARA DPCA

Nava PC, Espinosa MA, García MJ, Ugalde RLR, Jiménez LJ
IMSS. Ciudad de México D.F.

Antecedentes: Estudio multicéntrico, prospectivo y lineal. En la unidad existe el programa de DPCA como tratamiento previo de la insuficiencia renal crónica en espera de hemodiálisis o trasplante renal. De 1978 a 2001 se colocaban diferentes tipos de catéteres con diferentes técnicas observándose frecuentemente peritonitis, infección del trayecto parietal, hemorragia, y perforación intestinal. **Métodos:** El trabajo se efectúa con técnica cerrada en el 100% de los casos, bajo bloqueo peridural, con neumoperitoneo promedio de 10 mmHg, utilización de 3 trócares, uno de 10-12 mm y 2 de 5 mm, exploración habitual de la cavidad, omentopexia al ligamento redondo, introducción de catéter a cavidad por trocar de 10-12 mm guiado y colocado mediante el trocar de 5 mm, finalmente fijación externa del catéter. **Resultados:** En 6 meses se realizaron 90 procedimientos de los cuales 18 casos fueron de primera vez (20%), recolocación en 72 casos (80%) y omentopexia en 81 casos (90%). **Conclusiones:** Procedimiento miniinvasivo, no requiere de cirugía tradicional, permite diagnosticar y tratar complicaciones previas, en existencia de obstrucción por atrapamiento de epiplón se puede realizar omentopexia. Ventajas con estancia hospitalaria de 6 horas, inicio de diálisis inmediato, complicaciones negativas.